

Segunda Reunión Regional de los Gerentes de Programas de

Eliminación del Tracoma

en las Américas



Foto: San Juan el Mirador,
San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar
Figueroa.



Segunda Reunión Regional de los Gerentes de Programas de

Eliminación del Tracoma

en las Américas

INDICE

	Páginas
Glosario de términos y acrónimos	1
Resumen ejecutivo	3
Relatoría del evento	5
SAFE	5
Sesión 1. Actualización sobre avances 2011, situación actual y desafíos hacia la eliminación de Tracoma en los países de la Región de la Américas: Implementación de la estrategia SAFE	9
Epidemiología de las causas de la ceguera	9
Panorama Tracoma en Brasil: Situación actual, avances y desafíos	11
Panorama Tracoma en Colombia: Situación actual, avances y desafíos	14
Panorama Tracoma en Guatemala: Situación actual, avances y desafíos	17
Panorama Tracoma en México: Situación actual, avances y desafíos	20
Preguntas de la Sesión 1	23
Sesión 2. Vigilancia epidemiológica. Monitoreo y evaluación de la administración de Azitromicina.	27
Vigilancia epidemiológica necesaria para planear las intervenciones	27
Preguntas de la Sesión 2	29
Mapeo de Tracoma en la región Amazónica, la experiencia de Colombia	30
Búsqueda activa de casos, casa a casa, como estrategia de vigilancia: la experiencia de México	31
Sesión 3. Monitoreo y evaluación de la administración de medicamentos.	32
Definición de metas e indicadores de cobertura de tratamiento, verificación de coberturas de tratamiento	32
Obtención y distribución de azitromicina	34
Proceso de ITI para facilitar solicitud y entrega de medicamento en donación,	34
Plan para monitoreo y evaluación de administración de azitromicina en Guatemala	36
Preguntas de la Sesión 3	37
Sesión 4. Aspectos clínicos y quirúrgicos.	38
Aspectos clínicos y relevantes para las evaluaciones epidemiológicas de Tracoma.	38
La cirugía como medida preventiva de la ceguera por Tracoma	39
Preguntas de la Sesión 4	40
Cirugía para Tracoma, la experiencia de Brasil	41
Cirugía para Tracoma, la experiencia de México	44
Cirugía para Tracoma, la experiencia de Colombia	46
Preguntas de la Sesión 4	49

	Páginas
Sesión 5. Monitoreo, evaluación de los Programas de Eliminación.	50
Indicadores de Impacto de eliminación: Conceptos y definiciones, periodicidad de las evaluaciones de impacto	50
Preguntas de la Sesión 5	55
Propuesta para la eliminación de Tracoma: la experiencia de México 2012	57
Preguntas para México	62
Sesión 6. Los componentes "F" y "E" de la estrategia SAFE.	63
Introducción a la sesión de Componentes "F" y "E"	63
Experiencia del Estado de Chiapas en implementación de acciones de higiene facial y de ambiente	65
Experiencia de Brasil en implementación de acciones de higiene facial y ambiente	69
Preguntas de la Sesión 6	71
Sesión 7. Papel de instituciones, socios y actores clave en las iniciativas global y regional de eliminación de Tracoma.	72
Dana Center for Preventive Ophthalmology, Johns Hopkins University; DANA Center, centro colaborador de OMS	72
ITI International Trachoma Initiative	73
Iniciativa Visión 2020	74
SABIN/GNNTD	75
Sesión 8. Planes de trabajo para el periodo 2012-2013.	76
Trabajo por países para definir actividades 2012-2013. Incluye definición de necesidades de cooperación técnica, cronograma y aspectos presupuestales	76
Plan de actividades 2012-2013 de Guatemala	76
Plan de actividades 2012-2013 de México	78
Plan de actividades 2012-2013 de Colombia	80
Plan de actividades 2012-2013 de Brasil	82
Anexos	85
Anexos 1	86
Anexos 2	91
Anexos 3	98
Anexos 4	100
Anexos 5	101

Índice de Cuadros	
Cuadro No. 1 - Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma Guatemala	77
Cuadro No. 2 - Cooperación Financiera	77
Cuadro No. 3 - Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma México	78
Cuadro No. 4 - Continuación del Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma México	78
Cuadro No. 5 - Continuación del Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma México 2012	79
Índice de Gráficas	
Gráfica No. 1 - Personas mayores de cincuenta años en latinoamérica 2011	10
Índice de Ilustraciones	
Ilustración No. 1 - Plan de Trabajo Brasil 2011	13
Ilustración No. 2 - Foto Cirugía de Triquiasis	15
Ilustración No. 3 - Foto de Práctica Quirúrgica de Cirugía de Triquiasis	15
Ilustración No. 4 - Diagnóstico y tratamiento de Tracoma Ocular	16
Ilustración No. 5 - Calendario / Afiche de Guatemala	18
Ilustración No. 6 - Efecto de los Determinantes Sociales	19
Ilustración No. 7 - Fotos de Actividades Quirúrgicas México 2010	22
Ilustración No. 8 - Fotos de Barrido en México	31
Ilustración No. 9 - Sistema de Salud de Guatemala	36
Ilustración No. 10 - Fotos de Cirugía en Río Negro Brasil	42
Ilustración No. 11 - Fotos de Cirugía en San Gabriel de Cachoeira	42
Ilustración No. 12 - Fotos de Cirugía en San Gabriel de Cachoeira Dos	43
Ilustración No. 13 - Foto de Cirugía en Chiapas México	44
Ilustración No. 14 - Criterios Epidemiológicos	45
Ilustración No. 15 - Comunidad de San Joaquín de Inambú	46
Ilustración No. 16 - Triquiasis en Colombia	47
Ilustración No. 17 - Cirugía de Triquiasis en Colombia	48
Ilustración No. 18 - Tipos de Indicadores a usar Cirugía de Triquiasis	51
Ilustración No. 19 - Tipos de Indicadores a usar Distribución de Antibiótico	51
Ilustración No. 20 - Tipos de Indicadores a usar Limpieza de la cara	52
Ilustración No. 21 - Tipos de Indicadores a usar Mejoras del Ambiente	52
Ilustración No. 22 - Objetivos Finales de la Intervención	53
Ilustración No. 23 - Evaluación del Impacto Periodicidad	53
Ilustración No. 24 - Prevalencia a nivel distrital: TF: 7.5% ± 2%	54
Ilustración No. 25 - Sumario	54
Ilustración No. 26 - Seguimiento de casos de Triquiasis	58
Ilustración No. 27 - Criterios Epidemiológicos Dos	58
Ilustración No. 28 - Cirugía en el Municipio el Chanal	59
Ilustración No. 29 - Orientación sobre Tracoma, transmisión y prevención en las escuelas	59
Ilustración No. 30 - Criterios Programáticos	60
Ilustración No. 31 - Criterios Programáticos Dos	60
Ilustración No. 32 - Criterios de Servicios de Salud	61

Ilustración No. 33 - Actividades	65
Ilustración No. 34 - Técnica del Lavado de Cara	66
Ilustración No. 35 - Rondas Infantiles	67
Ilustración No. 36 - Mejoramiento Ambiental	67
Ilustración No. 37 - Pláticas de Higiene	68
Ilustración No. 38 - Concurso de Carteles en Escuelas	68
Ilustración No. 39 - Higiene Facial	69
Ilustración No. 40 - Sitio Web ITI	73
Ilustración No. 41 - Sitio Web Vacunas SABIN	75

Índice de Mapas

Mapa No. 1 - Estimaciones globales del 2010	9
Mapa No. 2 - Eliminación de Tracoma 2012	11
Mapa No. 3 - Encuesta Nacional de Prevalencia de Tracoma en Escolares en Municipios con Índice de Desarrollo Humano. Municipios con prevalencia $\geq 10\%$ 2002- 2008	12
Mapa No. 4 - Municipios con extrema pobreza, prioritarios con Tracoma 2011. 335 Municipios de Prevalencia con Tracoma > 5%	13
Mapa No. 5 - Mapa de Vaupés, Colombia	14
Mapa No. 6 - Distribución de Tracoma Ocular Vaupés, Colombia 2010	14
Mapa No. 7 - Departamentos en donde se realizó la encuesta en Guatemala	17
Mapa No. 8 - Zona Endémica de Tracoma	20
Mapa No. 9 - Distribución de Tracoma Ocular Dos Vaupés, Colombia 2010	30
Mapa No. 10- Triquiasis Tracomatosa en Brasil	42
Mapa No. 11 - Mapa de Pobreza en Brasil	69
Mapa No. 12 - Mapa de Pobreza en Municipios de Brasil	70
Mapa No. 13 - Mapa de Tracoma en Brasil	70

Índice de Tablas

Tabla No. 1 - Prevalencia de Tracoma según Encuesta Nacional 2002 - 2008	12
Tabla No. 2 - Casos Nuevos de Tracoma por Municipio y por Fase Clínica 2011	21
Tabla No. 3 - Casos Acumulados de Tracoma por Municipio y Fase Clínica 2002 a 2011	21
Tabla No. 4 - Metas Finales de Intervención de Cirugía	41
Tabla No. 5 - Metas Finales de Intervención de Cirugía por Región y Municipios	41
Tabla No. 6 - Prevalencia de Niños de 1 a 9 años	57
Tabla No. 7 - Prevalencia de Niños de 1 a 9 años con Tratamiento Farmacológico	57
Tabla No. 8 - Actividades de Promoción de la Salud 2011	65

GLOSARIO DE TERMINOS Y ACRONIMOS

APSR	Atención Primaria en Salud Renovada.
ATO	Objetivo anual de tratamiento (en inglés, Annual Treatment Objective).
AVAD	Años de vida ajustados según discapacidad.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas - gobierno de México.
CNE	Centro Nacional de Epidemiología. Guatemala
CO	Opacidad corneal.
Comunidad	Grupo mínimo de individuos objeto de las actividades de control masivo del tracoma.
CONAGUA	Comisión Nacional del Agua - gobierno de México
Distrito	La unidad administrativa, para la gestión de la atención en salud.
DRI	Desarrollo rural integrado.
EIDs	Enfermedades Infecciosas Desatendidas.
Endémico	Propio y exclusivo de determinadas localidades o regiones.
EPS	Empresa Promotora de Servicios de Salud (aseguradora del riesgo de enfermarse en el Sistema de Salud colombiano).
Estrategia Combi	Estrategia para el cambio de comportamiento.
GET 2020	Alianza Mundial para la Eliminación del Tracoma en el año 2020 (por sus siglas en inglés, Global Elimination of Blinding Trachoma 2020).
IDH	Índice de Desarrollo Humano.
Incidencia	Número de nuevos casos de una enfermedad o infección específica en una población en particular y en un periodo definido.
INESA	Instituto Estatal del Agua. México.
IPCA	Iniciativa de los Países de América Central para el Control de la Transmisión Vectorial, Transfusional y la Atención Médica de la Enfermedad de Chagas.
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud (Sistema de Salud colombiano)
ITI	Iniciativa Internacional para el Tracoma (International Trachoma Initiative)
LAC	Latinoamérica y el Caribe.

LV	Baja Visión (en inglés, Low Visión)
MDA	Tratamiento Masivo con Medicamentos.
MFI	Meta final de intervención (en inglés, ultimate intervention goal)
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.
NTD	Enfermedades Tropicales Desatendidas (en inglés, Neglected Tropical Diseases).
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBL	Prevención de la ceguera.
PCT	Quimioterapia Preventiva (en inglés, Preventive chemotherapy)
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
Proedusa	Departamento de promoción y divulgación en salud, SIAS, Guatemala.
Región	Cada una de las grandes divisiones territoriales de una nación, definida por características geográficas e histórico-sociales, y que puede dividirse a su vez en provincias, departamentos, etc.
SAFE	Por las iniciales en inglés de cirugía (Surgery), antibióticos (Antibiotics), higiene facial (Face-washing) y mejoras ambientales (Environmental Improvement).
SECAM	Secretaría del Campo - gobierno del Estado de Chiapas, México.
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social- gobierno de México.
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud, Guatemala.
TF	Inflamación tracomatosa folicular (en inglés, Trachoma inflammation - Follicular).
TI	Inflamación tracomatosa intensa (en inglés, Trachoma inflammation -Intense).
TRA	Evaluación rápida del tracoma (Por sus siglas en inglés, Trachoma Rapid Assessment).
TS	Cicatrización tracomatosa conjuntival (en inglés, Trachomatous Scarring).
TT	Triquiasis tracomatosa (Por sus siglas en inglés, Trachomatous Trichiasis).
USME	Unidad de supervisión, monitoreo y evaluación. SIAS. Guatemala.

RESUMEN EJECUTIVO

Dentro de las enfermedades desatendidas que afectan a poblaciones vulnerables y pobres de Latinoamérica se encuentra el Tracoma, enfermedad ocular que causa ceguera y que se transmite de los ojos de una persona infectada con *Chlamydia trachomatis* a otra por medio de moscas, los dedos o el uso compartido de ropas o toallas.

Las poblaciones más afectadas son las que viven en condiciones socioeconómicas de pobreza y pobreza extrema, causados por los determinantes sociales y la carencia de: ingresos, educación, vivienda, acceso servicios básicos como: agua potable, saneamiento básico y salud. El tracoma es considerada una de las enfermedades desatendidas por muchos países de las Américas, por lo que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en la 61ª sesión aprobó la resolución CD49.R19 para la “Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza” estableciendo la necesidad de eliminar para el 2015 los casos nuevos de ceguera causada por Tracoma como una de las metas, lo que significa reducir la prevalencia de Triquiasis Tracomatosa a menos de 1 caso por cada 1,000 personas (población general) y reducir la prevalencia de Tracoma folicular o inflamatoria a menos de 5% en niños de 1-9 años de edad, estableciendo como herramienta principal la implementación de la estrategia SAFE (por sus siglas en inglés) que incluye cuatro componentes básicos: 1. Cirugía para las personas con Triquiasis en el riesgo inmediato de la ceguera, 2. Uso de antibiótico para reducir la infección de la comunidad y por lo tanto detener la transmisión, 3. Limpieza facial y mejoramiento de la higiene, condiciones de medio ambiente en particular el acceso agua segura y el saneamiento básico para mejorar condiciones de vida.

Como punto de partida para el logro de las metas de la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, se realizó la Primera Reunión Regional de los Gerentes de Programas en Bogotá, Colombia del 23 al 25 de mayo de 2011, donde participaron los países de la región, con el objeto de analizar la situación de la enfermedad y definir las principales líneas de acción por país para la eliminación del Tracoma al 2015 en las Américas.

En seguimiento al cumplimiento de metas y el avance de las líneas de acción establecidas por país, se llevó a cabo la Segunda Reunión Regional de los Gerentes de Programas de Eliminación del Tracoma en las Américas, en Guatemala, del 16 al 18 de abril de 2012, en la que participaron los referentes de Brasil, Colombia, México y Guatemala, con el apoyo de organizaciones como: ITI, SABIN/GNNTD, Johns Hopkins University, OPS, Iniciativa en Latinoamérica-VISION 2020.

Dentro de los avances destacados de cada país se mencionan: México iniciará el proceso de solicitud de apoyo de la OMS para certificación de la eliminación del Tracoma como causante de la Ceguera. Brasil ha incorporado el Tracoma en el marco de políticas nacionales para la reducción de la pobreza incorporándolo en plan de Brasil Sin Miseria, generando normas que respaldan las acciones para eliminar el Tracoma. Colombia ha invertido recursos financieros y técnicos para atender las necesidades y trabajar en la meta de eliminación del Tracoma en el nuevo foco encontrado en 2010 y posicionar el tema dentro de las prioridades a nivel político y técnico. Guatemala terminó el mapeo de comunidades con historia de Tracoma y logró la aprobación de la donación de antibióticos por parte de ITI para iniciar el tratamiento masivo en comunidades que así lo requieren.

CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS DE POBREZA Y EXTREMA POBREZA



Fotos: 1. Parcelamiento Pampojila, 2. Parcelamiento Pampojila 3. Nuevo San José, 4. San Juan el Mirador, San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar Figueroa.

En la ciudad de Guatemala, el día 16 de Abril de 2012, en las instalaciones del Hotel Holliday Inn, se inaugura la Segunda Reunión Regional de Gerentes de Programas de: Brasil, Colombia, México y Guatemala.

La planificación y desarrollo del evento, a cargo de:

Dra. Guadalupe Verdejo, Representante de OPS en Guatemala

Dr. Marco Antonio Díaz. Representante de la Estrategia SAFE. Coordinador del Programa de Discapacidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Dr. Steven Ault, Asesor Regional Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS Washington.

El evento se organizó por sesiones de trabajo, que incluyeron presentaciones y discusión de los diferentes temas contenidos en la agenda.

SAFE

Cirugía, para las personas con triquiasis en el riesgo inmediato de la ceguera.

Antibiótico para reducir la infección en la comunidad y por lo tanto detener la transmisión.

Limpieza facial y mejoramiento de la higiene, para reducir transmisión.

Ambiente, mejoras en el acceso a agua segura y saneamiento básico, para mejorar las condiciones de vida y evitar que el ambiente facilite el mantenimiento y transmisión del Tracoma.



Foto: San Juan el Mirador, San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar Figueroa.



Conclusiones

- El foro regional es una oportunidad para intercambio de experiencias entre los países, y es un foro de discusión técnica y de estímulo para que los países reporten sus avances, retos, necesidades y planes.
- La participación de socios en el foro regional fortalece la capacidad y refuerza las alianzas para impulsar acciones hacia la eliminación.
- Los países están trabajando en el marco de la estrategia SAFE aunque con mayor énfasis en los componentes de cirugía y distribución de antibióticos.
- Entre la primera reunión regional y la segunda existen avances importantes en la Región:
 - Colombia ha invertido recursos financieros y técnicos para atender las necesidades en el nuevo foco encontrado en 2010 y posicionar el tema a nivel político nacional;
 - México completó el dossier para solicitar a OMS el apoyo hacia la certificación.
 - Brasil ha avanzado en los planes estatales para tracoma; en el plan Brasil Sin Miseria tracoma ha sido incluido como prioridad y se han generado normas que respaldan las acciones en el tema.
 - Guatemala logró la aprobación de donación de antibióticos por parte de ITI.
- Existen aún dificultades en algunos países en el entrenamiento, certificación, re-certificación y supervisión de cirujanos para mejorar los resultados de la cirugía para triquiasis.
- Hay países que han logrado avances importantes en los componentes E y F de la estrategia SAFE, vinculando acciones con Escuelas Saludables, Promoción de la Salud, iniciativas de reducción de pobreza y desnutrición; sin embargo, hace falta evidencia sobre el impacto de estos componentes en áreas de tracoma en la Región.
- No existe una disponibilidad de documentos y guías en español que estén disponibles fácilmente para los países de la Región.
- México enviará el dossier que soporta el proceso de posible eliminación de tracoma en el Estado de Chiapas a OPS/OMS, con el fin de solicitar indicaciones sobre el proceso de certificación.

