

Simposio: Enfermedades Transmisibles y Tropicales

Enfermedades Infecciosas, Tropicales y otros Daños de Salud Pública en el Perú

Hernán Sanabria R.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina de San Fernando
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Oficina de Información Científica
Instituto Nacional de Salud
Ministerio de Salud.
Lima, Perú.

La presentación se basa en la descripción epidemiológica de algunas enfermedades tropicales que son de mayor relevancia en el Perú, particularmente las infecciosas que constituyen la primera causa de muerte en la población de 15 a 60 años. Se han tomado datos del Ministerio de Salud del Perú (MINSa), específicamente del sistema de vigilancia epidemiológica de la Oficina General de epidemiología. Este sistema vigila y notifica en forma semanal 15 enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública: cólera, peste, fiebre amarilla, malaria por *P. falciparum*, dengue, rabia humana, meningitis meningocócica, sarampión, tétanos neonatal, tétanos del adulto, difteria, tos ferina, SIDA y tifus exantemático. Además se presentarán datos de otras fuentes relativos a enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades Transmitidas por Vectores

Malaria

En el Perú, la malaria está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la costa norte y a la selva montañosa nororiental, selva centro suroriental y selva baja o llano amazónico. La estacionalidad es evidente en la costa norte y vertiente noroccidental del país, con una transmisión permanente en la cuenca amazónica.

El número de casos de malaria aumentó de 30.814 en 1989 a 211.561 en 1996, manteniéndose una alta tasa de incidencia en los últimos años; se han notificado aproximadamente 100.000 casos en lo que del año 1999. Se llegó hasta una tasa de incidencia de 885,0 por 100.000 habitantes, teniendo cifras de 200.000 casos nuevos por 100.000 personas. La proporción de casos por *Plasmodium falciparum* se incrementó en forma alarmante de 1,6 % en 1992 a 28,3 % en 1996. El índice parasitario anual (IPA) aumentó de 2,4 por 1.000 en 1992 a 8,8 por 1.000 en 1996. La estratificación según IPA entre 1994 y 1996 reveló un incremento de 20,7 a 119,1 por 1.000 en Loreto y de 27,7 a 39,8 por 1.000 en Jaén, en tanto que la proporción de casos por *P. Falciparum* en 1996 fue de 32,2 % en Loreto y 48,2 % en Jaén. El Fenómeno de El Niño, elevó la incidencia en las subregiones de salud de Piura, Sullana y Tumbes en el norte durante los meses de diciembre de 1997 y primer trimestre de 1998. El número de casos de malaria por *P.falciparum* en 1999 empezó a aumentar a partir de la semana epidemiológica 13, estando próximo a tener los 50.000 nuevos casos hasta la semana epidemiológica 37.

En 1996 se registraron 46 defunciones por malaria, 40 de las cuales ocurrieron en Loreto (87,0 %), donde hubo un comportamiento epidémico. La resistencia de *P. Falciparum* a la cloroquina fue de 20 % a 26 %, y a la sulfadoxina/pirimetamina, del 9,1 %, cifras que en los últimos años parecen estar aumentando en Loreto. La intensa migración interna, la incorporación de nuevas áreas de irrigación y de cultivo de arroz (áreas de cultivo se estiman en 17.000 hectáreas en el norte y cerca de 7.000 en el sur) y algodón, la expansión del vector *Aedes darlingi* y las dificultades de gestión del programa del control en áreas de difícil accesibilidad contribuyeron a la situación antes

señalada. Se está utilizando Falcidar® en algunos lugares como tratamiento primario para las cepas resistentes a cloroquina y es probable que ya se esté empezando a utilizar mefloquina en áreas resistentes a Falcidar®.

