

EPIDEMIOLOGÍA DE LA HEPATITIS VIRAL B EN EL PERÚ

César Cabezas¹

¹ Subjefatura del Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

La hepatitis B, es un problema de salud mundial potencialmente mortal y causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Puede causar hepatopatía crónica, estado de portador que conlleva a la cirrosis y cáncer de hígado, en plazos más cortos si está asociado al virus D. El VHB es 55 veces más infeccioso que el VIH y 38 veces mayor que el virus de la hepatitis C, además, constituye un importante riesgo laboral para los profesionales sanitarios.

En el mundo, según la OMS, se calcula que existen 2000 millones de personas infectadas por el VHB y más de 350 millones con infección hepática crónica. Alrededor de 600 000 personas mueren cada año por las consecuencias graves de la hepatitis B y cerca del 25% de adultos con infección crónica adquirida en la infancia, mueren de cirrosis o cáncer hepático debido a esta infección crónica. La vacuna contra la hepatitis B, tiene una eficacia del 95% en la prevención de la infección por VHB y sus consecuencias crónicas, esta fue también la primera vacuna contra uno de los principales cánceres humanos.

El Perú está entre los países de endemidad intermedia para HVB, considerando el promedio de la prevalencia de marcadores en diferentes regiones. En las últimas décadas, la intensa migración interna en el país, desde áreas endémicas hacia áreas no endémicas y viceversa, está cambiando de manera importante el patrón epidemiológico. En la selva, la endemidad está entre media y alta con prevalencias desde 2,5% en la población de Iquitos, hasta el 20% en población nativa. En la costa, la prevalencia fluctúa entre 1 y 3,5%. En la sierra, la prevalencia es baja en las localidades de la vertiente occidental de los Andes y media a alta en los valles interandinos de la vertiente oriental de los Andes

En nuestra Amazonía están ubicadas 65 de 72 etnias, denominadas comunidades nativas.

Estudios realizados en estas comunidades muestran la elevada prevalencia de hepatitis B y delta, en tres de los ocho pueblos idiomáticos más importantes de la selva, Jíbaros (nordeste), Pano (Ucayali) y Arawak (centro y sudeste). Existen áreas donde 82,9% de los indígenas estudiados presentan marcadores serológicos para HVB y 17,1% es considerado como portador asintomático de HVB. Igualmente, en 6,1% se encuentra anticuerpos contra HVD. Diversos estudios revelaron que cuando la infección por hepatitis B se da en la niñez es mayor el riesgo que evolucione hacia sus formas crónicas con secuelas de invalidez y muerte.

El Ministerio de Salud (MINSA), generó el proyecto "Atención integral para atención de emergencia de hepatitis B en las comunidades Kandozi y Shapra de la provincia de Alto Amazonas (2006-2010)" financiado por la UNICEF, que aseguró la vacunación contra hepatitis B de los niños menores de cinco años, antes de tener una exposición activa al virus y, del recién nacido, antes de las 24 horas.

El INS, ha coordinado con el MINSA para el apoyo respectivo en el marco de sus competencias, para lo cual ha viajado un equipo multidisciplinario del Instituto hacia los distritos de Morona y Pastaza en la Región Loreto para contribuir al control de la infección por virus de la hepatitis B.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabezas C. Situación y control de la hepatitis B y Delta en el Perú. Acta méd. Peruana. 2008; 25(2): 96-112.
2. Cabezas C, Suarez M, Romero G, Carrillo C, García M, Reátegui J, Vallenás F, Torres L. Hiperendemidad de hepatitis viral B y delta en pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2006; 23(2).

LA PANDEMIA DE LA INFLUENZA AH1N1 EN EL 2010

Víctor Fiestas¹

1 Centro Nacional de Salud Pública. Lima, Perú.

En abril de 2009, una epidemia causada por un nuevo virus de influenza (A H1N1) fue identificado en EEUU y México¹, dicho virus tuvo rápida diseminación en el mundo, notificándose hasta el 10 de junio, 27 737 casos en 74 países con 141 fallecidos². Debido a esta rápida diseminación el 11 de junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la fase 6 de alerta pandémica³.

La OMS informa que hasta el 17 de enero de 2010, se ha reportado 14 142 fallecidos por la influenza A H1N1 en 209 países, correspondiendo 7094 (50,2%) a 28 países de todo América⁴.

El 14 de mayo de 2009 el Perú confirmó su primer caso de influenza pandémica A H1N1 y, hasta el 28 de diciembre, se confirmó 9165 casos y 208 defunciones⁵; distribuidos en todas las regiones del país, correspondiendo el mayor número de casos y defunciones a Lima, seguido por Arequipa⁵. Sin embargo, se debe tener en cuenta que desde el 21 de julio de 2009, con la Directiva Sanitaria para la Etapa de Mitigación⁶ se restringió el diagnóstico de laboratorio únicamente a pacientes hospitalizados.

Actualmente, existe una transmisión sostenida del virus influenza en baja intensidad en todo el país. En el 2010, hasta el 05 de febrero, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha recibido 736 muestras (13 muestras diarias en promedio) que corresponden, en su mayoría, a pacientes hospitalizados con IRAG, con un porcentaje de positividad de 22% (Gráfico 1 y Tabla 1).

De esta manera, se evidencia que en nuestro país continua la actividad pandémica, aunque en baja intensidad, ocasionando casos de IRAG y brotes epidémicos⁷. En este año ya se ha notificado cinco fallecidos, los cuales, en su mayoría, eran gestantes y niños con factores de riesgo.

Por lo anterior, se puede calificar de erróneas aquellas declaraciones difundidas por Internet que niegan la existencia de la pandemia; todo lo contrario, nuestro país debe fortalecer sus sistemas de vigilancia y las intervenciones que permitan un control de la pandemia.

La estrategia de control de influenza pandémica combina intervenciones no farmacéuticas y farmacéuticas. Las intervenciones no farmacéuticas se basan en medidas higiénicas, de educación y promoción de la salud (lavado de manos, uso de equipos de protección personal) que no solo servirían para influenza sino también para otras enfermedades de similar modo de transmisión.

Las intervenciones farmacéuticas incluyen las vacunas y los antivirales. En nuestro país se realizará la vacunación contra la influenza pandémica A H1N1 en grupos de riesgo priorizados, con el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad asociada con esta pandemia; para lo cual se adquirirá las vacunas a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sistema que ha garantizando la calidad y bajo costo de las vacunas en los países de la Región durante los últimos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Influenza-like illness in the United States and Mexico. Washington: Global Alert and Response [citado 24 Apr 2009]. Disponible En: http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html
2. World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009. Washington: Global Alert and Response [citado 10 Jun 2009]. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2009_06_10a/en/index.html