Recomendaciones

- Los Estados deben asumir compromisos a mediano y largo plazo para mantener los esfuerzos hacia la eliminación y por lo tanto la continuidad de las acciones.
- Mantener el foro regional y la rotación de la sede, pues se convierte en una oportunidad de abogacía con los países.
- Identificar espacios para elevar a nivel político la eliminación del tracoma para apalancar, movilizar y vincular otros actores, socios y sectores que faciliten la implementación de acciones en el marco del desarrollo humano para que se logren las metas de eliminación y su sostenibilidad en la Región.
- Conformar una red activa de instituciones y expertos técnicos para responder a las necesidades y consultas de los países de la Región, la cual sería organizada por los programas regionales de prevención de la ceguera y el programa de enfermedades infecciosas desatendidas de la OPS.
- Es necesario que el grupo regional identifique los documentos básicos e importantes para que los países de la Región los tengan a disposición para consulta (caja de herramientas), así como los documentos adicionales de soporte.
- Desde el nivel Regional es necesario promover y realizar intercambio de experiencias entre los países para aprovechar las metodologías, materiales, guías y herramientas disponibles en el marco de la estrategia SAFE.
- Se requiere promover e implementar la búsqueda de evidencia de triquiasis o de ceguera con opacidad corneal en países en que existen condiciones para que haya transmisión, como por ejemplo los países limítrofes con Brasil, áreas de centro-américa y nuevos focos identificados en los países, con la cual se implementen posteriormente encuestas para evaluar la prevalencia. Esta acción será liderada por la OPS y apoyo de los socios en el tema, e incluye definir los criterios y protocolos de apoyo a los países.
- Los criterios de inclusión y exclusión de países en la lista de endémicos para tracoma en un país deben ser discutidos a nivel regional y global, con el fin de facilitar el acceso a recursos y soporte técnico para aquellos países que están encontrando focos de tracoma.
- Se requiere estandarizar el reporte por parte de los países de la Región para cada una de las reuniones regionales, incluyendo los indicadores que OMS solicita y aquellos otros aspectos relevantes del país.
- Se requiere un protocolo más claro de cómo proceder en sub-distritos con prevalencias que están entre 5 y 10%. Esto con apoyo de Global Scientific Meeting.
- Avanzar en la definición del proceso y guías de certificación para la eliminación de tracoma que faciliten responder a las necesidades de países que alcancen las metas de eliminación, en apoyo con el Programa Global de Tracoma de OMS.
- Definir metodologías y estrategias a nivel nacional para el entrenamiento, (re) certificación y supervisión de cirujanos para triquiasis en apoyo a los países de la Región. La experiencia de Brasil en este tema puede apoyar la definición de estándares con el apoyo de los Programas Regionales de Prevención de la Ceguera, Enfermedades Infecciosas Desatendidas de OPS y socios.
- Promover la expansión, análisis y evaluación de acciones de los componentes F y E, y que sean presentados los resultados en el foro regional.
- A los 4 países se les solicita avanzar en los poster que serán presentados en el GET 2020 a realizarse en mayo de 2012.



Foto: Totolya, San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar Figueroa.

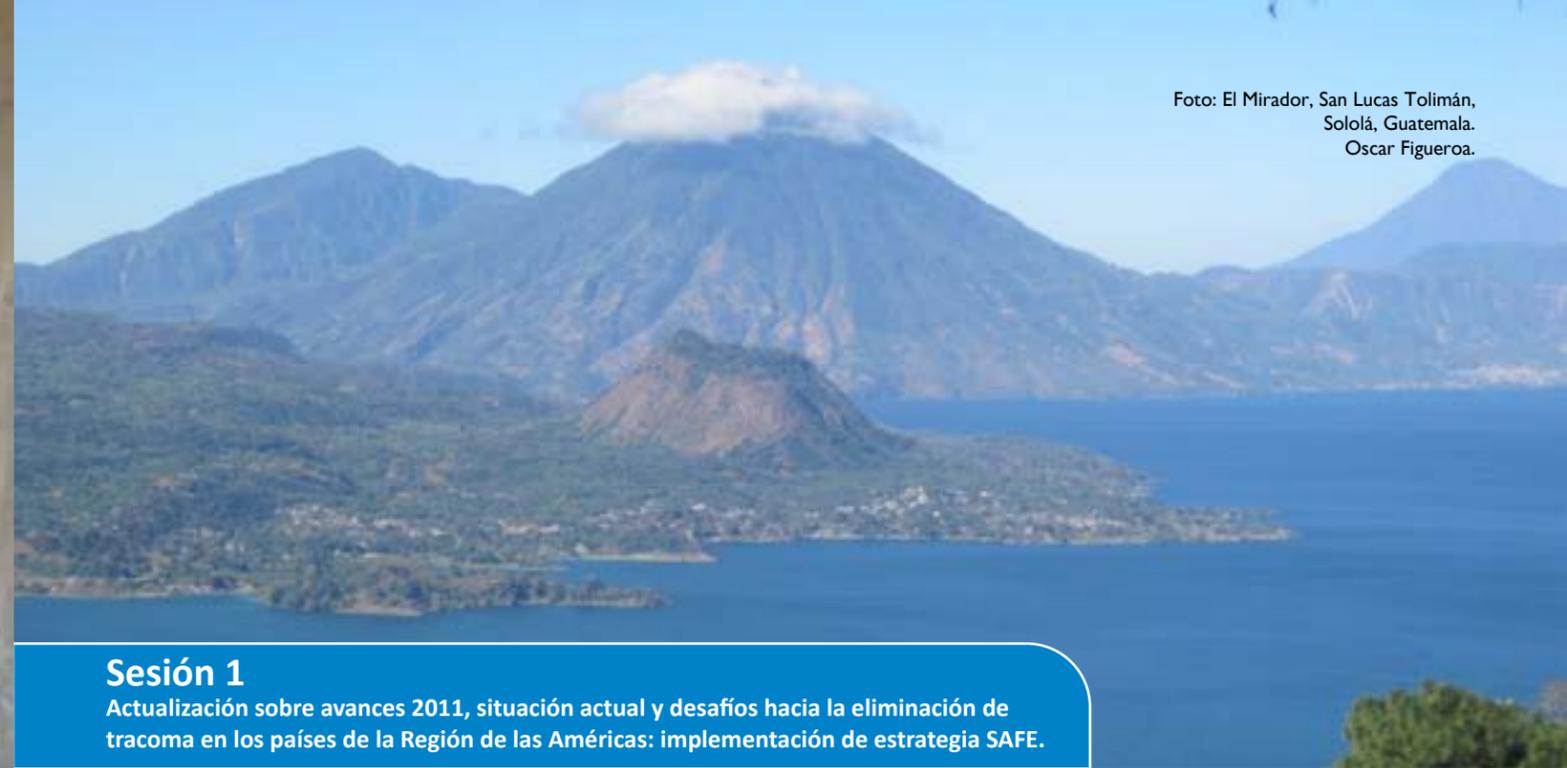


Foto: El Mirador, San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar Figueroa.

Sesión 1

Actualización sobre avances 2011, situación actual y desafíos hacia la eliminación de tracoma en los países de la Región de las Américas: implementación de estrategia SAFE.

Presenta: Dr. Van Lansingh. Coordinador para América Latina de la Iniciativa Visión 2020; International Agency for the Prevention of Blindness - IAPB. Epidemiología de las Causas de la Ceguera.

Presenta los antecedentes de las iniciativas globales para reducción de la ceguera debido a su alto impacto económico a nivel global. Relata que se han publicado los nuevos cálculos de ceguera e impedimento visual de autores como Pascolini y Mariotti, aunque no son cálculos oficiales de la OMS. La Región de las Américas tiene una carga menor de personas con impedimento visual con 26 millones de los que 3 millones son ciegos.

Mapa No. 1 - Estimaciones globales del 2010



La prevalencia de ceguera en población general: es menor al 1%, pero en personas de 50 años o más es mayor.

El Tracoma es el 3% del total de causas de ceguera y seguirá siendo un problema porque muchos adultos ya tienen afecciones. Dejó de ser la segunda causa de ceguera a nivel global.

Entre 2002-2004 y 2010 ha habido una mejoría en los indicadores, 5% de la discapacidad a nivel mundial es por impedimento visual. Catarata sigue siendo la causa número uno de ceguera a nivel global. Por efectos refractivos no corregidos ha habido un importante progreso y hay un aparente aumento de catarata porque ha envejecido la población y se acumula más.

Los recursos en los países deben focalizarse en grupos de edad más afectados por ceguera, y en las áreas prioritarias de cada país. Estas intervenciones dependerán de la capacidad económica de cada país y de los grupos poblacionales en los cuales se logre el mayor impacto en prevención de ceguera. El número de ciegos es variable por países en LAC. La prevalencia de ceguera en personas de 50 o más años es similar entre los países de LAC. Existen estudios para ver ceguera y enfermedades oftálmicas en LAC. Catarata sigue siendo el principal problema. La prevalencia de Glaucoma empieza a ser alta, al igual que la retinopatía diabética.

El Dr. Van Lansingh, concluye:

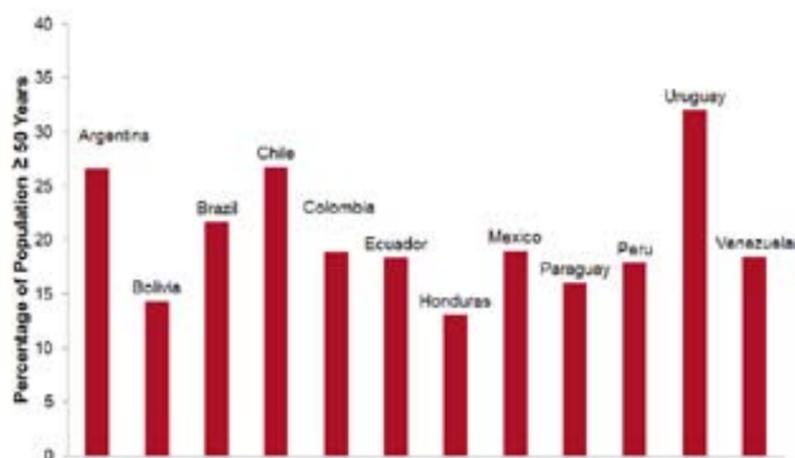
Los verdaderos costos de la ceguera y la LV (baja visión) es probable que sean comparados con los costos de Retinopatía, ya que las personas con pobreza y extrema pobreza son propensas a no tener acceso a la atención.

Puede parecer que el costo de los impedimentos visuales es siempre mayor que el costo de la ceguera, pero depende de la medida en que la gente no puede trabajar. Si la pérdida económica es > 30%, entonces el costo de la baja visión es aún mayor.

Para las cataratas, el costo de la ceguera es a menudo mayor que el costo de la discapacidad visual (por ejemplo, Argentina, Colombia, Venezuela), pero no para todos los países.

El costo total de la ceguera / ceguera total, debido a Retinopatía Diabética, depende de la prevalencia de diabetes en cada país, Brasil y México son los “pesos pesados” en este sentido. Los costos por Retinopatía Diabética son 3 veces más que los costos debido a la catarata.

Gráfica No. 1 - Personas mayores de cincuenta años en latinoamérica 2011



BRASIL:

Presenta: Dra. María de Fátima Costa Lopes. Gerente Programa Nacional de Control de Tracoma.

Información general del país:

Mapa No. 2 - Eliminación de Tracoma 2012



- 200 millones de habitantes, 27 estados, 5560 municipios, 15 - 20% viven en zona rural, 78% con acceso a agua.
- Realizaron encuesta del 2002-2008 para la prevalencia de tracoma. Tienen el dato de 15 a 25 % de municipios con prevalencia por encima del 10% y han hecho análisis con el índice de desarrollo humano de los 1514 municipios encuestados, principalmente en el norte y nordeste del país. Tienen mapeado por municipio aquellos que tienen igual o más del 10% de prevalencia, incluyendo un análisis por índice de desarrollo humano.
- En 2012 examinaron 250.000 personas en 333 municipios de los cuales 15.000 fueron tratados y 1.100 fueron intervenidos con cirugías para triquiasis.
- Se elaboró el Plan Nacional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas que incluye Tracoma.
- Para 217 municipios con prevalencias altas, han destinado 2.500.000 dólares para la búsqueda de niños con Tracoma y personas adultas que requieren cirugía. Estos recursos corresponden a transferencias de nivel nacional a los municipios priorizados.

Necesidades:

- Ampliar el diagnóstico de formas activas de Tracoma en áreas silenciosas, sobre todo municipios que no se incluyeron en las encuestas. Entrenamiento de equipos para detección y tratamiento de casos, fortalecer búsqueda activa de TT en áreas de alta prevalencia en el pasado, áreas indígenas desconocidas y áreas de difícil acceso. Entrenamiento de equipos de Atención Primaria en Salud para identificar casos de TT y referir a atención oftalmológica. Implementación de acciones programáticas para llegar a la eliminación (plan nacional EID), organizar redes de referencia oftalmológica. Fortalecimiento de la vigilancia de APS y de salud de la familia para ampliar cobertura y garantizar una atención integral. Articulación intersectorial con el sector educación y saneamiento.

Desafíos

- Diversidad de situaciones epidemiológicas y sociales, extensión geográfica y dispersión, dificultades de acceso a grupos en extrema pobreza; aumentar el número de personas capacitadas para detectar tracoma y superar las dificultades en el trabajo con APS en el sistema único de salud. Se requiere mapeo en áreas y comunidades en situación de riesgo (al interior de cada municipio, más focalizado), fortalecer la vigilancia integrada de tracoma y otras EID. Logística de tratamiento colectivo y logro de altas coberturas (MDA integrada), realizar trabajo articulado con áreas de saneamiento básico y educación.

Tabla No. 1 - Prevalencia de Tracoma según Encuesta Nacional 2002 - 2008

Prevalencia de Tracoma en Municipios	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Total Brasil	N %
Cero	35	172	38	39	21	305	20,1
0 < 5%	128	290	80	79	63	640	42,3
5 % < 10%	69	136	28	72	30	335	22,1
≥ 10%	51	102	25	42	14	234	15,5
Total	283	700	171	232	128	1514	100

Avances

- Brasil está incluyendo este trabajo de Tracoma en el Plan Brasil Sin Miseria (parte del grupo de enfermedades relacionadas con la perpetuación de la pobreza: lepra, tracoma, esquistosomiasis, geohelmintiasis). Hicieron una lista de municipios con extrema pobreza y prevalencias de Tracoma por encima de 5% y esto dio 7 millones de personas en riesgo en 335 municipios. Adicionalmente se están integrando con programas de salud escolar y ocular en Brasil. Hacen monitoreo trimestral y mensual sobre metas, resultados y problemas encontrados.
- El plan Nacional de Tracoma incluye 600 municipios.
- El plan Brasil sin miseria incluye 335 municipios.
- Búsqueda de Tracoma activo.
- Búsqueda de casos de triquiasis para cirugía.
- Tratar a 2 millones de casos activos de Tracoma para finales del 2015.

Mapa No. 3 - Encuesta Nacional de Prevalencia de Tracoma en Escolares en Municipios con Índice de Desarrollo Humano. Municipios con prevalencia ≥ 10% 2002- 2008

Encuesta Nacional de Prevalencia de tracoma en Escolares en Municipios con índice de desarrollo humano IDH M. Municipios con prevalencia ≥10%.Brasil-2002-2008



Perspectivas

- Ampliar los recursos humanos, logísticos y financieros a través de la integración de Tracoma al plan de EID y los planes de Brasil sin miseria. Integrar acciones con APS y Tracoma, salud escolar, salud familiar, atención salud indígena, saneamiento y ambiente. Involucrar a los gestores de salud en los niveles político administrativos del país con participación de ONG, organizaciones comunitarias, trabajadores y población para el logro de metas en eliminar Tracoma como ceguera al año 2015 y 2020 (Visión 2020).

Mapa No. 4 - Municipios con extrema pobreza, prioritarios con Tracoma 2011. 335 Municipios de Prevalencia con Tracoma > 5%

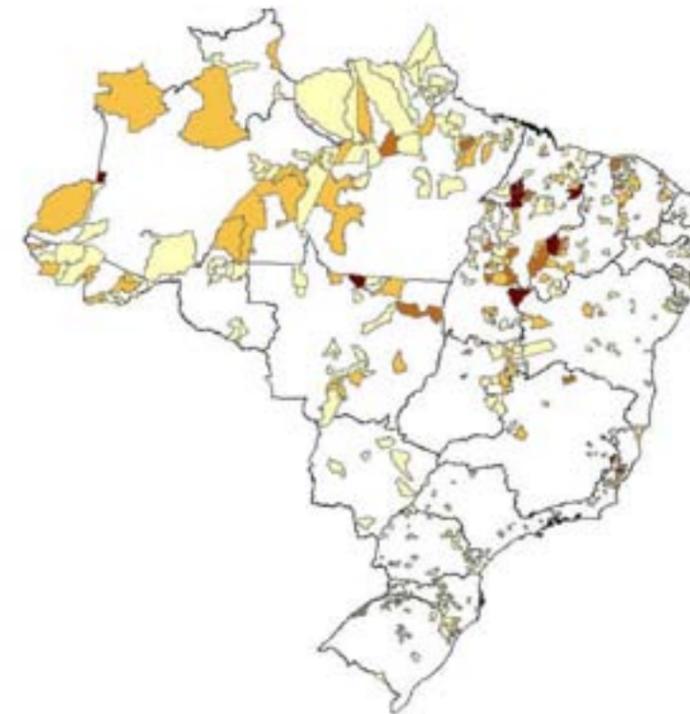


Ilustración No. 1 - Plan de Trabajo Brasil 2011



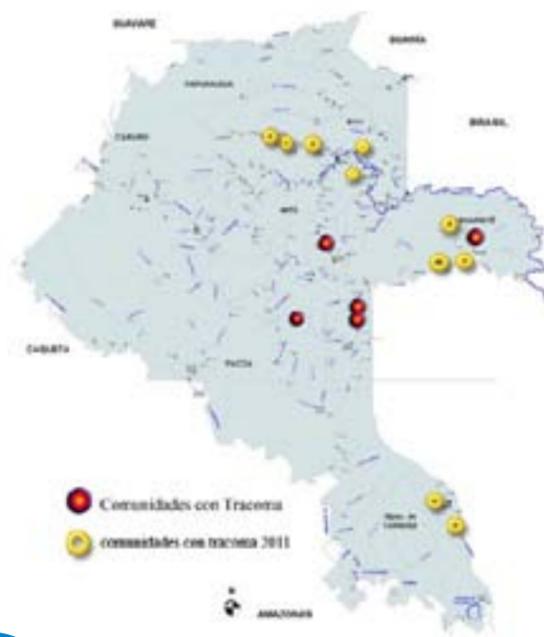
COLOMBIA:

Presenta: Dr. Hollman Miller. Coordinador Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Infecciosas Desatendidas en el Departamento del Vaupés.

Información general del país:

- El Vaupés tiene 33.000 habitantes de 23 grupos étnicos con una dispersión de 0,3 habitantes por kilómetro cuadrado. Las comunidades tienen baja participación en las decisiones políticas en el departamento y existen graves problemas de acceso a servicios de salud.
- Los registros institucionales evidencian la presencia de moscas de los géneros *Hippelates* y *Leohippelates* y casos de ceguera en mujeres. Entre 2003 y 2006 se realizaron acciones de evaluación clínica y en 2010 se publicó la confirmación de casos de tracoma en el departamento del Vaupés. Se encontraron casos en todas las formas clínicas. Se identificaron factores de riesgo, encontrando en la mosca, el vector de transmisión más importante. Se identificó además como riesgo, el contacto de niños con sus madres y hermanas mayores. Escuelas y hogares infantiles fueron identificados como factores protectores, debido a la implementación de acciones de higiene, mejor acceso a alimentación

Mapa No. 6 - Distribución de Tracoma Ocular en Vaupés, Colombia 2010



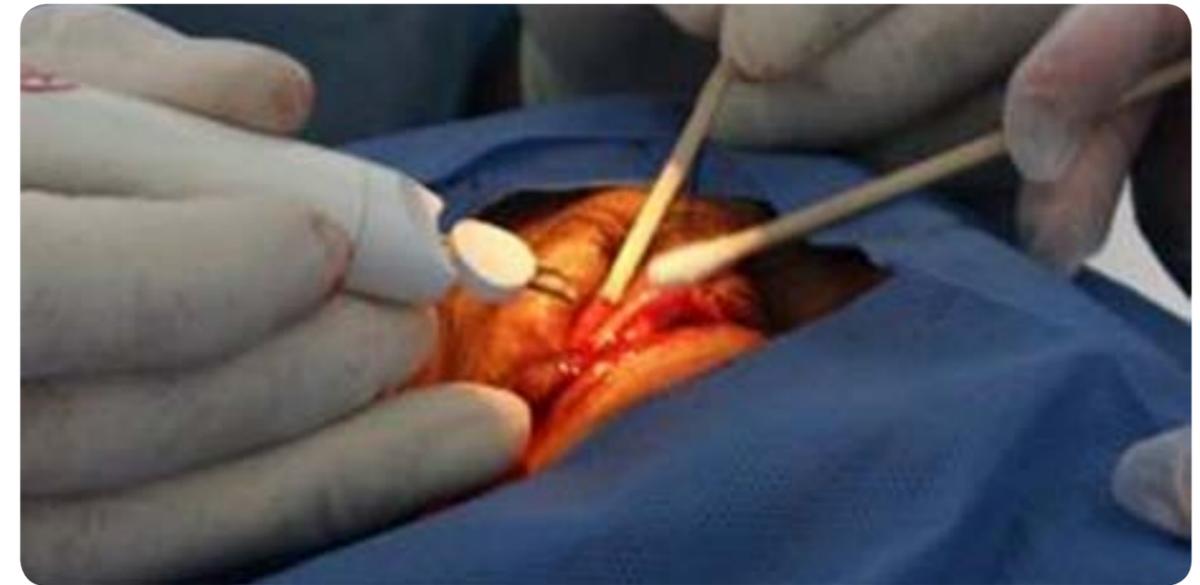
Mapa No. 5 - Mapa de Vaupés, Colombia



y cuidado personal. Con base en los desafíos manifestados en la reunión regional del 2011, el Vaupés logró identificar 14 nuevas localidades con prevalencia mayor al 10% en menores de 10 años (en 2010 eran 5 comunidades), para un total de 19 localidades identificadas. El trabajo de las enfermedades infecciosas desatendidas, está integrado al programa de enfermedades transmitidas por vectores.

