



Medicina Humana

Materia: Epidemiología II

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA TRACOMA

Docente:

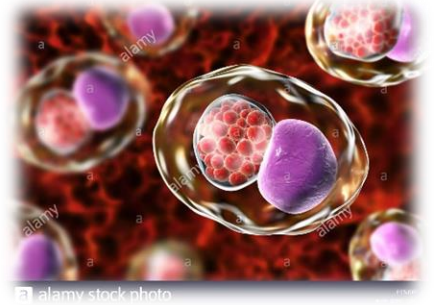
Dr. Cecilio Culebro Castellanos

Alumno:

Diego Lisandro Gomez Tovar

Grupo: 3°B

TRACOMA



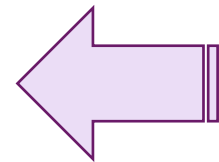
El tracoma es una infección ocular que afecta ambos ojos. Es la principal causa de ceguera infecciosa del mundo. Una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis* es la causante del tracoma. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tracoma ha causado deterioro visual a 1.8 millones de personas. De esas personas, 450 000 quedaron con ceguera irreversible.

En sus primeras etapas, el tracoma causa conjuntivitis aguda. Los primeros síntomas comienzan a aparecer entre cinco y 12 días después de la exposición a la bacteria. Los síntomas pueden incluir:

- picor leve e irritación de los ojos y los párpados, y
- secreción en los ojos

Notifican a la jurisdicción de Comitán el día de hoy. Caso femenino de 27 años. Procedente de Comitán de Domínguez . Casada, ama de casa, 2 hijos. Presenta lesiones en los ojos, alrededor de 10 días de evolución a nivel de párpados, característico por secreción purulenta que sale del ojo . Presenta lesiones parecidas a llagas dentro de los ojos. Niega otra sintomatología. Refiere haber viajado a la zona sur del Brasil al lugar de vivienda de sus padres donde existen diversos animales y además habitan en piso de tierra, existe demasiada promiscuidad y hacinamiento en la casa de sus padres.

Las manifestaciones oculares iniciales son epífora, inyección conjuntival y secreción mucopurulenta; con el curso crónico se producen queratitis, entropión, triquiasis y opacidades corneales. El diagnóstico es básicamente clínico y microscopía, microbiología, inmunología y biología molecular.



Se sospecha probable
Tracoma

Epidemiología

El tracoma es la principal causa de ceguera prevenible en el mundo; en 2010 representó aproximadamente el 3 % del total de casos (alrededor de 1,3 millones de personas); continúa siendo la primera causa de ceguera infecciosa, pero pasó de la segunda o tercera posición a la quinta como causa de ceguera en general.

Aunque los datos epidemiológicos son insuficientes, se calcula que alrededor de 325 millones de personas viven en 51 países endémicos en África, Asia, Latinoamérica y Oceanía; de ellas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015, 232 millones estaban en riesgo de contagiarse y 21 millones padecían tracoma activo. En la actualidad, esta infección es responsable del deterioro visual de 1,8 millones de personas, de las cuales 500 000 tienen ceguera (1,4 % de la ceguera mundial que padecen 39 millones)

- En áreas endémicas, la tasa de prevalencia de tracoma activo es de 60 % a 90 % en preescolares, pero se vuelve menos frecuente y de menor duración con el aumento de la edad; la familia es la principal unidad de transmisión.
- . Las mujeres quedan ciegas con una frecuencia dos o tres veces mayor que la de los hombres debido al mayor contacto con niños infectados, aunque los infantes menores de seis meses no son fuente de reinfección



- Brasil, Guatemala, México y Colombia han sido identificados como los países de América con focos activos de tracoma. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alrededor de 50 millones de personas viven en áreas de riesgo.
- De los anteriores, México, donde se localiza principalmente en el estado de Chiapas, podría ser el primer país en solicitar la verificación de la eliminación de la enfermedad como causa de ceguera.
- Por otro lado, Brasil es la nación con la mayor cantidad de personas en áreas endémicas, algunos de sus estados han iniciado campañas de eliminación y han informado 20 000 personas tratadas y más de 1000 cirugías llevadas a cabo en 2012.