Dengue

En 1990 se produjo la primera epidemia de dengue clásico en el país, con 9.623 casos notificados, la mayoría en el Departamento de Loreto. Las actividades de control permitieron disminuir la incidencia a 714 casos en 1991 pero desde entonces, la tendencia ha sido creciente: 1.905 casos en 1992 y 2.837 en 1996. En 1998 hubo tendencia decreciente en el número de casos que parece continuar hasta la semana 37 del año en curso, pues se tiene 417 casos probables (83 confirmados). Los serotipos involucrados en el periodo 1990 y 1995 fueron el DEN 1 y en menor medida el DEN 4; se agregó el DEN 2 en 1995, aislado primero en los Organos (Región Grau, norte del país), y en 1996 en otras áreas de la región nororiental y en la cuenca amazónica. Las áreas geográficas más afectadas son la costa norte (Tumbes y Luciano Castillo) y la selva nororiental y central (Loreto, Ucayali, Huánuco, Junín y San Martín), y en 1996 se registraron brotes en localidades nuevas que no eran consideradas endémicas (Jaén, Bagua y Juanjuí); también en 1996 se estimó que la población en riesgo era de 2.750.000 personas. El Programa ha eliminado la infestación por *A. aegypti* en algunas zonas. Hasta la actualidad, semana epidemiológica 37 de 1999, no se ha informado ningún caso de dengue hemorrágico en el Perú.

Fiebre Amarilla

Se ha producido un nuevo brote epidémico en 1999 entre las semanas 18 y 20, habiendo ya superado los 50 casos confirmados hasta la semana epidemiológica 37. El gran incremento de la migración interna a partir de 1994 y la apertura de zonas de explotación agrícola e industrial en áreas enzoóticas son factores decisivos en la presentación de los brotes. En 1995 la fiebre amarilla selvática alcanzó proporciones epidémicas con 503 casos notificados y una letalidad de 38,8 %. Afectó predominantemente a agricultores de 15 a 44 años, de origen andino, en los departamentos de la selva central (Pasco, Junin y Huánuco). La intensificación de las actividades de vacunación permitió reducir la incidencia a 86 casos y 34 defunciones en 1996. Se ha continuado

observando brotes epidémicos en 1998, siendo notable su extensión a nuevas áreas geográficas en la selva. En abril de 1995 se incorporó la vacunación antiamarilica a las actividades regulares del Programa Ampliado de Inmunización en las zonas endémicas. Se vacuna a niños de 1 año y se les pone un refuerzo a los 10 años. No se ha reportado casos de fiebre amarilla urbana hasta la actualidad.

Leishmaniasis

Enfermedad relacionada con migración temporal o colonización de la selva alta y baja para actividades agrícolas y extractivas (oro, madera, petróleo), trazado de vías de comunicación y cacería. Afecta departamentos de sierra y selva. Entre 1960 y 1980 su tendencia fue relativamente estacionaria, con tasas de incidencia que variaron de 6,5 a 8,4 por 100.000 habitantes. Desde 1980 su tendencia fue relativamente estacionaria, con tasas de 12,7 a 40,0 por 100.000 habitantes. En 1995 se notificaron 7.343 casos (31,9 por 100.000 habitantes) y 7.756 (32,4 por 100.000 habitantes) en 1996, 86,7 % de los casos correspondieron a la forma cutánea y 13,3 % a la mucocutánea. Las subregiones más afectadas fueron Madre de Dios (1,071 casos) y Chachapoyas (659 casos). La forma cutánea andina afecta prioritariamente a los menores de 15 años; se ha registrado 2386 nuevos casos de este tipo de leishmaniasis hasta la semana epidemiológica 37 de 1999. La forma mucocutánea es más frecuente en los mayores de 15 años. En lo que va del año 1999 se ha informado 31 nuevos casos de este tipo de leishmaniasis.

Enfermedad de Chagas

El establecimiento de grupos humanos en áreas marginales con viviendas precarias de adobe, techo de paja o palmeras, favorecen la colonización de los vectores triatomíneos. En 1996 se estimó un total de 24.170 casos de enfermedad de Chagas en áreas endémicas, 1.209 con formas aguda u oligosintomáticas y 22.961 con formas crónicas, principalmente en personas de 20 a 54 años de edad. El área chagásica más importante se localiza al sur del país (departamento de Ica, Arequipa, Moquegua Tacna, Ayacucho, y Apurímac) donde se ha detectado infestación intradomiciliar por *Triatoma infestans* en 21 provincias y 90 distritos. En esta zona geográfica que representa el 9 % del territorio nacional se cuenta con 160.000 viviendas, habitan aproximadamente medio millón de personas (aprox. 2 % del país) expuestas a riesgo. Estudios de seroprevalencia en estas áreas han revelado tasas de infección de 0,7 % a 12,0 % en la población general

y de 3,0 % a 12,0 % en bancos de sangre. En 1996 el MINSA elaboró normas nacionales y formuló planes regionales de control. Se ha iniciado un programa de tamizaje de las bolsas de sangre en donantes en hospitales.