- Entre los logros, es relevante mencionar que se practicaron 7 cirugías, de 19 programadas para triquiasis. Se confirmó *C. trachomatis* en el laboratorio del Instituto Nacional de Salud con apoyo de Johns Hopkins University. Las muestras positivas provenían de los niños de las señoras que tenían programada cirugía y que acompañaban a sus madres durante la cirugía.

Ilustración No 2 - Foto Cirugía de Triquiasis



- Se diseñó el estudio de prevalencia de tracoma para realizarlo en el área oriental del Vaupés en 26 conglomerados de los cuales se seleccionaron 12 para la toma de muestras (648 niños en total como tamaño de muestra).
- Entrenamiento de 3 funcionarios del Vaupés en el taller con Brasil en San Gabriel de Cachoeira en el 2011.
- El Ministerio de Salud y Protección Social, conformó el grupo nacional de EID (iniciando por tracoma y geohelmintiasis), incluyendo las acciones de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. Este plan nacional es el respaldo político y técnico para Tracoma. 150.000 dólares fueron asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social para el departamento del Vaupés. Estos recursos se focalizan en:
 1. Tratamiento con azitromicina en 19 comunidades con tracoma (1782 personas).
 2. Azitromicina en 27 comunidades de frontera, 1389 personas (378 niños menores de 10 años).
 3. Encuesta tracoma y geohelmintiasis en el Vaupés.
 4. Transferir capacidad en Tracoma a otros departamentos limítrofes con Brasil: Guainía, Amazonas, Guaviare, Vichada.
- Se espera incluir el tema de atención de Tracoma en los servicios de salud y la compra de medicamentos por parte de las aseguradoras que responden por los servicios de salud de las comunidades que tienen casos.

Ilustración No. 3 - Foto de Práctica Quirúrgica de Cirugía de Triquiasis



Desafíos

- Conocer la distribución y carga real de Tracoma en Colombia.
- Asegurar acceso a servicios de salud.
- Movilizar a otros sectores para intervención integral en las comunidades afectadas por tracoma.
- Intensificar el acceso a los servicios de salud.
- Incluir tracoma en AIEPI.
- Operativizar el plan de Tracoma y EID (Enfermedades Infecciosas Desatendidas).
- Tener suficientes oftalmólogos entrenados en cirugía para triquiasis.
- Sostener intervenciones binacionales con Brasil.
- Implementación de la estrategia SAFE: consideran que los componentes SAF son factibles de implementar en las comunidades afectadas. Es más complejo el componente E. Se considera que no solamente deben hacerse acciones masivas, sino que éstas sean incluidas en la atención individual.

Ilustración No. 4 - Diagnóstico y tratamiento de Tracoma Ocular



GUATEMALA:

Presenta: Dr. Marco Antonio Díaz Lara. Estrategia de Eliminación de Tracoma. Programa de Discapacidad. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Información general del país.

- Población: 14.6 millones, 22 departamentos, 57% población pobre y 16 % en extrema pobreza, 25 idiomas y 4 pueblos: Mayas, Garífunas, Xinkas y Mestizos
- Guatemala ha identificado los factores determinantes de las causas de ceguera con apoyo de la Comisión Nacional para la Salud Ocular.
- En 2011 se realizó un estudio en tres municipios del departamento de Sololá y en un municipio del Departamento de Suchitepéquez.
- Del departamento Sololá se incluyeron los Municipios de Nahualá, Santa Catarina Ixtahuacán, San Lucas Tolimán, y del departamento Suchitepéquez, Santo Tomás La Unión.
- Hubo participación de diferentes instituciones y donantes para la encuesta (Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala (BCPCySdG), Unidad Nacional de Oftalmología (UNO), Instituto Panamericano Contra la Ceguera (IPC), Visualiza, Operación Milagro, Vivamos Mejor, Intervida, OPS/OMS y MSPAS (Centro Nacional de Epidemiología CNE, Programas; “El Programa de Medicina Tradicional y Alternativa” (PMTA) y el “Programa de Atención para Personas con Discapacidad” además del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)).
- Se estudiaron 48 comunidades, 2675 viviendas, evaluados 3695 niños y 1299 mujeres mayores de 40 años. Se tomaron hisopos para muestras de laboratorio a 109 niños.
- En Santa Catarina Ixtahuacán la prevalencia fue del 36.6% para TF y 13% positivos para la bacteria. En los otros municipios las prevalencias fueron inferiores al 10% pero mayores de 5%. Se confirmó presencia de Tracoma.

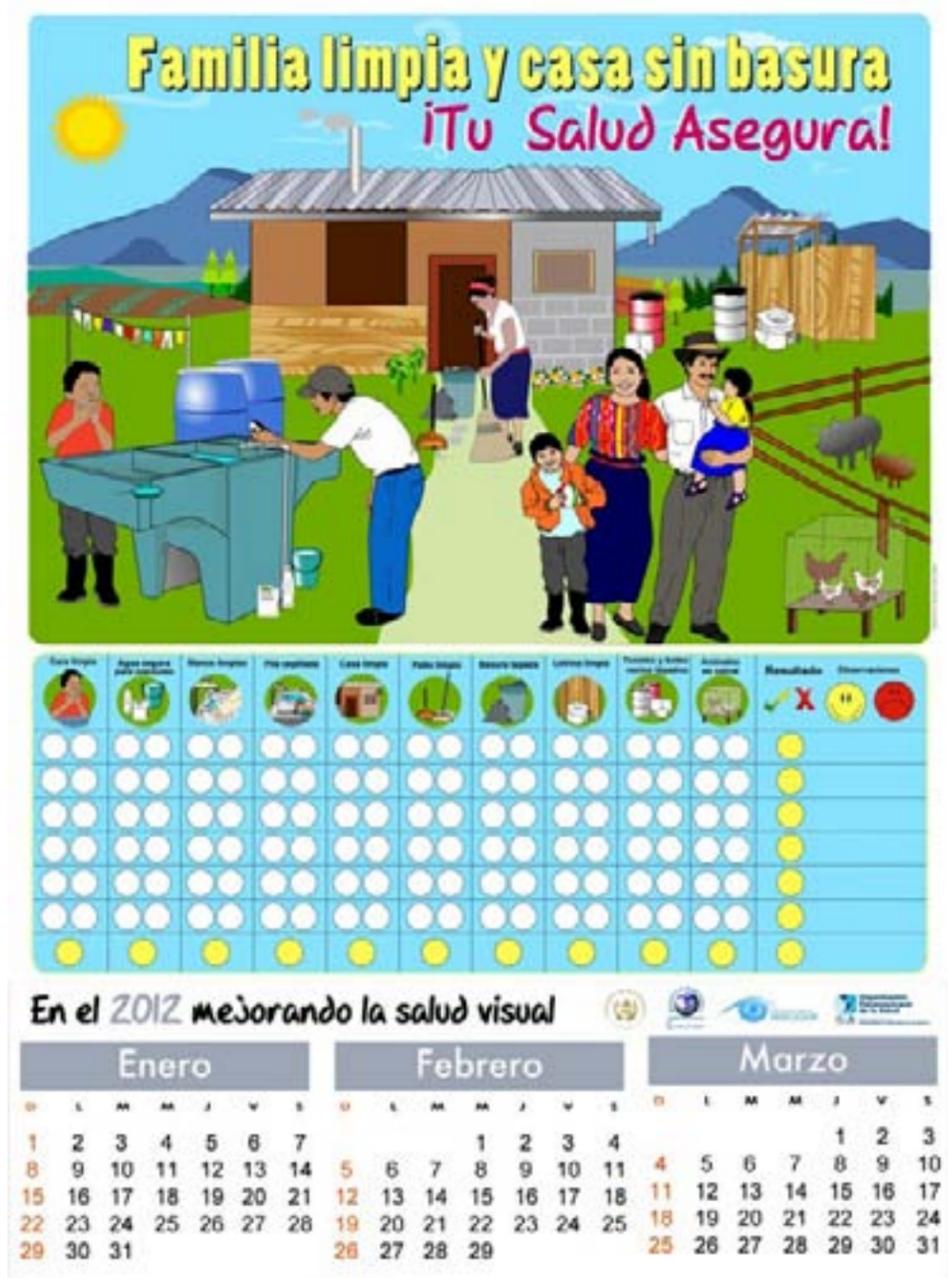
Mapa No. 7 - Departamentos en donde se realizó la encuesta en Guatemala



Avances

- Implementación de plan estratégico para prevención de la ceguera.
- Creación y aplicación de normas nacionales de atención integral y salud visual.
- Elaboración de guía de oferta nacional de los servicios de salud ocular.
- Distribución de material de promoción y divulgación sobre higiene: Calendario/afiche “Familia limpia y casa sin basura, Tu Salud Asegura”.
- Plan nacional de prevención de la ceguera con el liderazgo de la Comisión Nacional para la Salud Ocular de Guatemala (Comisión 20/20 Guatemala).

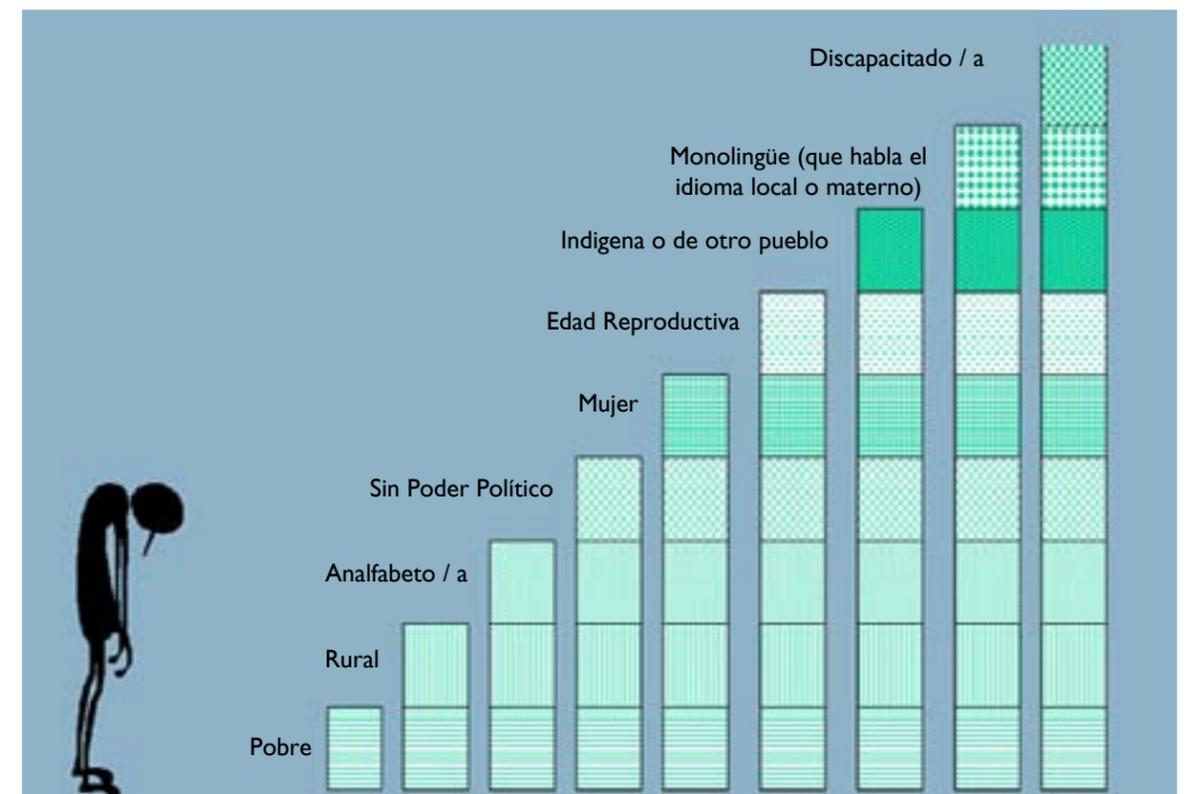
Ilustración No. 5 - Calendario / Afiche de Guatemala



Desafíos

- Continuar con capacitación a residentes y médicos, en coordinación con ORBIS.
- Continuar con la articulación y coordinación con CBM.
- Aprobación del Proyecto EFA-VI para apoyar la salud ocular y auditiva en el país.
- Lograr trabajo intra e intersectorial efectivo.
- Incorporar al tracoma en la agenda de la salud pública.
- Optimizar el aprovechamiento de los recursos asignados por el BID para el manejo y control de Enfermedades Infecciosas Desatendidas en Guatemala, incluido el Tracoma. Fortalecer las acciones en salud ocular.
- Vincular el tema al ámbito escolar, familiar y comunitario.
- Establecimiento de normas y protocolos para Tracoma.
- Diseñar estrategias de implementación y Operativización del manejo del tracoma.
- Extender estudios de prevalencia a áreas priorizadas (frontera con México, Estado de Chiapas).
- Elaboración de protocolos de vigilancia y control.
- Implementación de la estrategia SAFE.
- Implementar el plan de tratamiento en comunidades que ya han sido identificadas para el tratamiento con azitromicina.
- Fortalecer las capacidades de monitoreo y seguimiento desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la salud.
- Fortalecer procesos para acceso a tratamiento en los servicios de salud.

Ilustración No. 6 - Efecto de los Determinantes Sociales



MÉXICO:

Presenta: Dra. Alejandra Martínez. Subdirectora de Programas Preventivos. Instituto de Salud del Estado de Chiapas- ISECH.

Información general del país.

- El foco de tracoma está en Chiapas en 5 de sus municipios. Llevan 4 años sin casos nuevos de ceguera por Tracoma. Tienen objetivos claros del programa. Tiene 5 municipios endémicos y 8 adicionales en monitoreo porque en algún momento tuvieron tracoma.
- El trabajo se hace por micro regiones.
- Implementan la estrategia SAFE.
- En 2010 y 2011 hicieron tratamiento en búsqueda activa casa a casa.
- Talleres y actividades de promoción de higiene facial en todas las escuelas “talleres caritas limpias”.
- Taller de detección en todo el plantel y capacitación a docentes y administrativos en escuelas.
- Se realizan actividades para mejoramiento de condiciones de la vivienda bajo la estrategia “vivienda limpia”. Se hace dentro del barrido casa a casa para identificar los factores determinantes del tracoma (450 tratamientos distribuidos en 2011).
- Con la participación comunitaria se realiza la “semana regional de combate al Tracoma”.
- Se otorgó tratamiento de Azitromicina en diferentes estadios.
- Talleres de Promoción de carita limpia a los alumnos y de detección en todo el plantel.
- Capacitación al personal docente y administrativo.

Mapa No. 8 - Zona Endémica de Tracoma

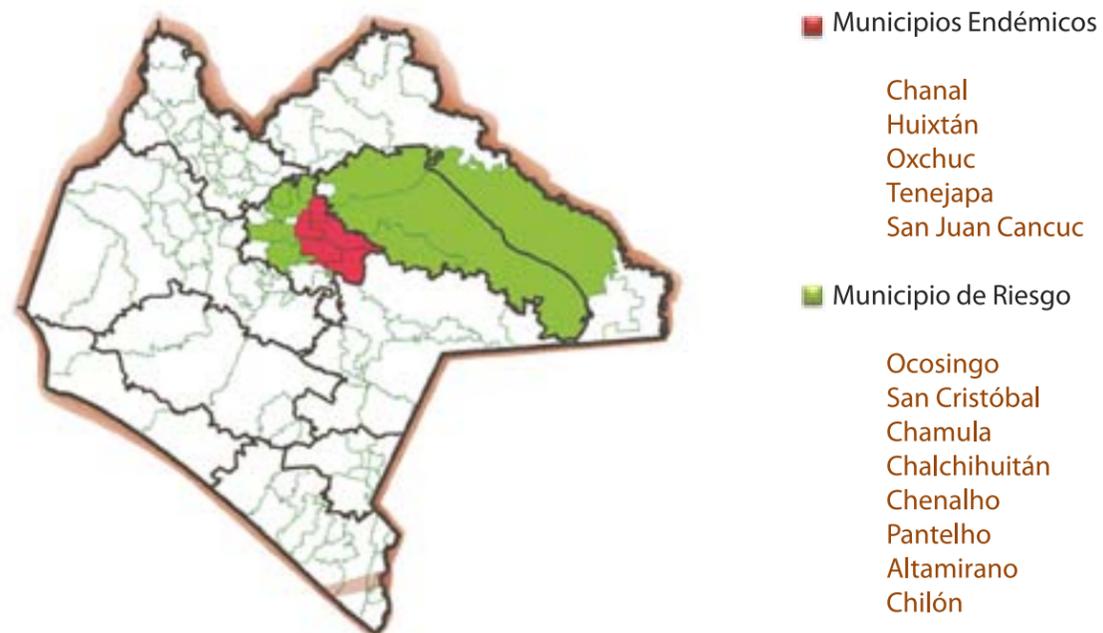


Tabla No. 2 - Casos Nuevos de Tracoma por Municipio y por Fase Clínica 2011

Municipio	Tracoma Folicular (TF)	Tracoma Intenso (TI)	Tracoma Cicatrizal (TC)	Tracoma Triquiasico (TT)	Opacidad Corneal (OC)	Total
Tenejapa	35	0	1	1	0	37
Oxchuc	25	0	2	0	0	27
San Juan Cancuc	14	0	0	0	0	14
Huixtán	10	1	1	0	0	12
Chanal	5	0	0	1	0	6
Total	89	1	4	2	0	96

Fuente: Programa de Prevención y Control del Tracoma
 •Cierre 2011

Tabla No. 3 - Casos Acumulados de Tracoma por Municipio y Fase Clínica 2002 a 2011

Municipio	Tracoma Folicular (TF)	Tracoma Intenso (TI)	Tracoma Cicatrizal (TC)	Tracoma Triquiasico (TT)	Opacidad Corneal (OC)	Total
Tenejapa	60	0	72	10	0	142
Oxchuc	77	0	435	28	2	542
San Juan Cancuc	42	0	170	15	0	227
Huixtán	18	0	26	9	0	53
Chanal	14	0	21	9	0	44
Total	211	0	724	71	2	1,008

Candidatos a cirugía:
 64 son re-intervenciones (cirugía reconstructiva)
 7 candidatos nuevos a recibir cirugía



Desafíos

- Abatir la renuencia en la cirugía en pacientes para cirugía reconstructiva.
- Lograr buen uso de SAFE.
- Eliminar el Tracoma.
- Lograr la certificación de país libre de Ceguera por Tracoma.

Ilustración No. 7 - Fotos de Actividades Quirúrgicas México 2010



PREGUNTAS PARA BRASIL

Pregunta 1. ¿Cómo hacen el tratamiento masivo o individual?

Respuesta: En zonas con prevalencias menores de 10% y en algunas zonas con población indígena, por cada caso detectado se hace tratamiento a toda la familia. En zonas en las cuales se están haciendo encuestas y se encuentran prevalencias mayores de 10%, el tratamiento es colectivo.

Pregunta 2. ¿En qué grupo de población hacen las encuestas?

Respuesta: En niños de 6 a 14 años (población escolar).

Se indica a los participantes de la reunión que la prevalencia de tracoma disminuye cuando la encuesta se hace en las escuelas, ya que hacer encuesta solo en escolares puede dar prevalencias menores porque el pico de prevalencia suele ser en niños de 3 a 4 años de edad. Si da alto en escuelas, se espera que la prevalencia en la comunidad sea más que lo encontrado en escuelas. En zonas meso-endémicas o hipo-endémicas esto es especialmente de cuidado, pues pueden estar subestimando la prevalencia al hacerlo solo en escuelas.