OBJETIVOS

- Proporcionar los lineamientos específicos para la vigilancia epidemiológica especial del Tracoma que permitan la obtención de información clínica y epidemiológica de calidad, que sustenten la certificación para su eliminación, así como, su comportamiento post eliminación.
- Homologar los procedimientos y criterios de la vigilancia epidemiológica del Tracoma para su aplicación a nivel interinstitucional y sectorial.
- Establecer los procedimientos para el análisis de la información epidemiológica necesarios para la identificación de riesgos que permitan acciones de intervención.
- Proporcionar los elementos que permitan evaluar el sistema vigilancia epidemiológica de Tracoma Difundir la información para la toma de decisiones.

CLASIFICACION DE LOS CASOS

- Caso sospechoso: No procede.**
- Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y epidemiológicos.**
- Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio de confirmación de los casos.**

Se define como brote la aparición de un número de casos confirmados por encima del valor esperado.



- Todos los casos que cumplan los criterios de “probable” o “confirmados”, han de ser notificados de manera sistemática, por el procedimiento habitual, en el momento de su conocimiento (de la sospecha, sin esperar al diagnóstico de confirmación), deberá ser notificado a la jurisdicción.

- La jurisdicción investigará todos los casos detectados, recogiendo la información de forma individualizada según el conjunto de variables especificadas en la correspondiente encuesta epidemiológica, así como cualquier otra información de interés relativa al caso; así mismo establecerá las medidas de control que proceda, realizando las actividades

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍFILIS

DATOS PERSONALES

Código Fecha de nacimiento / / Edad
Sexo V
 M ¿Está embarazada? Si No Semanas de gestación
 ¿Se ha realizado serología durante el embarazo? Si No Fecha / /
Centro de salud al que pertenece
Lugar de residencia Provincia

Si es residente en la isla desde hace menos de un año:

- Procedencia: Otra isla. ¿Cuál?
 Provincia
 Europa
 Africa
 América
 Asia
 Otra
- Fecha de llegada a España / / Fecha de llegada a la isla / /

Si ha realizado algún viaje en el último año, en el que haya mantenido alguna relación sexual sin protección:

- Lugar Fechas: salida / / llegada / /
- Lugar Fechas: salida / / llegada / /

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas / /
Síntomas

- Presentación en el centro: Por su cuenta
 Por ser contacto de caso
 Remitido por médico de cabecera
 Remitido por

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico clínico / / Resultados: FTA
Fecha de confirmación serológica / / RPR

Diagnóstico definitivo: Sífilis primaria
 Sífilis secundaria
 Sífilis latente temprana
 Sífilis latente tardía

Fecha de inicio de tratamiento / / Tipo de tratamiento
¿Se ha completado el tratamiento? SI NO En curso
¿Hay alguna otra ETS concurrente? SI NO ¿Cuál?

- Realizar grupo de brigadas epidemiológicas: Organizar grupos que harán todo el proceso de la vigilancia y prevenir a la población. Y verificar por manzanas y en toda la ciudad si hay gran numero de casos.

- Ir a la unidad de salud o centro de salud de la comunidad por expedientes: Nombre: Susana Gutiérrez López Dirección: Barrio el centro M11 L58

- Ir a la comunidad y solicitar autorización: pedir una cita con el H. Ayuntamiento y el presidente de barrio (ya que el se encargara de informar a todo el barrio) para informales del caso y posteriormente pedir la autorización para que el grupo de brigadas ingrese.

MECANISMO DE VIGILANCIA ESPECIAL DEL TRACOMA

La vigilancia epidemiológica de Tracoma incluye la detección, notificación, estudio y seguimiento de casos. La notificación del caso comprende el comunicado del evento nuevo detectado por el médico tratante de la unidad de salud y cuya periodicidad se describe en el cuadro 1

Cuadro 1. Periodicidad de la Notificación

| Padecimiento | CLAVE CIE | Periodicidad de Notificación | | | Sistema Especial |
|--------------|-----------|------------------------------|--------|---------|------------------|
| | | Inmediata | Diaria | Semanal | |
| Tracoma | A71 | | | X | X |

METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ESPECIAL DEL TRACOMA

Para el seguimiento de los casos de Tracoma se han desarrollado metodologías y procedimientos específicos, los cuales se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Metodologías y procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de Tracoma

| Padecimiento | Clave CIE | Metodologías y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica | | | | | | | | |
|--------------|-----------|---|--------------------------------|------------------|---------------------|--------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| | | Vigilancia convencional | Estudio epidemiológico de caso | Estudio de brote | Registros nominales | Búsqueda activa de casos | Red negativa | Vigilancia basada en laboratorio | Vigilancia centinela | Vigilancia activa de la mortalidad |
| Tracoma | A71 | X | X | X | X | X | | | | |

DETERMINANTES DE RIESGO PARA LA SALUD

-El tracoma es, ante todo, una enfermedad de la pobreza y la marginación. La falta de abastecimiento de agua, condiciones precarias de la vivienda, hacinamiento, deficiente higiene personal y ambiental, bajo nivel educativo y el difícil acceso a los servicios de salud son factores que favorecen el establecimiento de la infección y el desarrollo de esta enfermedad.

Factores de riesgo

-El principal factor de riesgo es la falta de higiene facial, así como el inadecuado lavado de manos. Las infecciones oculares por *Chlamydia trachomatis* afectan principalmente a niños menores de 10 años, siendo los niños con higiene facial deficiente los que se encuentran tres veces más afectados que los niños que tienen una buena higiene

MODOS DE TRANSMISIÓN

Por contacto directo con secreciones oculares o nasofaríngeas infectantes en los dedos, o por contacto indirecto con fómites contaminados, tales como toallas o ropa; por las secreciones nasofaríngeas de personas infectadas y otros artículos contaminados con ellas.

Las moscas contribuyen a la propagación, en especial *Musca sorbens* en África y el Oriente Medio; en México no se ha documentado la transmisión por vectores. En los niños con tracoma activo pueden aislarse clamidias de la nasofaringe y del recto pero las serovariedades del tracoma al parecer, no tienen un reservorio genital en las comunidades donde la enfermedad es endémica.

PATOGENIA

El período de incubación es de 5 a 12 días, hay transmisibilidad mientras existan lesiones activas en las conjuntivas y en las mucosas de los anexos oculares, las cuales pueden durar algunos años. La concentración del agente en los tejidos disminuye en gran medida con la cicatrización, pero vuelve a aumentar con la reactivación y la recurrencia de los exudados infectantes.

La infecciosidad desaparece a los dos o tres días de comenzar el tratamiento con antibióticos, mucho antes de que mejore el cuadro clínico. La susceptibilidad es general; si bien la infección no confiere inmunidad absoluta, la gravedad de la enfermedad activa debida a la reinfección disminuye gradualmente a lo largo de la infancia, desapareciendo la infección activa en los niños mayores y en los adultos jóvenes.

En las zonas endémicas, los niños sufren la enfermedad activa con mayor frecuencia que los adultos. La gravedad de la enfermedad suele relacionarse con las condiciones de vida, en particular con una higiene deficiente, la exposición a vientos secos, polvo y arena fina también puede contribuir. Aunque los estudios han demostrado que las vacunas podrían prevenir la infección y atenuar su gravedad, los costos y su eficacia relativamente breve impiden su empleo

Flujos de información

En las entidades federativas deberán estar bien establecidos los mecanismos y canales de información, a nivel extra e intersectorial, referentes a los casos probables, casos confirmados, brotes y a la detección de factores de riesgo. Contar con esta información permitirá establecer en forma oportuna las medidas adecuadas para disminuir los daños a la salud de la comunidad.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-017 SSA-2. 2012 se establecen los procedimientos de notificación de las enfermedades de interés local, regional o institucional donde se incluye el tracoma, el cual es un padecimiento de notificación semanal.

Búsqueda de casos de tracoma en unidades de salud, clínicas y hospitales con servicios de oftalmología.

Esta actividad se hará en forma metódica y sistemática para obtener la oportunidad de prevenir la ceguera causada por tracoma.

Búsqueda de casos probables de tracoma en campo

Es el monitoreo clínico de los pacientes que cumplen con la definición de caso probable de tracoma. Se realiza a través de brigadas exclusivas para las actividades de vigilancia en las localidades de riesgo, mediante visitas casa por casa, con personal capacitado para la detección clínica en cada una de sus fases



Acciones ante un caso de tracoma Acciones ante un caso probable de tracoma

Al recibir la notificación de un caso probable en cualquier unidad de salud o localidad, se procederá de inmediato a hacer el diagnóstico clínico de acuerdo a la Cartilla de Graduación de Tracoma.