Bartonelosis

Conocida también como Enfermedad de Carrión. Desde 1945 hasta 1969 la tasa de incidencia descendió de 9,6 a 0,25 por 100.000 habitantes, se mantuvo estable hasta 1974 y desde entonces aumentó progresivamente hasta llegar a 3,4 por 100.000 habitantes en 1995. Los departamentos de Ancash, La Libertad, Cajamarca y Amazonas, tienen una población de 1.687.236 personas expuestas a riesgo, fundamentalmente en nichos ecológicos localizados entre los 1.000 y 3.200 metros sobre el nivel del mar. Sin embargo, las áreas geográficas se están extendiendo; en 1998 hubo brotes epidémicos en áreas que nunca antes se había presentado, como por ejemplo, en el Valle Sagrado de los Incas en Cusco donde hubo más de 200 casos. Hasta la semana epidemiológica 37 de 1999 se tenía registrados 1.716 nuevos casos de bartonelosis.

Encefalitis equina venezolana (EEV)

Después de la epizootemia de 1969, los reservorios naturales de la infección se mantienen entre los roedores silvestres, especialmente de los géneros *Sigmodon*, *Peromyscus*, *Proechimis*, *Oryzomys* y mosquitos de la familia *Culicidae*. Se ha confirmado la presencia del virus de EEV en mosquitos, roedores o equinos. Desde 1996, se han reportado casos clínicos esporádicos de síndromes encefalíticos en equinos compatibles con encefalitis equina en los departamentos de Tumbes y Piura, limítrofes con Ecuador, sin llegar a su confirmación por el laboratorio. Igualmente se han informado casos clínicos en humanos en Loreto a partir de 1997, confirmados por el Centro Médico Naval NAMRID de los Estados Unidos de Norte América.

Peste

La peste bubónica es activa en el departamento de Cajamarca, Piura, Lambayeque y La Libertad, donde periódicamente se presentan brotes en los valles interandinos. En octubre de 1992 hubo brote que se extendió a 12 localidades de 31 distritos de los cuatro departamentos. De 1994 a 1996 se notificaron 1.288 casos y 54 defunciones, la

mayoría en el departamento de Cajamarca. En 1998 se han presentado casos esporádicos a lo largo de todo el año en tanto que en las primeras 10 semanas epidemiológicas de 1999 hubo un brote de incluyó a 20 casos, teniendo hasta la semana epidemiológica 37 de 1999 46 casos acumulados. El incremento de los roedores silvestres (*Akodon*, *Sigmodon*, *Proechimis*) se produce al encontrar abundante comida, agua y refugios para su reproducción cuando los campesinos almacenan sus cosechas en el interior de sus viviendas, llevando la infestación desde el campo.

Enfermedades Zoonóticas

Leptospirosis

En el pasado se han detectado leptospiras en casi todos los departamentos del Perú haciendo suponer que existen nichos de la infección en reservorios animales tanto silvestres como domésticos, que pueden eliminar la leptospira en la orina por períodos prolongados. Los serovares más frecuentes son: *L. icterohaemorrhagiae*, *L. canicola*, *L. sejroe*, *L. grippityphosa*, *L. pomona*, *L. tarassovi*, todas ellas patógenas para los humanos.

No se cuenta con datos de morbi-mortalidad, pues no es una enfermedad sujeta a registro y no se usa rutinariamente el laboratorio para el diagnóstico. La costumbre de la gente de bañarse junto con sus animales domésticos: perro, ganado, burro en las aguas empozadas después de las inundaciones facilita la transmisión.