En áreas hiperendémicas el Tracoma tiene gran prevalencia en menores de 5 años, pero Brasil está encontrando la prevalencia mayor en niños escolares y están viendo un cambio de la prevalencia en función del cambio de la situación epidemiológica. Se realizaron encuestas en comunidades por muestreo por conglomerados en zonas muy pobres en Brasilia, y examinaron todos los niños para ver prevalencia de 1 a 9 años y en mayores de 9 años, y encontraron que la prevalencia era mayor. Se comenta que los expertos de Tracoma en la OMS se preguntan si los casos en Brasil son confirmados para Tracoma y no conjuntivitis crónica con manifestaciones de Tracoma (La jefe del Programa de Tracoma en Brasil dice que si tiene evidencia de *Chlamydia trachomatis*) y dice que en países con prevalencias no muy altas la edad pico no es 3 a 4 años pero lo que debe verificarse es que se haya encontrado la Clamidia para correlación de laboratorio versus signos clínicos.

Se comenta que en Australia han encontrado zonas hiperendémicas, están encontrando prevalencias altas en edades mayores de escolares, esto lo que indica es que cada país debe analizar su propio patrón epidemiológico de Tracoma y sobre todo en áreas con alta movilidad y comunidades aborígenes o indígenas.

Pregunta 3. ¿Tienen rechazo al tratamiento o la cirugía?

No hay rechazo al antibiótico pero si en algunos casos a la cirugía.

El jefe del Programa Nacional comenta que seis estados de Brasil tienen frontera con otros países, y hoy trabajan con Colombia, pero habría posibilidad en el futuro de trabajar y tener apoyo de Brasil con los otros países para colaboración fronteriza para Tracoma. Si tienen interés y éstas reuniones regionales son una oportunidad para que pueda expandirse el apoyo para aprovechar la colaboración entre países.

Conclusión

En Brasil se ha encontrado prevalencia alta en escolares y debe profundizarse ésta situación específica, la cual puede ser que no sea la misma que en otros países. Actualmente Brasil está expandiendo sus acciones, incluyendo no solo a las escuelas sino también a las comunidades con un trabajo casa a casa.

PREGUNTAS PARA COLOMBIA

Pregunta 1. ¿Cuáles serían las posibilidades de control de moscas que son reportadas por Vaupés como vectores vinculados como parte del ciclo de transmisión del Tracoma?

La mosca *Hippelates* está asociada a materia orgánica de tipo vegetal en descomposición. Esta mosca no está asociada a heces, por lo cual la intervención para que no haya moscas no es intervención en heces sino a nivel ambiental. Falta evidencia con respecto al rol de ésta mosca en Tracoma. Hay estudios de Brasil que muestran asociación entre alta densidad de moscas en áreas con transmisión activa de Tracoma. Se debe analizar su capacidad vectorial, especies asociadas con infección ocular, qué otras secreciones de animales son atractivas para el vector, etc.

Se comenta que la cantidad de secreciones podría estar asociada a posible co-infección con otros micro-organismos y por lo tanto, esto debiera hacer parte de la investigación.

Pregunta 2. ¿Podrían usar agentes comunitarios voluntarios para el tratamiento?

En malaria tienen experiencia en el uso de redes de voluntarios que no son gratuitas, conllevan un costo, y funcionan muy bien en malaria, pero requiere recursos de estímulo a los voluntarios.

Pregunta 3. ¿Cuál es la estrategia para que quienes no asistieron a cirugías pudieran tenerla?

Se programaron 19 cirugías y solo se hicieron 7. La responsabilidad del traslado del paciente estuvo en manos de las aseguradoras en Salud y no lograron llevarlos por falta de compromiso, por lo cual no llegaron los 19 programados. Por ello quieren tener oftalmólogos entrenados para no recurrir a campañas de cirugía sino a la prestación individual de servicios. En Colombia no hay cirujanos capacitados y certificados en cirugía por Tracoma, lo cual pone en dificultades el apoyo al Vaupés.

Conclusión

Es necesario que todos los países recuerden que si se quiere eliminar el Tracoma debe lograrse cobertura del 90% de tratamiento, de lo contrario solo se reduce carga de enfermedad pero a largo plazo no se lograría la meta de eliminación. Sin un sistema de APS (Atención Primaria en Salud) para lograr coberturas es difícil sostener el logro de metas adecuado. Los cirujanos deben ser o cirujanos plásticos oculares o cirujanos certificados por un cirujano plástico ocular para garantizar calidad y éxito de las cirugías, por lo cual el tema no se reduce a tener oftalmólogos capacitados.

PREGUNTAS PARA GUATEMALA

Pregunta 1. ¿Por qué no han empezado el tratamiento luego de la encuesta?

Guatemala está preparando los requerimientos que ITI solicita para enviar el medicamento. Se espera que prontamente el Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala pueda enviar lo respectivo a ITI.

Pregunta 2. ¿La encuesta inicial fue en dos departamentos, cuatro municipios, y qué nivel de confianza tienen para presentar que no hay evidencia de Tracoma en los otros departamentos del país?

Se ha identificado la necesidad de hacer encuestas en otros departamentos del país, en especial las áreas limítrofes con el Estado de Chiapas en México y si fuera necesario otras áreas consideradas en riesgo.

En Huehuetenango en diciembre de 2011 se difundieron los resultados de la encuesta de Tracoma en Sololá, y lo que se quería era sensibilizarlos para que hagan el plan para vigilancia de Tracoma e identificar si tienen casos de triquiasis. Este departamento limita con Sololá. En Sololá se está completando el plan y se está mapeando las comunidades afectadas.

En áreas cercanas a México hay reporte de estudios y de casos de Tracoma que algunos grupos han realizado, lo que justifica la necesidad de ampliar la cobertura de áreas a encuestar. Sacatepéquez tiene una tesis de grado en la cual reportan casos de Tracoma. Es importante que esto se revise a ver la real necesidad de hacer la encuesta. Se revisará la validez de la información disponible. Si no está basada en evidencia científica se hará vigilancia epidemiológica para búsqueda de triquiasis.

Se aclara que el tema de lavado de cara es LIMPIEZA FACIAL no solo lavado de cara porque es allí donde está el éxito de la estrategia porque es intervenir en secreción de ojo, nariz, oídos y no solo lavado de cara.

Conclusiones

La zona de boca-costera está lista para empezar el plan de distribución de AZT, contándose con la aprobación de la donación por parte de ITI. El tratamiento se aplicará únicamente en la zona de la costa en los municipios de: Nahualá y Santa Catarina Ixtahuacán, no en zona fría. El tema y la urgencia para solicitar el medicamento se presentará en el despacho ministerial para el aval correspondiente. En zonas donde no se tiene evidencia de la enfermedad puede no ser costo efectivo hacer encuestas, por lo que se harán la búsqueda de triquiasis (vigilancia y entrenar trabajadores para que reconozcan casos) para que si efectivamente hay triquiasis allí se justifique hacer una encuesta, de lo contrario sería un esfuerzo que no conlleva beneficios.

PREGUNTAS PARA MEXICO

Pregunta 1. ¿Qué actividades de educación hacen en la semana de Tracoma?

Se hace en la última semana de octubre, en una comunidad por cada uno de los 5 municipios (que tienen más casos o renuencia a cirugías). De forma rotativa se hacen acciones como pláticas con niños, taller caritas limpias, lavado de manos, concursos de carteles de escuelas primarias, los médicos dan charla a los niños y luego les piden que hagan carteles en varios temas preventivos, y hacen un concurso para escoger los mejores; al final se muestran los primeros lugares y se les dan pequeños premios. El cierre de la jornada se hace en Oxchuc, por ser el que más casos tiene. Allí se hacen comparsas, rondas infantiles, teatro y actividades lúdicas, se entregan playeras a todos los niños participantes.

Pregunta 2. ¿Por qué lo hacen en octubre y quién lo financia?

Por el día mundial de la visión (segundo jueves de octubre) y porque finaliza el periodo de lluvias. El financiamiento proviene del Estado de Chiapas de fondos de varios programas en salud pública.

Pregunta 3 ¿Cuándo van a solicitar la certificación de eliminación de la ceguera por Tracoma?

Lo participantes de la reunión comentan sobre la información de México, y se manifiesta que todo pareciera indicar que el país está listo para la certificación de Eliminación de Ceguera por Tracoma.

En Tracoma no hay claridad en los pasos para la certificación, como si los hay para la eliminación de la oncocercosis en que justo el Estado de Chiapas también está trabajando. Los criterios epidemiológicos en Tracoma parecen ya haberse cumplido, faltarían elementos y lineamientos a nivel global para definir, por ejemplo, cómo se haría la vigilancia post-tratamiento.

La recomendación sería enviar la solicitud de México a OMS sobre cuáles son los pasos para que el país se certifique; esto incluye que México envíe el dossier y la documentación de todo lo que se ha hecho, para que OMS pueda informar y dar algunas indicaciones al país.



Presenta: Dra. Beatriz Muñoz. Vigilancia epidemiológica necesaria para planear las intervenciones, Johns Hopkins University, DANA Center, Centro Colaborador de la OMS.

La guía de la estrategia SAFE de OMS y el protocolo para encuestas de OMS son la base para esta presentación.

Protocolo para encuestas epidemiológicas:

- Primer paso: Antes de iniciar el programa de control, tener evidencia de la existencia de Tracoma en la zona.
 - En centros de APS puede hacer detección de casos de Tracoma activo en niños.
 - Reporte de personas ciegas en la comunidad por personal de salud trabajando en áreas rurales.
 - Ocurrencia de cirugía de parpado para Triquiasis.
- Segundo paso: Determinar la magnitud del problema.
 - Encuesta a nivel poblacional.
 - › Se obtiene prevalencia de Tracoma.
 - › Conocimiento de las comunidades sobre Tracoma.
 - › Comportamientos asociados con Tracoma.
 - › Características ambientales que aumentan riesgo.
 - › Población a riesgo.
 - › El Tracoma es un problema familiar, por lo que un niño infectado muy seguramente ha tenido su hermanito infectado.
 - Vincular a agencias gubernamentales/líderes de la comunidad.
 - › Estructura geo-política.
 - › Medios de comunicación.
 - › Nivel de servicios de salud.
 - › ONG trabajando.
 - › Capacidad local.

- Mano de obra para la encuesta.
 - › Situación de recursos humanos en la zona.
 - › Conformación de equipos.
 - › Necesidades de entrenamiento.
- Costos.
- Sumarización de la información.
- Tipo de información a recolectar: formularios con la información que requerimos como esencial y que permita construir los indicadores relevantes fáciles de entender, fáciles de medir, y proporcionar información válida.
 - › Evaluación del Tracoma en encuestas: TF y/o TI en niños menores de 10 años, triquiasis en personas adultas (mayores de 40 años mujeres con lo que se infiere la prevalencia en hombres y en la población, examinar toda la población sería muy costoso, esto se define en cada país)
 - › Características de la vivienda.
 - › Nivel socio-económico.
 - › Características individuales.
- Población objetivo: áreas con no más de 250,000 habitantes pues el Tracoma es focalizado y si la población es muy grande la probabilidad de no encontrarlo es grande en poblaciones grandes. Idealmente zonas con 100.000 habitantes. Restringir las muestras a zonas rurales (el desarrollo en comunidades es factor protector). Cuando se hace en comunidades estas no deben tener más de 5000 habitantes pues pueden ser zonas desarrolladas y no tener ya Tracoma.
- Muestra aleatoria (simple o por conglomerados). Una comunidad sería un conglomerado.
- En las personas se usa la clasificación simplificada de OMS. Si hay Tracoma en menos del 10% es recomendable que se hagan pruebas para encontrar clamidia pues a menos del 10% puede ser que sea otra causa de conjuntivitis crónica y no precisamente Tracoma, por lo cual debe tenerse la prueba de laboratorio.
- Área a evaluar: usar áreas administrativas/geo-políticas entre 100,000 y 250,000 habitantes.
- Se requiere información del censo de las comunidades con su tamaño de población por cada comunidad elegible.
- Un mapa con localización de todas las comunidades.
- Definir tamaño de muestra: de acuerdo a prevalencia esperada, precisión requerida, personas a seleccionar por conglomerado y el efecto de diseño.
- El muestreo por conglomerado tiene una variabilidad mayor que una muestra aleatoria simple, tiene más variabilidad porque los individuos de un conglomerado son más parecidos entre sí.
- El efecto de diseño en Tracoma es aproximadamente 4, lo que significa que el tamaño de muestra se multiplica por 4.
- Selección de la muestra:
 - › Se identifican las zonas geográficas.
 - › Se mapean las comunidades.
 - › Se organizan por un orden: por ejemplo de norte a sur.
 - › Excluyendo las que tienen más de 5000 habitantes.
 - › Luego se estima el intervalo muestral y se seleccionan los conglomerados.
- Seleccionar niños por cada comunidad seleccionada: se puede hacer de forma aleatoria pero se requiere el censo detallado, pero no siempre se tienen esta información para hacer la selección, así que se usa un procedimiento alternativo. La OMS indica que debiera empezar en el centro de la comunidad y gira una botella, y empieza en la dirección que indique la misma, pero esto es difícil pues las comunidades

no tienen una distribución homogénea y el centro no es fácil de encontrar. Así que se puede usar un tercer procedimiento como la segmentación. En un mapa de la comunidad, que puede ser un croquis, se hace una segmentación hasta llegar a un tamaño que facilite encontrar el número de niños de la muestra (si en promedio por casa hay 2.5 niños y usted requiere 70 niños por conglomerado, entonces requerirá 30 casas para encontrar el tamaño de muestral y selecciona aleatoriamente el segmento en el que hará la muestra).

Resumen

Para hacer una encuesta, se necesita evidencia previa, planear muy bien la encuesta, definir el uso de indicadores, seleccionar la muestra con métodos que aseguren estimaciones sin sesgo y con precisión aceptable.

SESION 2 DE PREGUNTAS

PREGUNTAS

Pregunta 1. ¿Cuál es la evidencia mínima para decidir si se necesita o no hacer una encuesta en un lugar?

Contar con un caso de triquiasis es suficiente, y si no se infectó allí, se busca las causas de la ceguera. Además se buscan las complicaciones en personas mayores (con casos de triquiasis) y si hay, investigar cuánto tiempo han vivido en el lugar. Si hay Triquiasis en un lugar, es el mejor indicativo de la existencia de Tracoma.

Pregunta 2. ¿Qué se sabe sobre el mapeo de Tracoma en la región amazónica, cuál es la experiencia de Brasil?

Brasil tiene puntos de apoyo en la frontera de la región amazónica con Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela y las Guayanas. En la región amazónica tienen prevalencias superiores al 10% en la frontera con Bolivia, Guayanas en los estados de Acre, Roraima, Amazonas y Rondonia, Para, Tocantins, Amapá.

Pregunta 3. ¿En municipios de la frontera de Brasil tienen altas prevalencias?

Se comenta que en áreas indígenas la prevalencia es alta. Estudios realizados de 1998 a 2008 demuestran que los municipios tienen dificultades de ubicación, acceso, lingüísticos y culturales. Rio Negro es un ejemplo del cual se dio tratamiento masivo a las comunidades, y es un distrito indígena. En el plan de Colombia se identificaron cuatro puntos de frontera con migración constante entre los dos países, en Vaupés y San Gabriel. Crearon un grupo técnico asesor en el distrito de Rio Negro y harán entrenamiento en cirugía en Brasil en mayo 2012 (del cual esperan participantes de Colombia). La población indígena en la frontera son 30,007 en Brasil y en Colombia 10,000.

Conclusión

La región amazónica presenta altas prevalencias en población indígena con altos índices de pobreza. Es primordial el apoyo en frontera para actividades técnicas y operativas. Se requieren estudios de prevalencia en los 32 municipios de frontera en la región amazónica, y los países necesitan asesoría para monitoreo de la intervención.

COLOMBIA:

Presenta: Dr. Hollman Miller. Coordinador Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Infecciosas Desatendidas en el Departamento del Vaupés.

MAPEO DE TRACOMA EN LA REGION AMAZONICA, LA EXPERIENCIA DE COLOMBIA

Se han identificado casos de otros departamentos como Amazonas, Guainía y Guaviare. Estos casos fueron hallazgos ocasionales desde el Vaupés. La investigación y preguntas que se hicieron les indicaron que los casos venían de otros departamentos. Usan ubicación por GPS de las comunidades y los casos, y esto lo hacen porque no hay una fuente de geo-referencia de la zona, por lo cual esto les ayuda a tener datos referenciados geográficamente, pues son comunidades móviles y migrantes. Tienen censos por vivienda en las comunidades priorizadas y levantan croquis por comunidad.

El tamaño de comunidades oscila entre 37 a 200 habitantes y es allí en donde se hará la encuesta. El concepto de comunidad fue diferente y tuvieron que agrupar comunidades de 37 personas por criterios de accesibilidad, por ejemplo que ingresan por el mismo río. Conformaron conglomerados con varias comunidades y luego seleccionaron los conglomerados para la muestra.

Mapa No. 9 - Distribución de Tracoma Ocular Dos Vaupés, Colombia 2010



MEXICO:

Presenta: Dra. Fabiola Hernández. Coordinadora estatal del Programa de Prevención y Control de Tracoma en el Estado de Chiapas.

BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS, CASA A CASA, COMO ESTRATEGIA DE VIGILANCIA, LA EXPERIENCIA DE MEXICO.

La búsqueda se hace para fortalecer la vigilancia epidemiológica, otorgar atención oportuna, canalizar a cirugía, saneamiento, acceso a agua, entregar mensajes adaptados a las comunidades según características culturales y étnicas.

Se hace la visita a 328 localidades en donde hay 25,448 casas en la zona endémica. Se realizan actividades de acuerdo a las necesidades de cada lugar:

- Barrido casa a casa: un brigadista va a la localidad, concerta con las autoridades y comunidades la entrada del equipo, visitas domiciliarias para levantar encuestas y datos de interés y se hace revisión oftalmológica para detección de casos nuevos y de requerirlo se da tratamiento, se programa para cirugía.
- Si la localidad no permite el acceso casa a casa, hacen un barrido en el que reúnen a la población en momentos especiales por ejemplo el día que reciben el subsidio para reducción de pobreza, es decir que concentran a la comunidad en un espacio específico y allí le abren el espacio a la actividad de Tracoma. Allí levantan el censo, medidas de prevención y talleres en la escuela, revisión oftalmológica, seguimiento de casos, etc.
- En 2011 se hicieron actividades en 312 de un total de 328 localidades.
- Miden la cobertura de acciones por localidad y micro-región, y luego por municipio.
- El equipo del ISECH presenta un video sobre cómo hacen las acciones.

Ilustración No. 8 - Fotos de Barrido en México



Sesión 3

Monitoreo y evaluación de la administración de medicamentos.

Presenta: Dra. Beatriz Muñoz. Definición de metas e indicadores de cobertura de tratamiento, verificación de coberturas de tratamiento.

Presenta los antecedentes de las iniciativas globales para reducción de la ceguera debido a su alto impacto económico a nivel global. Relata que se han publicado los nuevos cálculos de ceguera e impedimento visual de autores como Pascolini y Mariotti, aunque no son cálculos oficiales de la OMS. La Región de las Américas tiene una carga menor de personas con impedimento visual con 26 millones de los que 3 millones son ciegos.

- Los manuales de OMS e ITI tienen información muy detallada sobre cómo implementar el tratamiento masivo con azitromicina, pasos a seguir y cómo evaluar cobertura. Por lo que se recomienda su uso a todos los países.
- Los antibióticos se usan para reducir carga de infección y suprimir la transmisión en comunidades con prevalencias mayores del 10%. Inicialmente se había establecido que el tratamiento debía ser por 3 años (esto es cierto en comunidades con 10 a 15% de prevalencia) pero en prevalencias mayores muy seguramente se requieran más rondas (4 a 5 tratamientos anuales para zonas con prevalencia entre 15 y 40%) y en comunidades con más de 40% al menos se requieren 5 rondas de tratamiento (una por año). Cuando se tiene prevalencias cercanas al 10%, tres años de tratamiento serán suficientes.
- Las formas de distribución pueden ser:
 - Puerta a puerta.
 - Distribución en ciertos centros de tratamiento.
 - Una combinación de las dos.