Si se confirma el caso, se deberá de instituir de inmediato el tratamiento que consiste en la aplicación de tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico y azitromicina (1g) dosis oral única para tratar la infección y disminuir la transmisión de la bacteria, aunado al lavado facial que deberá ser diario.

Dependiendo de la disponibilidad, se hará la toma de muestra serológica y/o de exudado ocular. Se investigará el lugar de residencia y el domicilio del caso. Se encuestará a los familiares y contactos del caso a través de la hoja familiar (Anexo2), se les dará tratamiento profiláctico con azitromicina (1g) dosis oral única y se realizarán acciones de promoción y educación para la salud basándose en el programa "SAFE" de la OMS. Guía del Gerente de Tracoma

Medidas de seguimiento y control para el caso.

Todos los casos de tracoma en fase activa (TF o TI) deben de ser examinados después de tres meses de haber iniciado el tratamiento con Azitromicina, debiendo cumplir con dos visitas en un periodo de 12 meses.

Todos los casos de Tracoma Cicatrizal (TC) deberán de mantenerse en observación y control, con el fin de detectar de manera oportuna posibles cambios en el párpado (Entropión y/o Triquiasis). Todos los casos Tracoma Triquiasico (TT) deberán de ser referidos a cirugía para corrección del entropión y/o triquiasis y posterior a ello mantenerse en control para detectar a tiempo posibles cambios en el párpado.(Anexo 3) Todos los casos de Opacidad Corneal (OC) deberán ser valorados por lo menos una vez al año con registro de la agudeza visual.

Estudio epidemiológico de caso

A cada caso confirmado se le realizará su estudio epidemiológico, donde se describirá el evento en sus variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona para: La elaboración un registro nominal de los casos Conocer la reincidencia de la enfermedad, Los grupos de edad afectados por fase clínica. La existencia de patrones estacionales. Las características geográficas de la población Las posibles fuentes de infección y Los probables modos de transmisión de la enfermedad.



Atención de brotes

- Ante la presencia de un brote, el nivel local notificará inmediatamente a los SESSA e iniciará las actividades de prevención y control correspondientes.
- Los SESSA a su vez, notificarán al nivel nacional el evento y si es necesario apoyarán al nivel local con asesoría técnica, recursos humanos e insumos

SUPERVISIÓN

El propósito de la supervisión de los procesos de la vigilancia epidemiológica de Tracoma es vigilar que las actividades se realicen acorde a los lineamientos vigentes, así como prestar la asesoría correspondiente en pro de mantener la vigilancia post eliminación.

Cada nivel técnico administrativo debe contar con el Programa de Supervisión anual que contemple los siguientes puntos

1. Resnikoff S., Pascolini D., Mariotti S.P., Pokharel G.P. 2008. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. *Bull World Health Organ*; 86: 63–70.
2. World Health Organization (WHO) 2007. Making Progress Towards the Global Elimination of Blinding Trachoma. 11th Meeting of GET2020 Report. Geneva, Switzerland.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2011. Eliminación del Tracoma en las Américas. Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas. Bogotá D.C., 23-25 de mayo de 2011.
4. Schlosser K. 2008. Trachoma through history (special edition). International Trachoma Initiative (ITI).
5. Jones B.R. 1980. Changing concepts of trachoma and its control. *Trans Ophthalmol Soc UK*; 100: 25–29.
6. Friederich R. 1982. Eye disease in the Navajo Indians. *Ann Ophthalmol*; 14: 38–40.
7. Miller H., Germán-Gallego G., Rodríguez G. 2010. Evidencia clínica de tracoma en indígenas colombianos del departamento de Vaupés. *Biomédica*; 30(3): 432-39.
8. Mariotti S.P., Pascolini D., Rose-Nussbaumer J. 2009. Trachoma: global magnitude of a preventable cause of blindness. *Br. J. Ophthalmol.* 93: 563–568.
9. Hu V.H., Harding-Esch E.M., Burton M.J., Bailey R.L., Kadimpeul J. and Mabey D.C. 2010. Epidemiology and control of trachoma: systematic review. *Tropical Medicine and International Health*; 15 (6):673–691.