Rabia

La rabia transmitida por el perro sigue siendo una amenaza para las personas en el Perú pues todavía se siguen presentando esporádicamente casos de rabia de origen canino (o felino) que provienen de las zonas suburbanas de las grandes ciudades. El mayor número de casos de rabia humana es por mordedura de perros. En el cuatrienio 1993-1996 se registraron 1.582 casos de rabia canina. De las 112 defunciones por rabia en el mismo período, en 65 (58 %) la fuente de infección fueron los perros y 47 (42 %) los murciélagos hematófagos. Los hombres y el grupo en edad escolar son los más afectados. La rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos es un serio problema en la selva amazónica por la intrusión del hombre en el hábitat de los murciélagos; hasta la semana epidemiológica 37

del año en curso se han informado 5 casos de rabia humana de origen canino y otros 5 de origen silvestre.

Carbunco Bacteridiano o Antrax

Entre 1990 y 1992 se notificaron 460 casos de carbunco (ántrax); el mayor número de casos (223) se registró en 1992; en 1993 y 1994 no se notificaron casos; en 1995 se comunicaron 25 y en 1996, 12 casos. Se ha continuado observando casos en los años 1997 y 1998 esporádicamente, particularmente en los departamentos de Lima e Ica, así como la provincia constitucional del Callao. Bajas coberturas de vacunación del ganado bovino, caprino y ovino estarían relacionadas con el problema.

Brucelosis

La brucelosis se limita a ciertas regiones del país y se relaciona con el consumo de queso fresco producido artesanalmente con leche de cabra infectada. En 1993-1995 se notificaron 3.606 casos y en 1996, solo en Lima, 274 casos. Esta es una enfermedad endémica particularmente en Ica, Lima y Callao. El agente es *Brucella melitensis* biotipo 1.

Hidatidosis

La hidatidosis humana se presenta en la región andina, particularmente en los departamentos de Pasco, Huancavelica, Junín y Puno, donde predomina la crianza de ganado ovino en estrecha convivencia con canes infestados con el parásito adulto. De 1993 a 1995 se diagnosticaron 4.829 casos de hidatidosis, en sus formas pulmonar y hepática.

Enfermedades Inmunoprevenibles

Sarampión

Desde 1990 las coberturas de vacunación en los menores de 1 año han superado el 80 %. En 1996 se alcanzó una cobertura de 96.9 % con la vacuna antisarampionosa, 99.6 % con la BCG y 100 % con la vacuna antipoliomielítica y DPT. La última epidemia de proporciones importantes de sarampión ocurrió en 1992 cuando se registraron 22,605 casos con 263 defunciones (una letalidad de 1.8 %). En 1995

se inició un programa de eliminación del sarampión con la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas y con actividades de vacunación casa por casa. Se confirmaron 224 casos de sarampión en 1995, 2 casos en 1996, 78 casos en 1997 y 5 casos en 1998. Hasta la semana epidemiológica 35 de 1999 se tenían notificados 150 nuevos casos.

Tetanos neonatal y tétanos

Las acciones para eliminar el tétanos como problema de salud pública se iniciaron en 1991 mediante la identificación de distritos de riesgo, en los que se procedió a vacunar a las mujeres en edad fértil con toxoide tetánico (TT) y a capacitar a las parteras tradicionales y a los promotores de salud, tanto en la atención del parto como en la vacunación. Se notificaron 128 casos en 1994, 9 en 1995 y 46 en 1996, la mayoría provenientes de distritos de riesgo en la selva y en áreas urbanas de la costa; los casos eran hijos de madres que no habían recibido al menos 2 dosis de TT.

El tétanos en adultos se continúa observando en las diversas regiones del país por contaminación de las heridas, manipulación dental, muchos de ellos con tétanos grave que requieren ventilación asistida y en otros casos fallecen.

Poliomielitis

El último caso confirmado de poliomielitis de las Américas se presentó en el Perú en 1991, y hasta comienzos de 1999 el país continuaba manteniendo una adecuada vigilancia de todos los casos sospechosos y cumpliendo con las indicaciones internacionales de vigilancia.

Difteria

Esta enfermedad se encuentra bajo control; se notificaron 10 o menos casos anuales desde 1992 hasta 1996, a excepción de 1993 cuando se notificaron 31 casos, la mayoría de ellos (24) correspondientes a un brote ocurrido en una zona rural del departamento del Cuzco.

Tos ferina

Si bien ha habido una notable disminución de la incidencia en las últimas décadas de esta enfermedad, continúa informándose cientos de casos. En 1997 hubo 588 casos, en 1998 hubo 1134 y en lo que va

del año 1999, semana epidemiológica 37, se han informado ya 772 casos.