¿Cuáles indicadores se deben usar? (con base en el manual de monitoreo de quimioterapia preventiva de OMS-Preventive chemotherapy por sus siglas en inglés PCT).

- Indicadores de proceso: financiamiento, logística, guías de uso, entrenamiento.
- Indicadores de desempeño: cobertura.
- Indicadores de impacto: prevalencia de Tracoma.

Con estos indicadores se hace monitoreo y evaluación.

¿Cobertura de tratamiento en la comunidad?

Total de tratados del total de residentes de la comunidad: en Tracoma se trata a toda la población de la comunidad, casi no se excluyen personas, de hecho en algunos países incluso se trata a embarazadas y niños menores de 6 meses con tetraciclina (ungüento). La cobertura debe ser mayor al 80%, pero se debe cubrir tanto como se pueda, por ejemplo ITI recomienda 90% como mínimo.

Se trata a los residentes y se excluyen del número de personas a tratar a los fallecidos y personas que han emigrado.

¿Cobertura en distrito (área geográfica donde se hizo la encuesta)?

Proporción de comunidades tratadas: No. Comunidades tratadas / comunidades que requerían tratamiento. El 100% de comunidades deben ser tratadas de las que requerían tratamiento. Y se puede tener el promedio de cobertura a nivel de distrito (sumatoria y división de las prevalencias de las comunidades por distrito). El lapso de tiempo entre tratar una comunidad y otra debe ser corto (menos de 1 año). Todas deben ser tratadas en el mismo año.

¿Cobertura nacional?

Personas tratadas/personas que requieren tratamiento en el país. Los países deben reportar cobertura en los tres niveles: comunidad, distrito y nacional.

¿Cómo monitorear coberturas?

Las coberturas altas reducen riesgo de la incidencia de infección antes del próximo tratamiento. OMS recomienda mínimo 80% de cobertura, pero ITI de 90%.

Hacer evaluación después de 3 años puede ser no muy eficiente en zonas hiperendémicas, pues muy seguramente la prevalencia no ha logrado llegar a menos del 10%.

Hacer censo al inicio del tratamiento sobre el que se inscribe a todas las personas por familia. Esto es un censo por comunidad: nombre, sexo, edad de los residentes de la comunidad. (Manual de ITI tiene este formato). Este formato tiene cada una de las rondas y la presentación de medicamento que se les da en cada ronda (tabletas, suspensión, ungüento oftálmico).

Después del censo se hace sensibilización de la comunidad antes de la distribución y ya en la ronda se actualiza el formato del censo añadiendo los nacidos, descontando el número de fallecidos y registrando el tratamiento que cada uno recibió. También debe identificarse claramente los no tratados para buscarlos posteriormente. También se da un comprobante a cada persona que puede facilitar luego ver quién recibió qué medicamento y en qué ronda.

Verificar si recibieron el tratamiento. No hay una metodología publicada o estandarizada por OMS para verificar el tratamiento, pero en investigación se hace así:

A dos personas no vinculadas con la distribución de medicamento en la ronda se les asignan 5 familias que fueron objeto de la distribución de medicamentos (seleccionadas aleatoriamente). Allí se compara y se verifica qué sucede (pueden ser solo problemas de registro y olvido o error al registrar). Otra forma de verificar la cobertura es que una vez se tiene la cobertura en la comunidad, se suma a nivel de distrito (todas las comunidades por distrito y por presentación de medicamentos). Como se sabe que en promedio cada adulto recibe 3 pastillas, y cada niño 10 ml de suspensión, podemos estimar según la cobertura cuanto medicamento se debió dar y comparar con el stock de medicamento.

Colin L. Beckwith. Obtención y distribución de azitromicina.

PROCESO DE ITI PARA FACILITAR LA SOLICITUD Y ENTREGA DE MEDICAMENTO QUE ITI RECIBE DE PFIZER PARA SER DONADOS A LOS PAISES QUE LO SOLICITAN

ITI está armando una base de datos con las informaciones de solicitudes de países para donación de azitromicina. De los 59 países endémicos para tracoma, ITI tiene colaboración con 20. De 1221 unidades conocidas con prevalencia mapeada: 436 no requieren tratamiento, 153 terminaron tratamiento, 495 en marcha de tratamiento, 137 mapeadas y que no han iniciado tratamiento. Pero otras 1136 unidades sanitarias no han sido mapeadas. Y esto para estimación de necesidades de medicamento afecta pues cerca del 50% de las unidades no se sabe cuánto necesitan. Las necesidades de medicamentos para Latinoamérica y el Caribe no está claro porque no hay suficiente información.

ITI solicita a los países que requieren donación de medicamentos:

- Plan de acción de Tracoma: pero algunos países tienen planes maestros de EID, otros tienen plan para salud visual y en ambos está Tracoma, por lo cual un plan de Tracoma puede ser redundante.
- Encuesta de prevalencia (línea de base). Se analiza cuan antiguo es, si es más de 10 años debe hacerse nuevamente.
- Solicitud anual: formatos de solicitud: por cada distrito o unidad sanitaria se pide población, prevalencia de Tracoma, años de tratamiento (en base a la prevalencia). Usualmente en noviembre y diciembre de cada año se hace el aviso a los países para que presenten solicitudes y deben venir de los Ministerio de Salud y no de ONGs u otra organización. Las solicitudes que se presentan en 2012 serán para hacer implementación de tratamiento en 2013.
- ITI presenta las solicitudes a un Comité de Expertos Técnicos (TEC) que las evalúan entre junio (primera revisión) y noviembre (revisión de ajustes) de cada año.
- En paralelo cada país debe:
 - Nombrar un punto focal y de contacto.
 - Se hace carta de entendimiento anual especificando cuáles distritos y cuántos tratamiento aprobados para el año siguiente. Esta carta se firma en septiembre del año anterior para empezar en el año siguiente.
 - Calendario de las distribuciones masivas: para que ITI pueda entregar a tiempo el medicamento.
- ITI prepara el calendario de entrega de medicamento. Esto en coordinación con Pfizer para producción a tiempo y envío a los países (también donado por Pfizer). Si el país requiere grandes cantidades, ITI solo envía una cantidad piloto para verificar que el país realmente está preparado.
- Se produce la orden en firme del envío del antibiótico.
- Distribución masiva.
- Informes de distribución y de inventario. El 1 de Abril se solicita informe de enero a diciembre del año anterior, y el 1 de Octubre se solicita el informe de distribución de Enero a Junio del año actual.
- Con los informes de distribución o inventario, el ciclo empieza de nuevo para saber el nuevo envío de medicamento por cuánto será (de acuerdo a cobertura alcanzada y stock disponible).
- Encuesta de impacto un año después.

Criterio para la revisión de una solicitud anual

- Cuán confiables son los datos de población: qué tan recientes son, cuál es la tasa de crecimiento poblacional utilizada (aunque es solicitud anual se está programando para 3 o más años y habrá cambios en la población).
- Cuán confiables son los datos de prevalencia: qué tan recientes son, si fue o no apropiada la metodología, si la medición de la prevalencia se hizo en nivel administrativo adecuado, si avanza la prevalencia en la dirección y ritmo adecuado, ¿si no a qué se debe?
- Concuera la solicitud con las tasas de prevalencia.

Lineamientos para distribución de antibióticos

- Avalados por OMS y comité técnico de ITI.
- En prevalencias mayores de 30% debe hacerse tratamiento por 5 años, y el estudio de monitoreo no se haría antes de 5 años. En prevalencias entre 10 y 30% el tratamiento es por 3 años y la encuesta de impacto no se haría antes de 3 años. Para prevalencias menores de 10% pero mayores de 5% se hace a nivel de sub-área o comunidad.
- Si la cobertura es inferior al 80% debe verse que está sucediendo y cubrir la brecha, en casos con menos del 60% prácticamente hay que volver a empezar.
- El país debe evidenciar su disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales para la distribución. Confirmar la disponibilidad de recursos para implementar la estrategia SAFE en su totalidad.
- Debe haber información de inventario (excedente) de antibiótico en el país.
- ITI coordina de cerca con OMS para datos de prevalencia, necesidades de tratamiento, reporte de tratamiento y aunque aún hay diferencias, se está tratando de que sea lo más coincidente posible. El plan es seguir desarrollando el banco de datos y la posibilidad de incorporar herramientas de proyecciones para que los países no tengan que llenar de cero todas las solicitudes y que los países solo revisen y aprueben.
- Están apoyando iniciativas de tratamiento, por ejemplo en Guatemala ver si con una sola ronda se baja la prevalencia a menos de 5%. Otros estudios de coadministración de medicamentos (Azitromicina y filarisis linfática) y un sistema para enviar por mensaje de información sobre dosis para consolidación de datos en el momento de la distribución.

GUATEMALA:

Presenta: Dr. Herbert Jacobo. Plan para monitoreo y evaluación de administración de Azitromicina en Guatemala. Unidad de supervisión, monitoreo y evaluación. SIAS. MSPAS. Guatemala.

Información del país:

Guatemala tiene un total de 22 departamentos, se cuentan con 29 Áreas de Salud y estas tienen sus distritos para el monitoreo, supervisión y evaluación de los programas, actividades que desarrollan las áreas de salud a nivel nacional. Se presentan los objetivos de la dirección. Se cuenta con el marco normativo para monitoreo y supervisión en el país, el cual principalmente se enfoca en:

- Verificar que las Áreas de Salud realicen las funciones específicas y sistemáticas que deben cumplir para el buen funcionamiento y la calidad de atención de los servicios.
- Verificar la aplicación de las normas de los programas, especialmente los prioritarios.
- Fortalecer capacidades del personal para ofrecer servicios de calidad.

Supervisión:

- Fortalecer la Unidad de Supervisión de las Direcciones de Áreas.
- Estandarización del abordaje de supervisión.
- Fortalecer al recurso humano.
- Definir roles y funciones del equipo de supervisión.
- En Sololá se hará el ingreso del medicamento que llegará de la donación, y de allí al distrito que hará las rondas de tratamiento con personal de comunidades quienes se encargarán de hacer la entrega efectiva de medicamentos casa a casa a toda la población basada en censos actualizados. El SIAS hace el plan específico de Tracoma y luego la Unidad de monitoreo y supervisión hace seguimiento sobre los indicadores del plan de Tracoma.

Ilustración No. 9 - Sistema de Salud de Guatemala



PREGUNTAS

Pregunta 1. ¿En Colombia tienen un sistema de mapeo informal, pero podemos proveer al Vaupés con una herramienta para mapeo de comunidades y casos?

El mapeo del Vaupés se está realizando con GPS. Se comenta que desde el programa regional de EID no se cuenta con normas sobre mapeo de comunidades y casos, sino que cada país adopta sus herramientas de acuerdo con sus capacidades y experiencias, basándose en las guías y lineamientos que producen OPS/OMS. Se comenta que dentro de las EID se incluye Chagas y la IPCA, está impulsando el uso de tecnología para el mejor análisis, incluyendo la producción de herramientas, las cuales podrían adaptarse para su uso en Tracoma.

Pregunta 2. ¿Cuáles son los pasos que debe completar el Ministerio de Salud de Guatemala para que ITI envíe el medicamento?

Guatemala debe completar la siguiente información:

1. ¿Quién es el punto focal en Guatemala? Informarlo oficialmente con nombre y cargo dentro del Ministerio de Salud
2. Carta de entendimiento entre MSPAS e ITI. Colin dejará un ejemplo de carta de entendimiento para que sirva de guía al país.
3. Aval del comité de ética nacional para implementar el plan de distribución, hay que ver si el comité pedirá también el protocolo de evaluación que se hará 6 meses después. El MSPAS notificará los resultados del estudio al comité de ética y presentará el plan de distribución para que el comité genere la carta aprobando el plan.
4. Debido a que la prevalencia está entre 5 y 10% se está analizando si una sola ronda será suficiente, por lo cual se ha planteado la necesidad de hacer una evaluación tan pronto como se implemente la ronda de tratamiento.

Cuando se envió la solicitud de donación a ITI, se entendió por ITI que el plan de distribución debía aprobarlo el comité de ética nacional, pero esto no está claro. Guatemala debe verificar con el comité de ética si es necesario que ellos aprueben el plan de distribución y que en un segundo momento aprueben el protocolo para el estudio de impacto. Es importante que Guatemala tenga claro de dónde provendrán los fondos para la encuesta de impacto.

Mientras tanto se hará el protocolo para evaluación del impacto que saldría más económica porque es solo en dos distritos.

Pregunta 3. ¿Tienen Colombia y Brasil interés en donación de medicamentos para tracoma? Brasil y Colombia hacen compras locales y por ahora no han previsto aplicar a donación.

Pregunta 4. ¿Cómo van los planes de tracoma de los diferentes estados de Brasil?

Brasil tiene 15 estados con los planes de tracoma hechos y cuatro planes en distritos sanitarios indígenas. Ahora están revisando la previsión de fondos y la integración a planes de EID, por lo cual se ha suspendido seguir haciendo solo planes estatales de tracoma para proceder a hacer planes para EID integrados; están adecuando metodologías.





Sesión 4

Aspectos clínicos y quirúrgicos.

Presenta: Dr. Van Lansingh. Coordinador para América Latina de la Iniciativa Visión 2020; International Agency for the Prevention of Blindness - IAPB. Aspectos clínicos relevantes para las evaluaciones epidemiológicas de Tracoma.

Aspectos

1. 111 millones de personas viven en zonas endémicas. Han aparecido nuevos focos como en Colombia, quizás aparezcan más focos en otros lugares.
2. Esta cifra podría aumentar por la falta de datos. Que no se conoce como China y Australia.
3. La clasificación internacional de los estadios es muy importante ya que ayuda a identificar el Tracoma.
4. Es importante el registro de vigilancia epidemiología.
5. La técnica de eversión del párpado debe ser entrenando a la persona especialista.
6. Es difícil encontrar una persona mujer menor de 40 años con Triquiasis.
7. Un estudio matemático tras cuantas infecciones una persona podría desarrollar Triquiasis dio que 88 a 130 infecciones repetitivas en el ojo (Wolle et al Ophthalmology).
8. Se debe considerar los vectores que pueden influir para que la transmisión de la infección se propague.

Presenta: Dr. Van Lansingh. Coordinador para América Latina de la Iniciativa Visión 2020; International Agency for the Prevention of Blindness - IAPB.

La cirugía como medida preventiva de la ceguera por Tracoma: Aspectos prácticos y operativos para considerar por parte de los programas.

1. Captura de pacientes en las primeras etapas muy tempranas de Tracoma. Un paciente con Triquiasis tiene complicaciones más allá que catarata y pueden llegar a la ceguera.
2. Prevenir que el paciente no se quede ciego.
3. La OMS recomienda la rotación bilateral en manos de personal calificado, porque uno o dos malos resultados en una comunidad pueden originar rechazo a la cirugía.
4. En LA debemos reentrenar a los Oftalmólogos, las fallas de la cirugía puede llegar al re-intervención y debe explicarse de la mejor manera al paciente.
5. La Triquiasis puede desarrollarse de diferente manera, en algunos casos el paciente llega sin párpado y con cicatriz, pero en otros casos las lesiones son más complejas de identificar y clasificar. El paciente debe recibir la Azitromicina.
6. En el caso de México tiene un grupo de pacientes con recurrencia, hay que saber manejar estos tipos de pacientes para determinar cuál es la causa de la recurrencia, casos nuevos desconocidos o de otras comunidades y migración deben ser analizados.
7. Tratar que la recurrencia de Triquiasis sea menor del 10%.
8. Solo se tiene una oportunidad para que la cirugía de Triquiasis en una comunidad se realice de la mejor manera, por lo tanto esta cirugía debe ser realizada personal calificado, entrenado y de ser posible certificado para este tipo de intervenciones.
9. El lugar más adecuado para la cirugía debe contar con la asepsia y antisepsia.
10. La cirugía debe hacerse de forma cotidiana, debido a que es deseable que los cirujanos certificados estén activos para realizar con éxito la cirugía.
11. La autodepilación no es recomendada.

PREGUNTAS

Pregunta 1. ¿La cirugía de Triquiasis solo la hacen los oftalmólogos? ¿La técnica de rotación bilateral es más recomendada? ¿La técnica es mejor hacerla en un solo tiempo o en dos tiempos? En general la técnica de mejor resultado es la rotación bilateral, la cual debe hacerse en un solo tiempo, por personal entrenado. Pero en la vida real la certificación de cirujanos se necesita dependiendo de la necesidad y las condiciones del país o la zona en la que se encuentra el foco de tracoma. Puede ser que se entrene y certifique a un oftalmólogo, o a un cirujano o a un cirujano plástico.

La experiencia del cirujano hace la técnica, y por lo tanto a mejor entrenamiento y habilidad, menores serán los riesgos de complicaciones. En áreas en las que los focos son pequeños y no existen muchos casos para cirugía, puede ser suficiente identificar a una o dos personas que les interese el tema y que hagan la cirugía en todo el país.

Lo que si es necesario, es evitar el impacto negativo de una cirugía mal hecha, lo cual generará en la comunidad rechazo; por ello es importante informar y sensibilizar bien a las personas de la comunidad sobre los resultados que se pueden esperar de una cirugía.

Pregunta 2. ¿Es muy importante el seguimiento de los pacientes con cirugía?

Se comenta que es esperado que un grupo de pacientes forme granulomas después de la cirugía. Si los granulomas no se remueven aunque la cirugía haya sido bien hecha, esto trae consecuencias más graves. Es importante el seguimiento después de la cirugía para evitar complicaciones de otro tipo.

Pregunta 3. ¿En cuánto tiempo hay que remover las puntadas de una cirugía?

Los puntos se remueven entre 1 o 2 semanas después de la cirugía, y se estima que los granulomas pueden formarse en el mes siguiente por lo cual también hay que removerlos. Aunque las suturas casi siempre son removibles, si las suturas quedan en la zona interna pueden rayar la córnea. Hay que retirarlas bien después de la cirugía.

Pregunta 4. ¿Qué hacer con los pacientes recurrentes?

Deberían ir a cirugía reconstructiva con un cirujano plástico que sepa de parpado. En el caso de Guatemala la Comisión Nacional para la Salud Ocular ya ofreció un oftalmólogo para la cirugía de triquiasis, y serian ellos los que determinen si necesitan apoyo. México comenta que tiene un cirujano certificado por OPS y que actualmente están trabajando con un cirujano plástico para la cirugía reconstructiva.

Pregunta 5. ¿Quién certifica al personal para realizar cirugía de Triquiasis?

Existe un manual de la OMS el cual da los requerimientos para la capacitación de una cirugía. No hay un lugar definido en el que se haga una certificación, aunque Brasil comenta que tienen 2 lugares para certificar a los cirujanos.

BRASIL:

Presenta: Dra. María de Fátima Costa Lopes. Gerente Programa Nacional de Control de Tracoma.

Cirugía para Tracoma, la experiencia en Brasil

1. Necesidades para la cirugía, el acceso como principal problema.
2. Planes de vigilancia y control de Tracoma GET 2020.
3. 51ª Asamblea Mundial de la Salud, resolución 51.11 y 56ª Asamblea Mundial de Salud Resolución 56.26, se incluyen en las recomendaciones de eliminación de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza incluso en la Resolución CD49.R19 de la OPS.
4. Metas finales de intervención de Triquiasis Tracomatosa de 1 caso de Tracoma / 1000 habitantes.