Hepatitis B

Se destacan las áreas hiperendémicas de Huanta y Abancay, donde la prevalencia de Ags HB llega a 54,4 % y la de virus de la hepatitis delta a 14% en escolares aparentemente sanos. El Perú se ubica entre los países de endemicidad intermedia para el virus de la Hepatitis B. Diversos estudios seroepidemiológicos han revelado que en la selva la endemicidad es media-alta con prevalencias del antígeno de superficie (Ags HB) que varían de 2,5 % en Iquitos a 20,0 % en la población nativa; en la costa, el rango es de 1,0 % a 3,5 %; en la sierra entre 2, y 15%. En 1996 se inició la vacunación contra la hepatitis B en los menores de 1 año de edad residentes en las provincias de endemicidad alta y media (25 % del total del país)..

Meningitis Meningocócica

Esta enfermedad es endémica en algunas zonas como Loreto y Lima. Se reportaron 47 casos en 1997, 38 casos en 1998 y en lo que va de 1999, hasta la semana 37 se han notificado 50 casos, de los cuales 18 son confirmados. No se cuenta con un programa de inmunización para esta enfermedad.

No se han presentado epidemias de rubéola en 1998 y 1999 y se ha iniciado la vacunación contra *Haemophilus influenzae* recientemente dentro del Programa Ampliado de inmunizaciones.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y/O AGUA

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

En 1996, la prevalencia puntual de diarrea, quince días previos a la encuesta, en los niños menores de 5 años fue de 17,9 % muy inferior a la de la encuesta de 1986 (31,9). La prevalencia fue mayor en los niños de 6 a 23 meses de edad (29 %), en el área rural (20,3 %) y en la selva (25,65). La gravedad de la enfermedad diarreica expresada por la proporción de casos con deshidratación y deshidratación grave, disminuyó de 34 % y 4 % en 1994 a 25,5 % y 1,5 % en 1996, respectivamente. Según la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto

trimestre de 1995, 92 % de los niños menores de 5 años con diarrea recibieron terapia de rehidratación oral.

Cólera

El cólera es endémico en el Perú desde la aparición del cólera a inicios de 1991. Desde entonces la enfermedad ha mostrado una tendencia decreciente (322.562 casos sospechosos en 1991, 71.448 casos en 1993 y 4369 casos en 1996) y se ha presentado preferentemente en mayores de 15 años de edad. La letalidad promedio se mantuvo desde el inicio en 0.09 %; sin embargo, se han notificado cifras más altas en brotes en áreas con acceso limitado a los servicios de salud. La vigilancia de la serovariedad 0139 indica que esta cepa está ausente en el país. Con el advenimiento del Fenómeno El Niño 1998, hubo un rebrote epidémico concentrado en las primeras semanas epidemiológicas que corresponden a la estación de verano hasta la semana epidemiológica 37 se tenían registrados 981 nuevos casos de cólera con una TIA de 3,89 x 100.000 habitantes.

Botulismo

Casos de botulismo se observan raramente. Entre 1996 y 1999 se notificaron casos por consumo de alimentos deficientemente manipulados (v.g. espárragos) durante el proceso de envasado. Se tiene conocimiento de brotes de la enfermedad por salchichas, queso, etc. como producto de industria artesanal sin licencia. Se han informado defunciones y casos con necesidad de asistencia ventilatoria.

Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA)

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de mortalidad en la niñez; se estima que cada año se producen cerca de 12.000 defunciones en menores de 5 años, de los cuales una alta proporción se debe a neumonía. Las ERA representan la primera causa de demanda de atención en los servicios de salud con más de 40 % del total de atenciones y 30 % de las hospitalizaciones en este grupo de edad. La incidencia más alta de neumonía se registra en la sierra (Pasco y Apurímac) y en la selva (Jaén, Madre de Dios y Amazonas). Hasta la semana epidemiológica 37 de 1999 se habían registrado 24.200 nuevos casos de ERA con un 64 % correspondiente al grupo etáreo 1-4 años.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES CRÓNICAS

Tuberculosis

La tuberculosis continúa siendo un gran problema de salud pública, a pesar de que desde 1992 se inició la tendencia descendente, mantenida hasta 1996, año en que la curva ha empezado a hacer un *plateau*. La notificación de casos ha mejorado sustancialmente desde 1991. En 1996 se diagnosticaron y trataron 47.498 casos en todo el país: la tasa de prevalencia descendió de 256,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 227,9 en 1995 y 198,4 en 1996. La tasa de incidencia descendió de 243,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 162,1 en 1996. La tasa de incidencia de meningoencefalitis tuberculosa infantil disminuyó de 2,01 por 100.000 habitantes en 1993 a 1,57 en 1995.