Tabla No. 4 - Metas Finales de Intervención de Cirugía

Población en Riesgo de TT	Total Población en Riesgo	Población >14	20% Población rural >14 años	TT Prevalencia %	Estimación de TT
Brasil	52.118.761	41.558.550	8.450.257	(*)	6.103

Tabla No. 5 - Metas Finales de Intervención de Cirugía por Región y Municipios

Datos Históricos	Total Población	Población >14	20% Población rural >14 años	TT Prevalencia %ref.1990 a 2008	Estimativa de casos de TT
Região do Cariri - CE	528.381	422.704	84.54	2%	1692
Serra da Ibiapaba - CEARA	299.453	239.562	4.791	1%	479
Nordeste da BAHIA	424.1	301.152	6.023	1%	602
Oeste de PERNAMBUCO	366.827	245.132	4.903	1%	490
Otros Municipios con pobreza absoluta	50.000.000	40.000.000	8.000.000	0,02%	1600
Áreas indígenas	Pop total Áreas de Risco	Pop >14 años		TT Prevalencia %	Estimativa de casos de TT
	500	310		0,4%	1240



Las siguientes son las principales acciones de cirugía implementadas por Brasil:

- Brasil presenta la experiencia de la cirugía para triquiasis en el Distrito Especial Indígena de Alto Río Negro, San Gabriel de Cachoeira y en el Estado de Ceara.
- El componente de cirugía para triquiasis en el plan nacional de Brasil para la eliminación del Tracoma incluye intensificar y realizar la búsqueda activa de casos TT en todas las áreas cubiertas por servicios de atención primaria, en áreas rurales, en áreas con historia de alta prevalencia de Tracoma, áreas indígenas y áreas donde hubo esclavitud.
- Se hizo entrenamiento de los equipos de atención básica en la identificación de TT.
- La búsqueda de casos de Triquiasis, se realizó casa a casa y encuestas de prevalencia de Triquiasis en áreas rurales, basándose en municipios con bajos indicadores de desarrollo humano, pobreza extrema.
- El Plan Brasil Sin Miseria está incluyendo en municipios con áreas de alta endémicidad para Tracoma y por lo tanto es una estrategia de solución.
- Los casos identificados con TT se envían para evaluación oftalmológica y confirmación diagnóstica, y de ser necesario para programación de cirugía.
- Constitución de un Grupo Técnico Asesor de Oftalmólogos Plásticos de 5 regiones del país.
- Se elaboró un Manual de Cirugía de Triquiasis para asesoría y entrenamiento para Oftalmólogos, en el cual se detalla la técnica utilizada (Rotación Bilateral por vía posterior) y otras técnicas adecuadas para los casos.

Mapa No. 10 -
Triquiasis Tracomatosa en Brasil

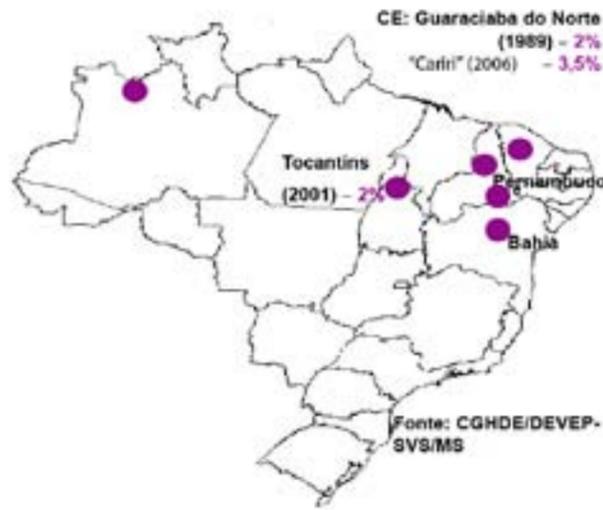


Ilustración No. 12 - Fotos de Cirugía en San Gabriel de Cachoeira Dos

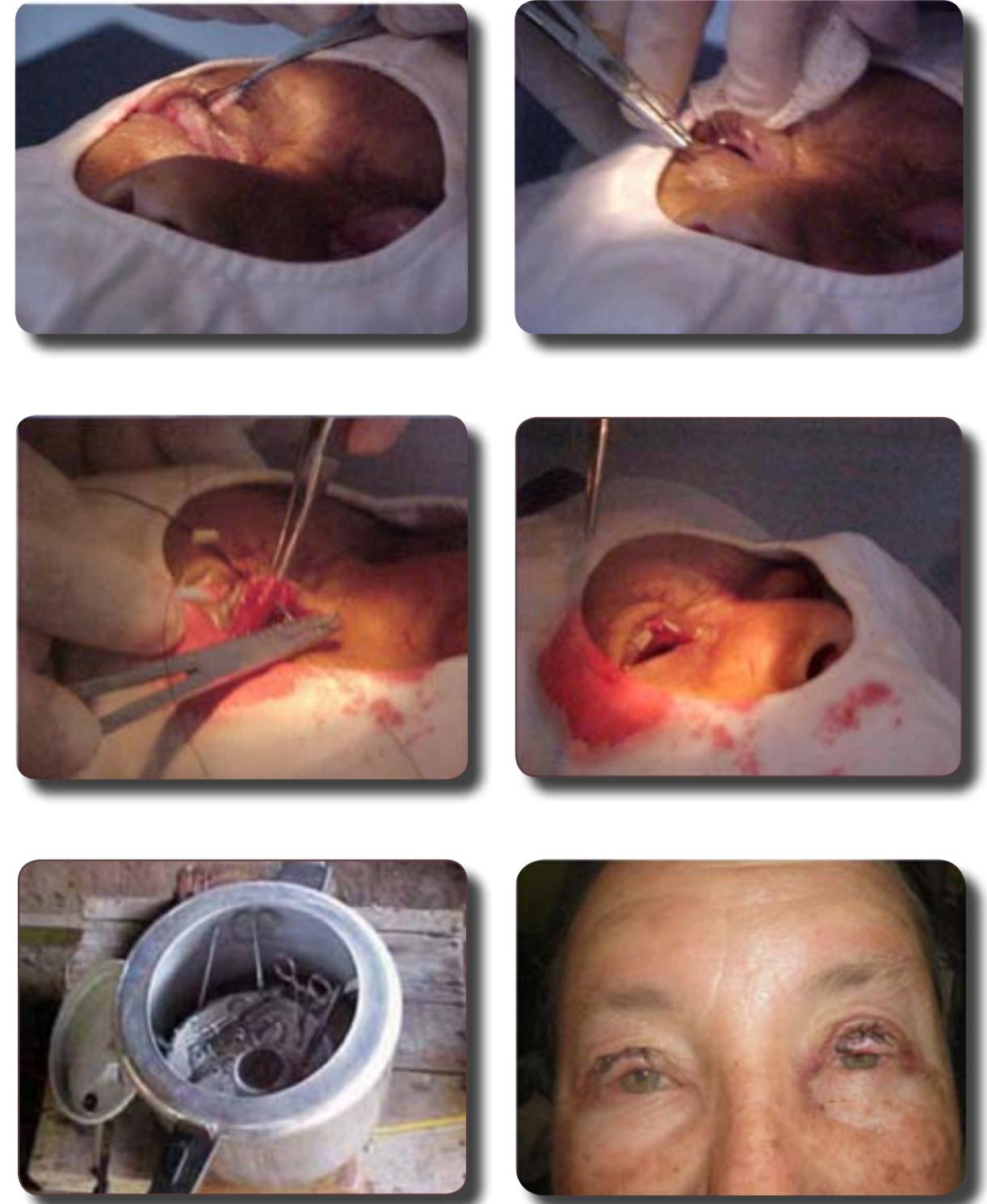


Ilustración No. 10 - Fotos de Cirugía en Río Negro Brasil



Ilustración No. 11 - Fotos de Cirugía en San Gabriel de Cachoeira



MEXICO:

Presenta: Dra. Fabiola Hernández. Coordinadora estatal del Programa de Prevención y Control de Tracoma en el Estado de Chiapas.

Cirugía para Tracoma, la experiencia de México

1. Llegan los pacientes con Triquiasis, son evaluados y posteriormente son ingresados a Cirugía.
2. Tienen identificados los grupos de personas con Triquiasis, con un censo nominal, municipio, y comunidad, también la fecha que ingreso hasta la fecha actual, la recurrencia de ellos.
3. Tienen personas llamadas Brigadistas que se encargan de los pacientes hasta su seguimiento total. Darle la sensibilización antes de la cirugía, hasta el seguimiento de caso.
4. México tiene 5 municipios endémicos, se hacen jornadas Medicas en el municipio de Oxchuc porque es un centro de salud con Hospitalización, el resto de los municipios el traslado implica un tiempo de 3 a 4 horas, para estos sirve la casa materna de Tenejapa, también se cuenta con caravanas móviles. En algunos centros de salud también se hace la cirugía.

Las primeras acciones que se realizan con los pacientes son:

- a. Preparación del paciente para cirugía.
- b. Revisión oftalmológica por el cirujano para determinar el procedimiento a realizar.
- c. Sensibilización de pacientes para cirugía.
- d. Cada paciente sale acompañado de un líder comunitario esto representa un apoyo muy fuerte, porque desde la cultural el líder se solidariza con el enfermo, ya sea en la comunicación, identificación, soporte emocional.

5. En la 7ª Semana Regional del Combate al Tracoma se desarrolló una campaña quirúrgica en el Centro de Salud de la cabecera Municipal de Oxchuc, en la cual, se intervinieron y re-intervinieron a 19 pacientes, cuentan con un cirujano plástico desde el 2010.
6. En el mes de marzo se realizó una campaña quirúrgica en la casa materna del Municipio de Tenejapa en donde 10 pacientes de Triquiasis Tracomatosa se sometieron a procedimientos quirúrgicos (re-intervenciones). La mayoría de los pacientes tienen re-intervenciones, es raro que los pacientes solo sean intervenidos una sola vez.
7. En la 8ª Semana Regional del Combate al Tracoma se desarrolló una campaña quirúrgica en el Centro de Salud de la cabecera Municipal de Oxchuc, en la cual, se intervinieron a 11 pacientes, 5 de primera vez y 6 re-intervenciones.

Desafíos

1. Abatir la renuencia a la cirugía.
2. Operar a los 7 pacientes Candidatos a cirugía de primera vez.

Ilustración No. 13 -
Foto de Cirugía en Chiapas Mexico

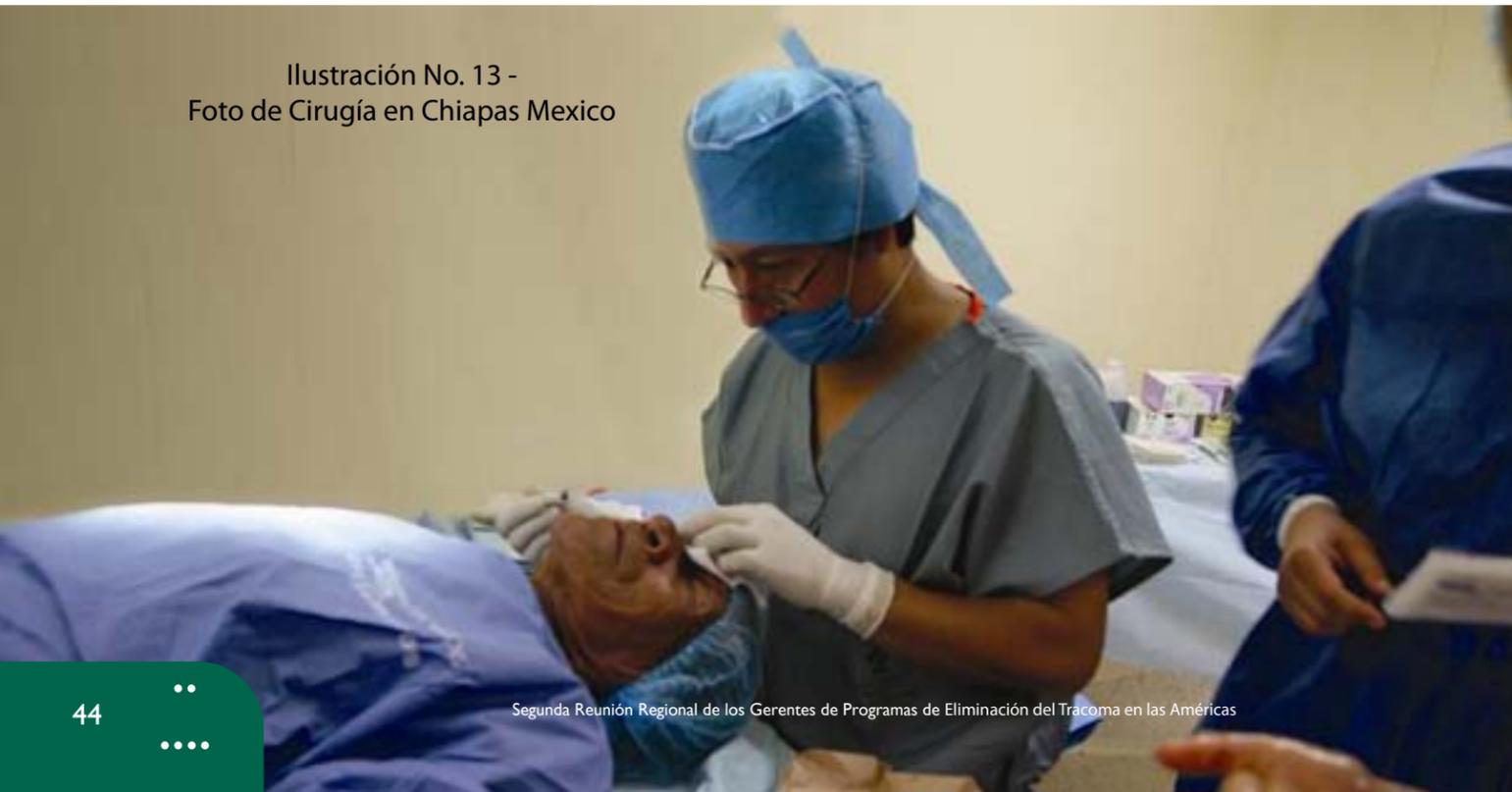


Ilustración No. 14 -
Criterios Epidemiológicos



COLOMBIA:

Presenta: Dr. Hollman Miller. Coordinador Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Infecciosas Desatendidas en el Departamento del Vaupés.

Cirugía para Tracoma, la experiencia de Colombia

1. La cirugía es reciente en Colombia.
2. Los pacientes han tenido que movilizarlos, además la mayoría limitan con la frontera de Brasil. San Joaquín de Inambú, la accesibilidad es el primer punto de dificultad, además para poder ingresar a una comunidad es mejor pasar por Brasil y regresar a Colombia.
3. Existen otras dificultades una de ellas es el narcotráfico, la pérdida de tiempo para poder llegar, se utiliza lanchas desmontables para cruzar el río, que a su vez requiere tiempo para desarmarla. Además del costo económico implica otro factor más o menos 2,000 dólares para poder entrar y el mismo para salir del lugar.

Ilustración No. 15 - Comunidad de San Joaquín de Inambú



4. Un método para atraer las personas para poder examinarlas e informarles, es ofreciéndoles comida comunitaria, así asegurarlos para la evaluación.
5. Con un equipo de audio visual de lo más sencillo se proyecta, además de una planta eléctrica que ayuda a sensibilizar. También les ayuda un líder para la traducción de su idioma materno para su mejor comprensión.
6. La identificación de pacientes con Triquiasis se da con al menos una pestaña en contacto con el globo ocular, además hay casos de deformación del párpado y pérdida de la pestaña, o tendencia de depilación.
7. Prevención primaria para todos los pacientes. Sirve para medir la prevalencia del departamento.
8. Se considera un factor protector que la población del lugar utiliza un método de una resina de un árbol para hacer la depilación, además que tiene evidencia científica de tener efecto antibiótico.
9. Otros de los problemas que encontraron es que las personas que se autodepilan se dejan muñones los cuales generan más lesión.
10. Encontraron en una comunidad llamada Santa Catarina 12 personas con Triquiasis, que fue la primera candidata para la intervención de Cirugía.
11. Se cuenta con un censo de personas, también por comunidad en conjunto con una aseguradora, que se encargaba de movilizar a las personas.
12. Se identificó 15 personas con triquiasis, 4 con autodepilación, y 4 con entropión.
13. Se realizaron las cirugías a cargo del Oftalmólogo, Dr. Fernando Peña y contando con la patrulla aérea Colombiana.
14. Es importante la sensibilización e información a las personas para cirugía por que el traductor no explicó de la mejor manera la información, hubo temor en los candidatos a la cirugía. La población pensaba que se les iban a sacar los ojos.

Ilustración No. 16 - Triquiasis en Colombia



Ilustración No. 17 - Cirugía de Triquiasis en Colombia



Dr. Hollman, concluye:

Dificultades

1. Débil compromiso de las EPS.
2. No alternativas para tratamiento de entropión.
3. Alto porcentaje de fallas en la cirugía.
4. Porcentaje de inasistencia y rechazo a la cirugía.

Logros

1. Nueve mujeres con cirugía realizada.
2. Se tiene prueba de la capacidad del Hospital San Antonio en Mitú-Vaupés para realizar las jornadas de cirugía.

PREGUNTAS PARA BRASIL Y COLOMBIA

Pregunta 1. ¿Qué hacer con 2 pacientes de Vaupés-Colombia que necesitan cirugía y están en la frontera con Brasil, Javarate? ¿Sacarlos a Bogotá u operarlos en Brasil?

No hay ningún problema con que Brasil facilite las cirugías. Pero es necesario definir los procedimientos diplomáticos que deben seguirse, y de coordinación entre los dos países, sobre todo entre los ministerios de salud. Es necesario preguntar este tipo de procedimiento, pero si fueran operados en Brasil, ellos estarían bajo supervisión de cirujanos Brasileños.

Pregunta 2. ¿En lugares de difícil acceso, convendría usar suturas que se disuelven?

Si, totalmente. Recientemente un artículo de una prueba clínica demuestra que son equivalentes las suturas que se disuelven a las removidas, eso sería una alternativa a los costos de ir y venir para que las suturas sean retiradas, sobre todo en zonas de difícil acceso. Los cirujanos tendrían que tener ese conocimiento.

PREGUNTA PARA COLOMBIA

Pregunta 3. ¿Los reportes de la cirugía son por persona o por ojo?

Son por persona. Fueron 14 cirugías realizadas.

PREGUNTA PARA MEXICO

Pregunta 4. ¿Es el mismo cirujano el que realiza todas las intervenciones?

Hay pocas cirugías nuevas. El Dr. Flores es el certificado a continuar las intervenciones al encontrar casos nuevos.

PREGUNTA PARA GUATEMALA

Pregunta 5. ¿En qué lugar se realizará la cirugía en Guatemala?

La Comisión Nacional para la Salud Ocular 2020 de Guatemala será la responsable y además definirá quiénes son las personas que realizarán la cirugía y su seguimiento.





Foto: San Lucas Tolimán,
Sololá, Guatemala.
Oscar Figueroa.

Sesión 5
Monitoreo y evaluación de los Programas de Eliminación de Tracoma.
Como evaluar el avance hacia la meta de eliminación de la ceguera por Tracoma.

Presenta: Dra. Beatriz Muñoz. Indicadores de impacto de eliminación: Conceptos y definiciones, periodicidad de las evaluaciones de impacto. Johns Hopkins University. DANA Center, Centro Colaborador de la OMS.

Aspectos

Monitoreo:

- Proceso de registrar / vigilar el funcionamiento día a día de un programa para asegurarse que marcha de acuerdo a los planes previstos.
- Recolección de datos (indicadores) a intervalos periódicos.
- Establecer si el progreso del programa es compatible con los objetivos finales.
- Numero de cirugías de triquiasis / mes.
- Aumento anual de letrinas / comunidad.

Evaluación:

- Establecer los logros del programa comparándolos con los objetivos iniciales.
- Distintos tipos de evaluación ocurren durante la fase de implementación para medir avances parciales de los componentes.
- Evaluación del proceso total.
- Disminución de la prevalencia de TF después de un periodo justificado de años de funcionamiento del programa.

Ilustración No. 18 - Tipos de Indicadores a usar Cirugía de Triquiasis



Metas Finales de Intervención

Cirugía de Triquiasis

Triquiasis < 1/1000 a nivel de Distrito - UIG: Número total casos de triquiasis a operar, cálculo:

1. Establecer la población a riesgo.
2. Prevalencia de triquiasis en mayores de 15 años.
3. Prevalencia en la población total (1/2) prevalencia en mayores de 15 años.
4. Calcular # casos en la población Nota: # de casos ≠ # cirugías (50 a 70% casos son bilaterales).

Ilustración No. 19 - Tipos de Indicadores a usar Distribución de Antibiótico



Metas Finales de Intervención

Antibióticos

Coberturas anuales > 80% en 100% de las comunidades a riesgo - UIG:

1. Numero de comunidades que requieren tratamiento.
2. Numero de tratamientos antes de re-evaluar.
3. El número depende del nivel de endemicidad antes de empezar el programa.

Ilustración No. 20 - Tipos de Indicadores a usar Limpieza de la cara



Limpieza de Cara

Coberturas anuales >80% en 100% de las comunidades a riesgo - UIG:

1. Caras Limpias > 80% niños con caras limpias UIG : Número de comunidades que requieren programas de promoción de salud orientados a mejorar higiene personal.
2. Comunidades con 'S' y 'A'.
3. Comunidades con TF 5% -10%.
4. Comunidades con TF <5% después de 'S' y 'A'.

Nota: para asegurar que la prevalencia permanece a bajos niveles sin ayuda de antibióticos.

Ilustración No. 21 - Tipos de Indicadores a usar Mejoras del Ambiente



Metas Finales de Intervención

Limpieza de la cara, mejoras ambientales, acceso a agua letrinas.

UIG: Numero de comunidades que requieren intervenciones:

1. Letrinas a construir.
2. Nuevas fuentes de agua.

Ilustración No. 22 - Objetivos Finales de la Intervención



Ilustración No. 23 - Evaluación del Impacto Periodicidad

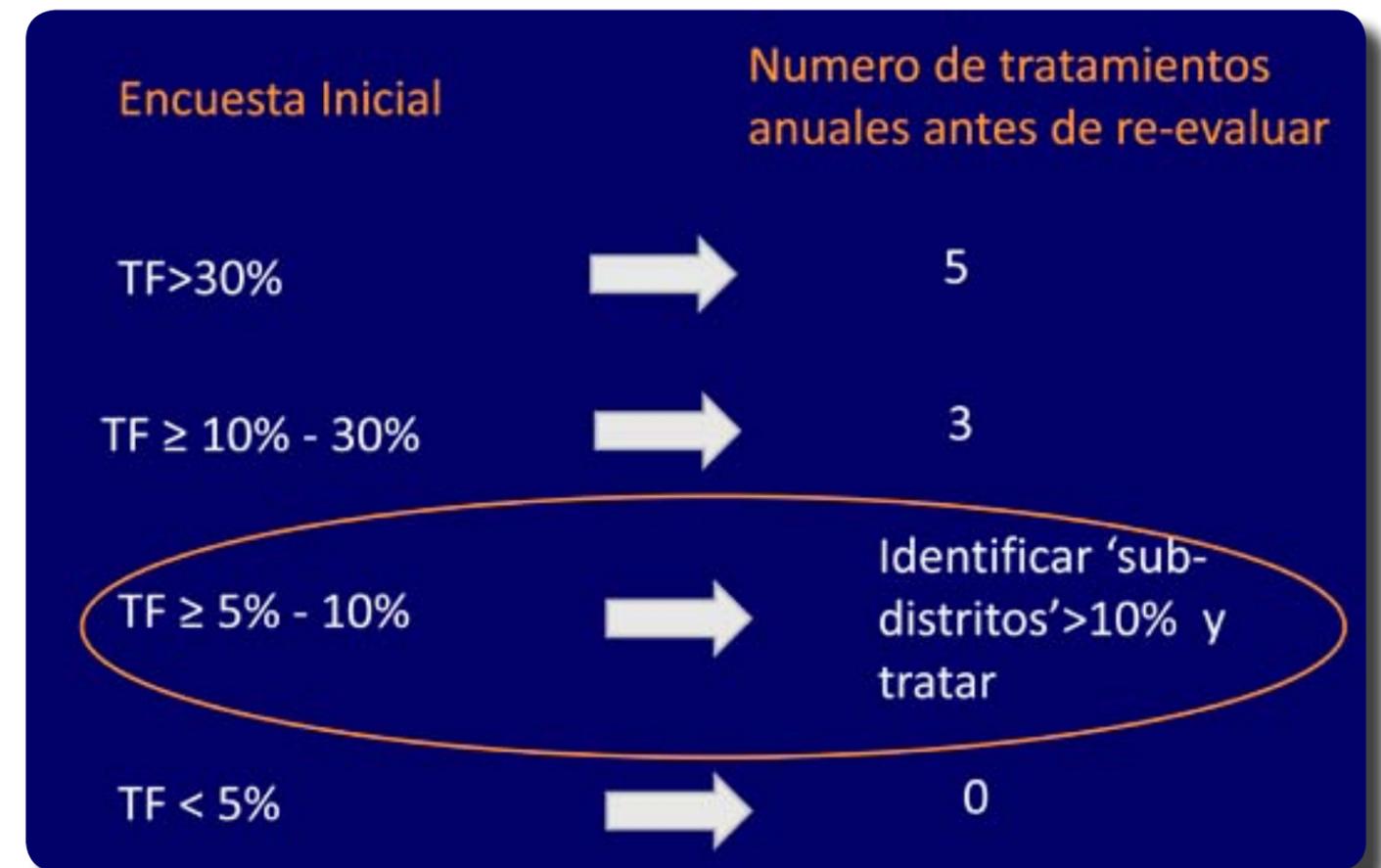


Ilustración No. 24 - Prevalencia a nivel distrital: TF: 7.5% ± 2%

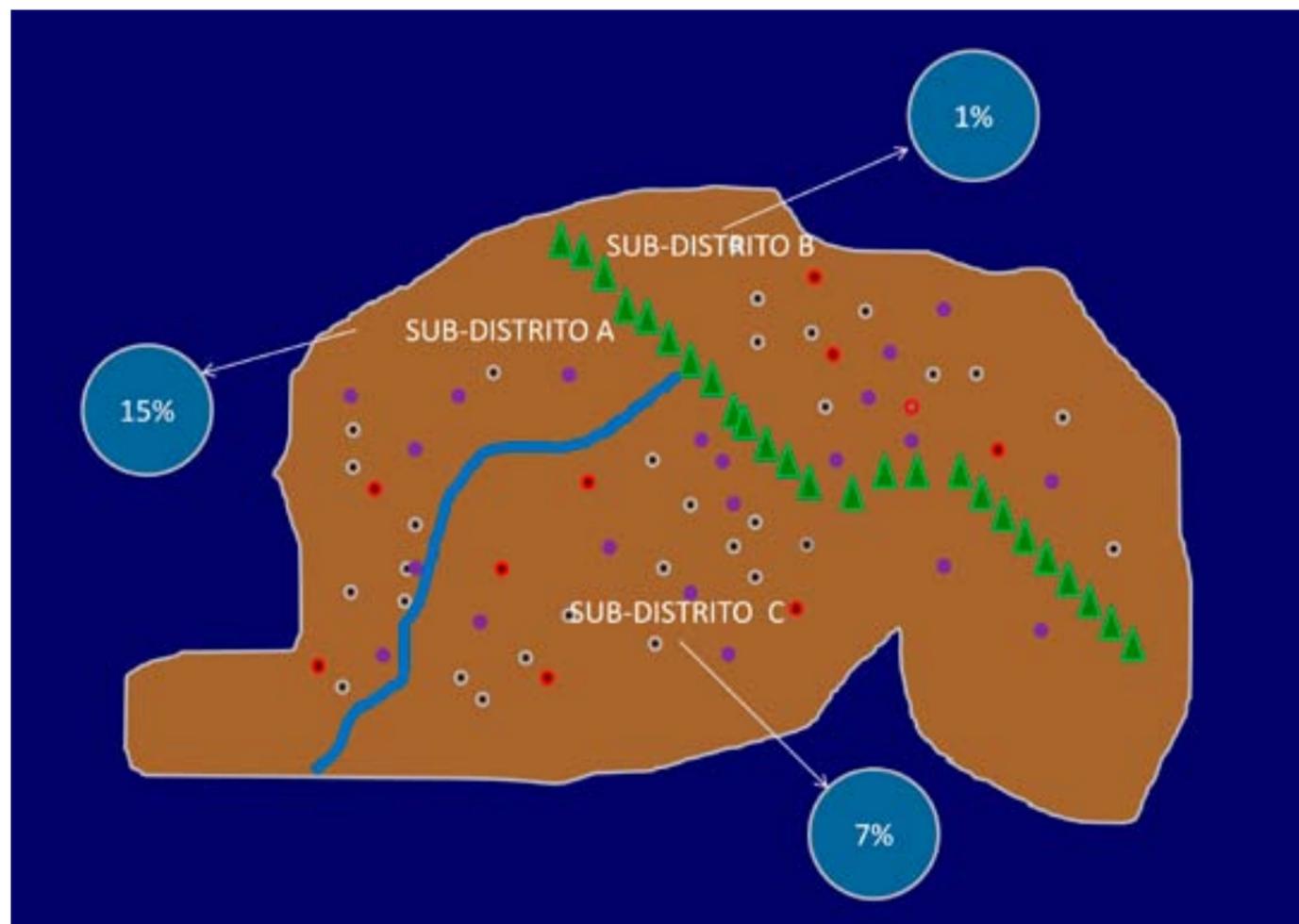


Ilustración No. 25 - Sumario

Sumario

Indicadores para el monitoreo y evaluación de 'SAFE'

- Proceso (fase inicial).
- Desempeño.
- Impacto.
- Estimación de las metas finales de intervención (UIG).
- Directivas de cuándo evaluar el impacto del programa en su totalidad.



PREGUNTAS

Pregunta 1. ¿Qué pasa en un distrito cuando la prevalencia es de 7%? La OMS determina que se identifiquen las comunidades afectadas. La situación de cada comunidad puede ser variante. Si el número es reducido se recomienda tratamiento masivo.

Pregunta 2. ¿Si hay comunidades con mayor prevalencia cómo se debe de tratar? El tratamiento es masivo también.

Pregunta 3. ¿Si un distrito tiene prevalencias altas, han estudiado los lugares colindantes para determinar características similares?

Se comenta que en Latinoamérica y el Caribe no se ha realizado esto.

Se comenta que hay que mantener la vigilancia.

En otro apartado, se comenta que para monitorear el progreso en actividades de higiene facial, como las caras limpias, es posible monitorear el tema de secreciones nasales. Para evaluar las caras limpias hay una serie de fotografías de referencia, en las cuales se determina la presencia de secreción ocular y la secreción nasal.

La mayoría de los niños no tienen los hábitos de higiene adecuados, y tenemos que utilizar otro abordaje para mejorar la educación. Por ejemplo, enseñar a la familia que compartir toallas sucias, es una forma de reinfección para todos los miembros de la casa.

Pregunta 4. ¿Puede haber diferencias de prevalencia en los lugares que tienen buen indicador de caras limpias frente a los que no la tienen?

Si las personas comparten todo, duermen juntos y sin hábitos de higiene adecuados, puede haber diferencia entre los lugares independientemente de si las caras de los niños están sucias o limpias.

Se comenta que en los signos con los que se califica si una cara es limpia o no son claves, por ejemplo en África todas las personas tienen polvo en la cara pero no tenían tracoma.

Se comenta que Guatemala cuenta con un calendario Mi Familia Limpia y Casa Sin Basura ¡tu salud asegura!, el cual cuenta con 10 indicadores (cara limpia, manos limpias, casa limpia, patio limpio, basura tapada, letrina limpia, toneles y botes vacíos tapados, animales en corral, agua segura para consumo), que se usa como apoyo a la educación y prevención de tracoma.

Brasil cuenta con un subsidio a las personas, como una mujer sola, una mujer embarazada y ancianos, pueblos indígenas, y en estos programas de subsidios condicionados se promueve que las familias mejoren sus hábitos de higiene incluyendo la compra de jabón, ropa.

No todos los factores de riesgo de tracoma son comunes en las diferentes comunidades y países, entonces será necesario que se haga la caracterización propia y así se definan cuáles son las metas finales de intervención por cada componente de la estrategia SAFE.

Pregunta 5. ¿Se podría estandarizar los indicadores de todos los países con los indicadores globales?

La guía para gerentes de Tracoma tiene la información de cada componente, define claramente cuáles son las metas finales de intervención para cada componente, así como los objetivos anuales, por lo cual es necesario que cada país determine cuáles son sus propias metas finales de intervención (de acuerdo con las condiciones epidemiológicas y progreso hacia la eliminación del tracoma), y esto les dará un panorama claro de cuántos años serán necesarios para la implementación de acciones por cada componente de la estrategia SAFE. Lo importante es que cada país haga el plan adaptado a sus necesidades, que sea un plan factible, medible, consistente y práctico.

Pregunta 6. ¿Cada país tiene zonas geográficas con focos de tracoma que en tamaño, extensión y dispersión son diferentes, cómo se determina entonces la unidad de intervención del plan de Tracoma?

Las guías de la OMS indican que cada país debe determinar cuál es el área geográfica y la situación epidemiológica del tracoma. Inicialmente se indica que se identifique a nivel de distrito que para el caso de tracoma es un área con una población entre 50,000 a 60,000 personas, pero es claro que la denominación de distrito no siempre es homogénea entre los países, por lo tanto cada país debe definir claramente lo que se considera como “distrito” según lineamiento de OMS.

MEXICO:

Presenta: Dra. Alejandra Martínez. Subdirectora de Programas Preventivos del Instituto de Salud del Estado de Chiapas - ISECH.

Propuesta para la Eliminación del Tracoma 2012

Objetivos

Eliminar el Tracoma como causa de ceguera y como problema de salud pública en el estado de Chiapas, para el año 2012.

La Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA51.11 establece los siguientes criterios:

- a. Criterios Epidemiológicos.
- b. Criterios Programáticos.
- c. Criterios de Servicios de Salud.

A continuación se describen los avances en Chiapas en cada uno de éstos criterios:

a. Criterios Epidemiológicos

- I. En niños de 1 a 9 años, la prevalencia de TF (tracoma activo, folicular) es inferior al 5% a nivel de la comunidad. (2002 al 2011).
 - Se ha realizado búsqueda de casos activos durante la visita casa a casa y revisión oftalmológica en planteles educativos.

Tabla No 6 - Prevalencia de niños de 1 a 9 años

Prevalencia 2002-2011	Huixtán	Tenejapa	San Juan Cancuc	Chanal	Oxchuc	Total
1-9 años Casos	9	51	19	6	40	125
Casos	0.39	0.88	0.43	0.33	0.62	0.6

- De igual forma se ha realizado tratamiento farmacológico (Azitromicina) a los casos activos detectados y a sus contactos.

Tabla No 7 - Prevalencia de niños de 1 a 9 años con tratamiento farmacológico

Tratamientos otorgados	Municipio					Total
	Huixtán	Tenejapa	San Juan Cancuc	Chanal	Oxchuc	
2010	15	210	35	42	119	421
2011	26	235	65	27	97	450

- Seguimiento a los casos activos cada 3 meses, para determinar su estadio clínico y su clasificación.
- Durante el 2011 se realizó la revisión al 100% de todos los casos de Tracoma registrados en censo nominal.

2. En todas las edades de la población, la prevalencia de TT (Triquiasis Tracomatosa) no operados debe ser inferior al 0.1%.

- Solamente se hicieron 7 cirugías de primera vez con TT, con una prevalencia de 0.03%.
- Entre el 2010 y 2011, se operaron a 81 pacientes con TT, 75 fueron re-intervenciones y 6 cirugías de primera vez.
- Se ha realizado intensificación de campañas quirúrgicas (cirugía oftalmológica, reconstructiva).

- Se han realizado entre los años 2010 - 2011, 7 campañas quirúrgicas en los municipios de Oxchuc y Tenejapa, intensificándose estas campañas durante la 7ª y 8ª Semana Regional de Tracoma.

Ilustración No. 26 - Seguimiento de casos de Triquiasis



- El ISECH ha realizado los procesos necesarios para reconquista de pacientes (incentivos).
- El 21 de marzo del 2012 se realizó una intervención quirúrgica en el Hospital Regional "Rafael Pascacio Gamboa" a paciente con Triquiasis Tracomatosa (TT) del Municipio de Chanal.
- Campañas programadas para el 2012:
 - Abril.
 - Junio.
 - Septiembre.
 - Octubre.

Ilustración No. 28 - Cirugía en el Municipio el Chanal



Ilustración No. 27 - Criterios Epidemiológicos Dos



- Se realizan acciones para promoción familiar sobre Tracoma, sus determinantes y los cambios que contribuyen a controlarlo.
- Orientación sobre Tracoma, transmisión y prevención en las escuelas.
- Sensibilización a pacientes con TT para aceptación de cirugía.

Ilustración No. 29 - Orientación sobre Tracoma, transmisión y prevención en las escuelas



3. Criterios Programáticos

- Existencia de programas o actividades en curso sobre agua y saneamiento.
- Fortalecimiento de la red social de combate al Tracoma.
- Plan Hídrico de Chiapas que fortalece las acciones y programas orientados a la conservación, aprovechamiento y valoración del vital líquido atendiendo al Objetivo VII de Desarrollo del Milenio de la ONU “Sostenibilidad del Medio Ambiente”.

Ilustración No. 30 - Criterios Programáticos



- Fomento y apoyo de iniciativas con los sectores sociales, educativos académicos y ONG's que comprometan al fin común de la eliminación del Tracoma.
- Acercamiento con sectores que trabajen en saneamiento e infraestructura en agua para priorizar recurso en la zona endémica.

Ilustración No. 31 - Criterios Programáticos Dos



4. Criterios de Servicios de Salud

- Evidencia de prestación de servicios quirúrgicos de triquiisis, acompañados de acciones de educación y movilización social.
- Sistema de información que corrobora la prestación de servicios a pacientes con TT.
- Desarrollar un plan de comunicación educativa (perifoneo, pinta de bardas, periódicos murales, spots de radio).
- Crear, reproducir y distribuir material de difusión de Tracoma a nivel local.
- El personal de salud de los municipios endémicos deberán ser capaces de referir los casos sospechosos al punto más cercano para su examen y posterior cirugía.
- Capacitación a comités municipales de salud y locales sobre la importancia del Tracoma, su control, tratamiento farmacológico y quirúrgico.
- Capacitación en grupos de amas de casa con apoyo de titulares del programa oportunidades de la importancia de los signos y síntomas del Tracoma en sus diferentes estadios.
- Promover la referencia de personas sospechosas a Tracoma al personal de Brigada.

Ilustración No. 32 - Criterios de Servicios de Salud



PREGUNTAS PARA MEXICO

Pregunta 1. ¿Cómo la Secretaria de Salud del Estado de Chiapas, ha impulsado el programa de Tracoma? ¿Quiénes son los demás actores involucrados?

La Secretaria de Salud vinculó el plan de tracoma a los objetivos del Milenio y por lo tanto, a todos los actores relacionados con Educación, Agua y Saneamiento. Esto implica que se hacen reuniones con la Secretaria del Agua y Pueblos Indígenas.

Pregunta 2. ¿Cómo se sabe cuál es el último paso para la certificación?

Los criterios para certificación deben ser definidos por OMS. Se espera que se pueda hablar de éste tema en la Reunión Global de Tracoma que se hará en Washington, USA en el mes de mayo 2012. Se informa que el secretario de Salud de Chiapas tuvo una reunión con la Dra. Margaret Chan, Directora de OMS, y solicitó que se determinaran los lineamientos finales para que Chiapas pueda certificarse libre de tracoma, y así concluir con dicho proceso.

Pregunta 3. ¿Por qué no proponer que México presente de forma oficial a OPS su dossier y solicite la definición de cómo puede avanzar hacia el cumplimiento de los criterios técnicos para la certificación?

Se sugiere a los participantes de México que el país tome la decisión de que el ISECH envíe a la Secretaría de Salud Federal el dossier y luego de allí el país lo envíe oficialmente a OPS en México y OMS, indicando que se ha cumplido con los criterios establecidos en las guías de OMS, y solicitar una respuesta sobre la definición de los pasos para acceder a la certificación.

Pregunta 4. ¿México ha presentado información sobre acciones para promover caras limpias, pero no tienen dato sobre el porcentaje de los niños que realmente tienen caras limpias, por lo cual podría decirse que tienen los indicadores de proceso pero no tiene el indicador final de resultado?

El ISECH informa que no tienen un indicador para monitorear las caras limpias, sino que realizan las actividades de educación y promoción y hacen seguimiento posterior. Se sugiere al ISECH que tal vez puedan establecer un indicador para realmente medir el impacto de éstas acciones en las cuales invierten importantes recursos, por ejemplo usando unas fotografías o tarjetas que muestren qué se considera una cara limpia y qué no, las cuales son usadas por unos observadores entrenados para que en una muestra de niños evalúen éste indicador, y que con base en esto pueda de alguna forma medirse si realmente están teniendo un cambio.