La mortalidad experimentó un leve descenso de 5,2 a 4,9 por 100.000 habitantes entre 1992 y 1995, reducción que se manifiesta en todos los grupos de edad y es más evidente en los más jóvenes. Según la encuesta 1995-1996, la resistencia a una droga fue de 5,4 % y la resistencia múltiples droga, de 2,4 %. En 1990 solo 25 % de los servicios de salud llevaban a cabo actividades de diagnóstico y tratamiento; en 1996, el 96 % garantizaban el acceso gratuito a esta atención. El número de baciloscopias se quintuplicó entre 1990 y 1996 (21.000 y 1.160.00 respectivamente).

En la década de 1980 solamente el 50 % de las personas diagnosticadas culminaban el tratamiento, mientras que en 1996 el promedio nacional de curados fue de 90,9 %; la evaluación de la eficiencia a través del estudio de cohortes mostró un aumento de 74,1 % en 1991 a 90,9 % en 1996; el porcentaje de abandono disminuyó de 13,8 en 1991 a 4,2 en 1996. Se ha iniciado la primera encuesta de riesgo anual de infección, cuyos datos están tabulándose y así mismo, en 1999 se ha iniciado la tercera gran encuesta nacional de resistencia a drogas antituberculosas.

Lepra

La tasa de prevalencia de lepra en áreas endémicas de la selva en 1995 fue de 0,9 por 10.000 habitantes, y la de incidencia (mejor tasa de detección del año) de 0,35 por 10.000 habitantes, más altas que en 1993 (0,6 y 0,1 respectivamente), debido principalmente a una mejoría

en la detección de casos nuevos. Esta detección es pasiva. Los departamentos más afectados fueron Ucayali y Loreto. De los 240 casos registrados en 1995, 195 fueron multibacilares (81,3 %) y 45 paucibacilares (18,8 %). El 14,4 % de los 90 casos nuevos corresponden a menores de 15 años, lo que indica transmisión reciente de la enfermedad. El 13,3 % tiene incapacidad de grado II; este porcentaje es inferior al de 1993 (20,4 %).

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Desde su aparición en el Perú en 1983, la infección por VIH/SIDA experimenta un crecimiento acelerado. El número acumulado de casos de SIDA hasta diciembre de 1998 fue de 8.000; para esta misma fecha el número estimado de casos de SIDA era de 10.000 y de infección por VIH de 80.000 y 150.000. La presencia del VIH/SIDA se constata en todo el país, aunque es más intensa en las grandes ciudades, en particular Lima y Callao. Predomina la forma de transmisión sexual, que representa 95,4 % del total acumulado de casos; la transmisión sanguínea representa 2,4 % (primeros años) y su tendencia es descendente; la transmisión perinatal representa 2,2 % y su tendencia es ascendente. Cambios relevantes en el patrón de transmisión son el incremento de la transmisión heterosexual y la afectación creciente de mujeres y jóvenes; la razón hombre/mujer fue de 20/1 en 1985 y de 3/1 en 1997. En el mismo período, la edad media de diagnóstico de SIDA pasó de 38 a 29 años. Desde 1987 se cuenta con un Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión sexual y SIDA, el mismo que ha puesto en práctica nuevas estrategias de control dirigidas al mercadeo de preservativos, la modificación del comportamiento de riesgo y el manejo sindrómico de otras enfermedades de transmisión sexual. En los últimos años se instituyó un programa de administración gratuita de zidovudina (AZT) a gestantes infectadas y a sus hijos recién nacidos e impulsó actividades para la eliminación de la sífilis congénita y el tamizaje obligatorio en bancos de sangre.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y OTROS EVENTOS DE SALUD

No se ha tenido una vigilancia de las enfermedades no transmisibles como lo viene haciendo la Oficina General de Epidemiología con la enfermedades transmisibles. Recientemente se ha iniciado un vigilancia de estas enfermedades en Lima y Callao, pero solo en ciertos hospitales.

Enfermedades y Deficiencias de la Nutrición y del Metabolismo

En las áreas rurales se encuentra el nivel más alto de desnutrición crónica (40,6 %); por el contrario, en el área metropolitana de Lima la cifra alcanza a 10,1 %. La prevalencia es de 17,1 % en la costa, de 37,9 % en la sierra y de 33,3 % en la selva. Así mismo, 50,5 % de los hijos de madres sin educación y 5,3 % de las madres con educación superior tienen desnutrición crónica. En 1996, 7,9 % de los niños menores de 5 años presentaban déficit de peso para la edad y 1,1% déficit de peso para la talla, cifras discretamente inferiores respecto a 1992 (10,8 % y 1,4 % respectivamente). La insuficiencia de talla para la edad afectó a 25,9 % de los niños menores de 5 años, pero en los niños próximos a cumplir los 5 años llegó a 30,5 %. Un estudio realizado en Piura en 1991 encontró que 32,8 % de los niños menores de 6 años presentó niveles séricos de vitamina A inferiores a 20 µg/dL. En 1987 se estableció que la deficiencia de yodo era endémica en la mayor parte de las provincias de la sierra y de la selva del país; en 1990, 70 % de la sal consumida estaba yodada. En 1995, la Encuesta Nacional de Hogares del cuarto trimestre reveló que 93,9 % de la población consumía sal yodada. Recientemente se ha reconocido que el problema de bocio en el Perú ha sido superado. Estudios realizados en 3 zonas de la costa establecieron la prevalencia de diabetes entre 7 % y 8 %, y la de hipercolesterolemia entre 14 % y 42 %.

Enfermedades Cardiovasculares

La mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio varió entre 1980 y 1992 de 11,8 % a 19,4 % del total de defunciones por causas definidas. La prevalencia de hipertensión arterial en adultos se estimó en 17 % en la costa y en alrededor de 5 % en la sierra y selva aunque estudios en 3 zonas de la costa mostraron prevalencias de 15 % a 34 %. No se cuenta con registros nacionales.

Tumores Malignos

En la capital Lima, la tasa de incidencia notificada fue de 88,3 por 100.000 habitantes en 1968 y 112,3 en 1990-1991. La tasa de mortalidad por cáncer 1990-1992 se estimó en 113 y 138 por 100.000 habitantes en varones y mujeres respectivamente. Las neoplasias más frecuentes en hombres son las de estómago, próstata y pulmón; en las mujeres, las de útero, mama y estómago. En los varones, entre 1968 y

1991 la frecuencia de cáncer de estómago disminuyó 37 % y la de próstata aumentó 48 %; en las mujeres, el cáncer de cuello uterino disminuyó 32 % y el de mama aumentó 43 % en el mismo período, sin embargo el cáncer de cuello uterino sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres.

Accidentes y Violencia

Los homicidios (12 por 100.000 habitantes) y los accidentes de tráfico junto con diversas formas de violencia contra el niño, el adolescente y la mujer, constituyen un serio problema de salud pública en el Perú. Los accidentes son la causa más frecuente de hospitalización y consulta en los servicios de emergencia de los hospitales de adultos. Entre 1980 y 1995, la Policía Nacional registró cerca de 990.000 accidentes de tráfico, con 320.000 víctimas y una letalidad de 12.3 %. En este acápite consideramos también al accidente por mordedura de serpiente, relativamente frecuente en las zonas de selva. En 1999 y hasta la semana epidemiológica 37 se han registrado 478 casos de ofidismo.

Salud Oral

En 1996, 95 % de los niños de 3-14 años presentaron caries dental, 85 % enfermedad periodontal y 75 % mal oclusión. en los niños de 6-14 años, el promedio de dientes afectados en forma permanente por caries dental fue 6, con una pérdida prematura de los primeros molares permanentes de 45 % a 50 %. El MINSA ha puesto en marcha un programa que promueve la aplicación tópica de flúor como parte de la atención integral del niño.