Pregunta 5. ¿Si ustedes vincularon todo esto con los objetivos del milenio, ese informe que se hace de desarrollo del milenio les sirve para justificar el apoyo al programa y el avance en los diferentes componentes?

Si, sirve para soporte, de hecho el informe se encuentra publicado en internet e incluye los resultados y logros en escuelas, infraestructura y agua.



Foto: Parcelamiento Pampejila, San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar Figueroa.

Sesión 6

Los componentes "F" y "E" de la estrategia SAFE.

Presenta: Dr. Van Lansingh. Coordinador para América Latina de la Iniciativa Visión 2020; International Agency for the Prevention of Blindness - IAPB.

Introducción a la sesión: en esta sesión se hace un resumen de algunos puntos que se han mencionado en sesiones anteriores y que tienen que ver con los componentes F y E.

- Una cara limpia es la que no tiene ni secreción nasal, ni secreción ocular.
- Si se necesita se puede determinar de la siguiente manera: parcialmente sucia, parcialmente limpia o totalmente limpia.
- Saneamiento ambiental no es solamente llevar agua a las comunidades, sino que sea agua segura para consumo.
- Hay acciones que ya se hacen en los países y que son útiles a los componentes F y E, pero es necesario saber exactamente las cantidades por ejemplo: Cuántas letrinas, cuántas campañas, etc.
- Es importante disponer de un protocolo para cambios de conducta y cambios de comportamiento.
- En temas de acceso a agua, por ejemplo, habría preguntas que hacerse, como por ejemplo, cuál es la vida útil de un sistema de agua potable. Cuál es la capacidad de las autoridades de las comunidades para asegurar el sistema de agua potable para 15 ó 20 años. Es importante el tema de asegurar la infraestructura, sin lo

cual difícilmente habrá avances. Y aunque estos no son temas que depende se salud, si debe incluirse como parte del análisis de situación y del monitoreo y seguimiento.

- Es importante aprender de experiencias pasadas en las cuales por ejemplo, un proyecto de desarrollo rural integrado no fue posible la sostenibilidad de las acciones por que no se tuvieron en cuenta las capacidades de absorción de la comunidad y de la población, con lo cual una vez finalizado el financiamiento las acciones no continuaron.
- Los cambios de comportamiento tienen 2 componentes principales, dinero, capacidad adquisitiva de la población y educación. Lo que hace que una persona no asuma una conducta diferente, es inequidad en información, que no tiene conceptos y elementos.

MEXICO:

Presenta: Dra. Fabiola Hernández. Coordinadora estatal del Programa de Prevención y Control de Tracoma en el Estado de Chiapas.

Experiencia del Estado de Chiapas en implementación de acciones de Higiene facial y de ambiente, Componentes F y E de la Estrategia SAFE

- Se realizaron talleres y actividades de promoción de la higiene facial para interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Trabajo con escuelas:
 - Taller carita limpia.
 - Taller de detección en todo el plantel educativo.
 - Capacitación al personal docente y administrativo.

Tabla No. 8 - Actividades de Promoción de la Salud 2011

Actividad en Escuelas	Municipio					Total
	Huixtán	Tenejapa	San Juan Cancuc	Chanal	Oxchuc	
Talleres realizados	23	70	15	2	95	205
Alumnos revisados	1,332	8,996	2,291	1,030	8,300	21,949
Maestros capacitados	58	338	67	30	346	839

Ilustración No. 33 - Actividades



Día Mundial del lavado de manos



Con Agua, Jabón e Higiene el Tracoma previenes...



Actividades de Promoción de la Salud

- Día Mundial del lavado de manos.
- Actividades de promoción de la salud.

Técnica del Lavado de Cara

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TRACOMA



Humedece cara y rostro



Frota jabón en las manos



Lava cara con jabón y frotar



Enjuaga con agua



Seca con un trapo limpio

Con Agua, Jabón e Higiene el Tracoma previenes



Ambiente, Estrategia E:

Ilustración No. 36 - Mejoramiento Ambiental



Ilustración No. 37 - Pláticas de Higiene

Durante las actividades de Vigilancia Epidemiológica se realizan:

- Actividades de saneamiento básico por DIPRIS (Dirección contra Riesgo Sanitario)
- Los brigadistas colaboran con cada localidad para verificar el correcto uso de letrinas, corrales, etc.



- Pláticas a mujeres de la localidad para mejorar las condiciones de higiene en la vivienda.
- En las escuelas se realizan concursos de carteles para crear una nueva cultura con los niños de cada localidad de los municipios endémicos.

Ilustración No. 38 - Concurso de Carteles en Escuelas



BRASIL:

Presenta: Dra. María de Fátima Costa Lopes. Gerente Programa Control de Tracoma.

Experiencia de Brasil en implementación de acciones de Higiene facial y ambiente, Componentes F y E de la Estrategia SAFE:

El Plan Nacional de Eliminación del Tracoma se enfoca en:

- Limpieza facial – 600 municipios.
- Mejoras ambientales y sanitarias – 600 municipios.

Componente F (acciones Programadas para 2012)

- Producción de material educativo, para la prevención y promoción. Producción de material multimedia CD, DVD, folders y calendario.
- Implementación de acciones en el programa de Salud Escolar.
- Divulgación a través de las redes de comunicación, en especial el canal de TV Ministerio de la Educación.
- Semana de salud en las escuelas para las enfermedades desatendidas.

Componente E:

- Elaboración de Planes Nacionales y Estatales, incluyendo los Distritos Sanitarios especiales Indígenas.
- Incentivos financieros en salud para municipios con alta prevalencia de Tracoma, que se ha implementado en el periodo 2006 a 2010.

Las acciones del componente E se enfocan en:

- 600 municipios.
- Acceso al agua.
- Letrinas.

Las acciones de Plan Nacional de Eliminación de Tracoma se encuentran incluidas en Plano de Brasil sin Miseria 2011-2014 (Brasil explica en detalle en qué consiste el plan).

Ilustración No. 39 - Higiene Facial



Mapa No. 11 - Mapa de Pobreza en Brasil

Pobreza Extrema Brasil

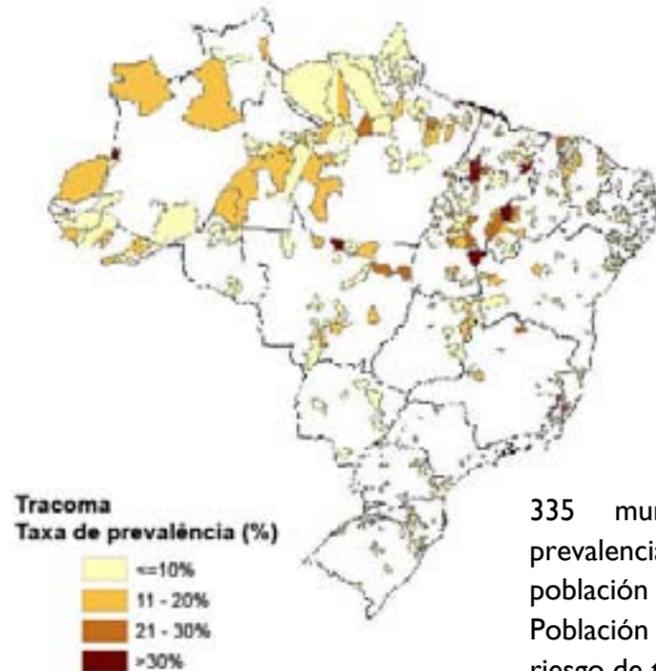


Municípios com extrema pobreza (%).
Brasil, 2010



Mapa No. 13 - Mapa de Tracoma en Brasil

Tracoma
Brasil, 2011



335 municipios que presentan prevalencia de tracoma >5% y con población en extrema pobreza. Población cerca de 7.000.000 en riesgo de tracoma.

PREGUNTAS

Pregunta 1. ¿Cuál es la frecuencia con la que se hace la limpieza de cara con los maestros o promotores de salud en Chiapas? ¿Qué problemas tuvieron al aplicar las acciones en este componente? ¿Contaron con apoyo en este componente?

Los brigadistas van una vez a la comunidad, sin embargo el maestro se capacita para mejorar la destreza de detección de tracoma y otras enfermedades. Tal vez no todos los días se lavan la cara. Lo que se hace es capacitar al maestro y el maestro le pide al niño que llegue limpio a la escuela. Cuando no hay agua en la actividad los maestros la llevan, si no, cada niño tiene que llevar una botella de agua.

Pregunta 2. ¿Lo de casa limpia tiene alguna política estatal en Chiapas, se cuenta con algún financiamiento?

Si, tiene una política estatal, la comunidad cuenta con algunos programas como el de Oportunidades y si se cuenta con financiamiento.

Pregunta 3. ¿Están involucrados otros Ministerios de México, económicamente, técnicamente? ¿Se forman niños líderes?

Están involucradas diferentes Secretarías y se apoyan económicamente y con recursos humanos, se lleva a cabo reuniones para coordinar cada 2 meses.

Si hay niños líderes, tenemos las brigadas de escuela limpia, en la misma se da insumos como gorra y casaca que son las herramientas que utilizan para atraer a los demás niños, casi siempre son niños de 5to y 6to año, que son los más grandes.

Pregunta 4. ¿Cómo hacen para obtener el financiamiento de los incentivos en Chiapas? Actualmente SEDESOL y el Programa de Oportunidades son los que financian los incentivos, así mismo SEDESOL en 2010 decidió contratar personal para mejorar la obtención de resultados.



Foto: La Cruz, San Lucas Tolimán, Sololá, Guatemala. Oscar Figueroa.

Sesión 7

Papel de instituciones, socios y actores clave en las iniciativas global y regional de eliminación de Tracoma.

Presenta: Dra. Beatriz Muñoz. Johns Hopkins University, DANA Center.

Dana Center for Preventing Ophthalmology, Centro Colaborador de la OMS.

La misión del DANA Center es:

- La prevención de discapacidad visual y ceguera alrededor del mundo, a través de: investigación utilizando un enfoque de salud pública, y entrenamiento de la nueva generación de líderes en salud pública en el área de oftalmología.
- Es un centro de colaboración de la OMS para la investigación en Tracoma, y apoya en elucidar los mecanismos asociados con el Tracoma que produce ceguera, enfocándose principalmente en: magnitud (prevalencia, mapeo), factores de riesgo (activo, triquiasis), transmisión, cirugía, efectividad de intervenciones para el control, y programas encaminados a la eliminación.
- El Dana Center pone a disposición de los países de LAC, su capacidad para apoyar en lo que se estime conveniente.

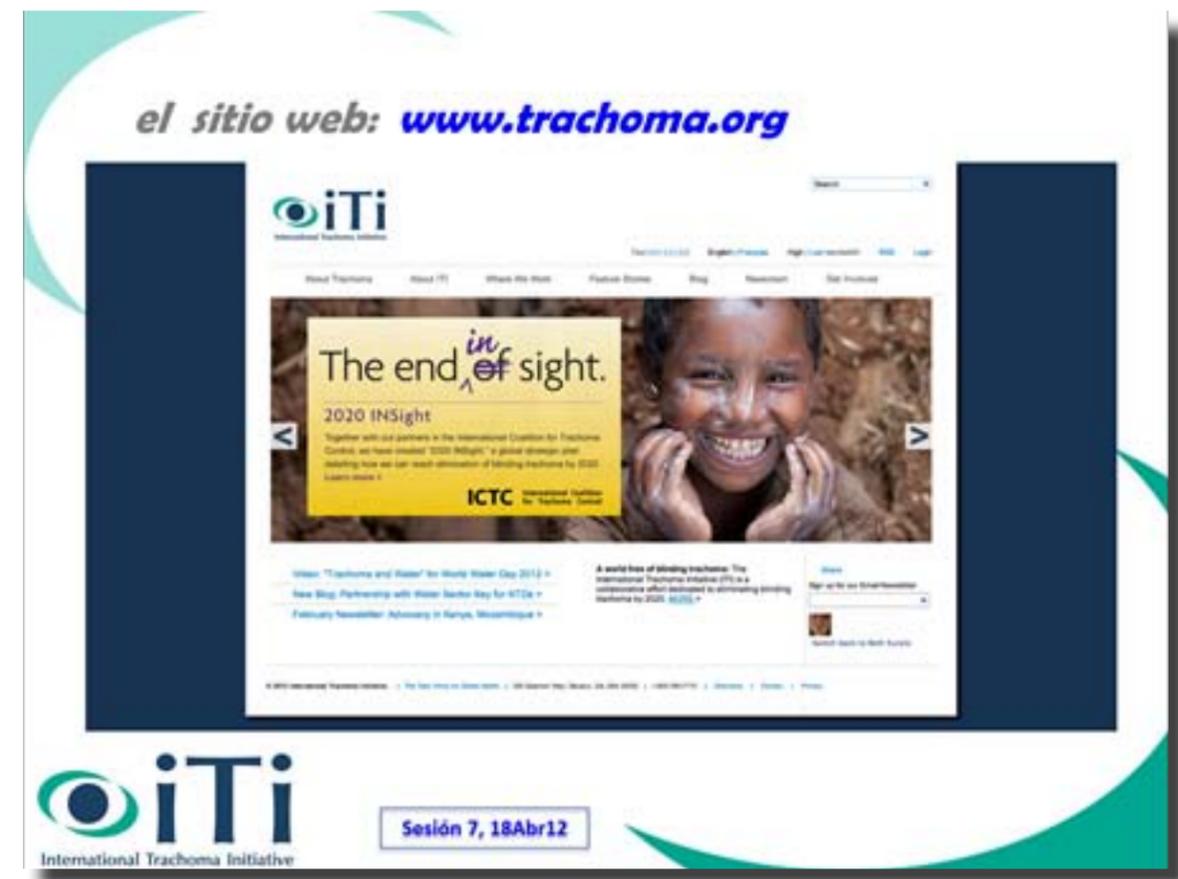
Colin L. Beckwith. Deputy Director. International Trachoma Initiative. ITI

International Trachoma Initiative

El rol principal de ITI tiene que ver con:

- Ser interlocutor para la solicitud y la entrega del antibiótico.
- Asistencia técnica para el proceso de solicitud y para la gestión de la cadena de suministros.
- Gestión de información y datos relacionados.
- Coordinación y colaboración en redes y en asocio.
- También brinda asesoría técnica para el plan de acción para la distribución de antibióticos, presentar adecuadamente la solicitud de donación en especial lo relacionado con el llenado del formulario.

Ilustración No. 40 - Sitio Web ITI



Comentarios

Se comenta que ITI cuenta con un equipo que puede dar la asesoría técnica, y ayuda a la preparación de la solicitud de donación de medicamentos.



Presenta: Dr. Van Lansingh. Coordinador para América Latina de la Iniciativa Visión 2020; International Agency for the Prevention of Blindness - IAPB

La Iniciativa Global para la Eliminación de la Ceguera Evitable al 2020:

Es una alianza entre los países, OMS y la IAPB, cuyo objetivo es intensificar y acelerar las actividades actuales para prevención de la ceguera hasta alcanzar la meta de eliminación de la ceguera evitable para el año 2020.

Los principales resultados previstos son:

- Focalizar acciones en las prioridades.
- Coordinación: “La sinergia de trabajar juntos”.
- Abogacía: “La visión como un derecho humano fundamental”.
- Movilización de recursos: “poner la prevención al más alto nivel de la Agenda de Salud”.

Visión 2020 – El derecho a la Visión:

- Iniciativa que fue lanzada el 18 de febrero de 1999 por la OMS.
- La meta principal es construir y sostener un sistema integrado de atención en salud visual, en el cual se busca la integración de acciones en los servicios de salud existentes, brindar cuidados y atención de alta calidad en lo que tiene que ver con la visión para todos aquellos que lo necesiten.

Los principales retos que se enfrentan son:

- Inequidades en el acceso a servicios de salud.
- Calidad en la atención en salud.
- Tener mejores indicadores para seguimiento.
- Adaptar modelos a cada situación territorial.
- Integración de acciones en plataformas ya existentes.
- Competencia entre prioridades: impedimentos visuales vrs carga de enfermedad por otras causas y enfermedades emergentes.

El plan estratégico incluye:

- Focalizar acciones a nivel nacional y sub-nacional.
- Monitorear, evaluar y documentar los logros.
- Enfrentar los temas relacionados con equidad y calidad.
- Innovación para encontrar nuevas oportunidades de financiamiento.

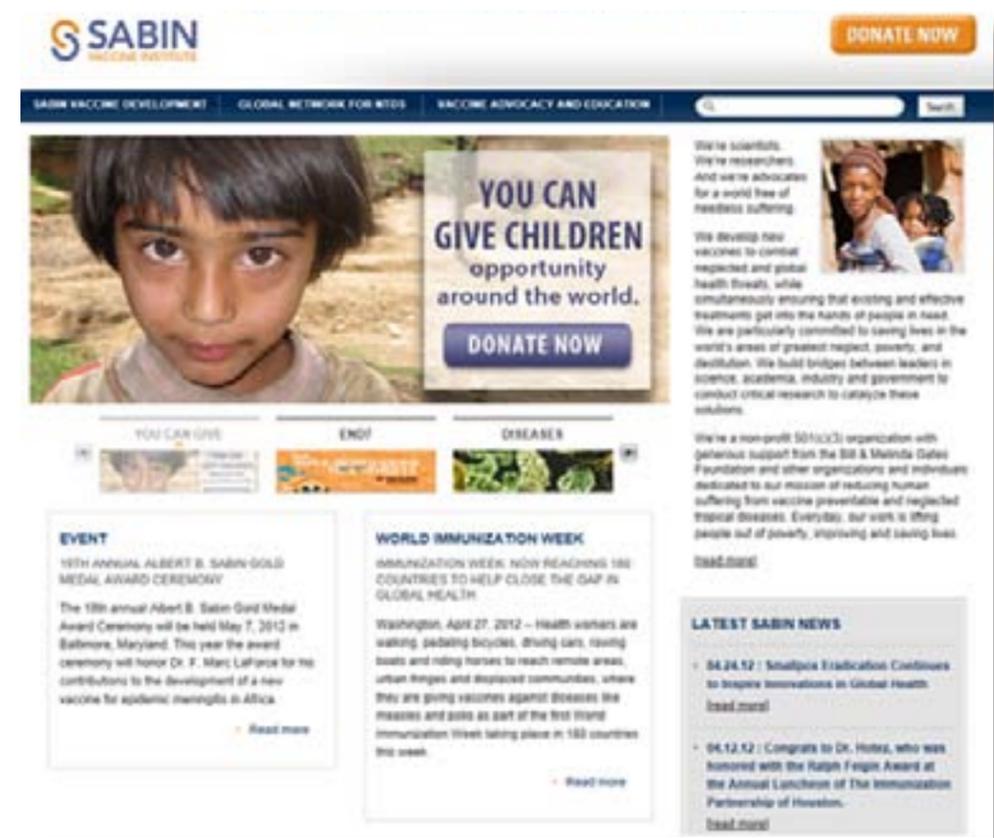
El tracoma es incluido en algunos países como parte de sus planes para alcanzar las metas en la Iniciativa Visión 2020, por lo tanto si este es un marco que los países de LAC vean como útil para impulsar aún más el tema de la eliminación, se pone a disposición el Dr. Van para cooperar en lo que sea necesario.

Licda. Karen Palacios. Instituto de Vacunas SABIN / Red Global de Enfermedades Tropicales Desatendidas (GNNTD)

Áreas de trabajo de SABIN / GNNTD:

- SABIN es dirigido por el Dr. Peter Hotez, quien es reconocido ampliamente por su trabajo en las enfermedades infecciosas desatendidas.
- El instituto tiene una amplia experiencia en el desarrollo de vacunas, apoyo a la implementación y ampliación de coberturas en la Región.
- Tienen vinculación con proyectos de vacuna para Esquistosomiasis.
- Investigación sobre vacuna para la Malaria en Chiapas, México.
- Se cuenta con apoyo de la Fundación GATES, para las enfermedades desatendidas, que es el marco en que se ha venido apoyando a los países de LAC desde 2009.
- SABIN/GNNTD en alianza con el Banco Interamericano de Desarrollo-BID y la OPS, trabajan en una alianza en LAC para impulsar la agenda que facilite el logro de las metas de control y eliminación de las EID. Por lo cual tiene importantes relaciones con otras organizaciones y donantes que están interesados en invertir recursos para estos fines.
- Dentro de la alianza con el BID y OPS, SABIN/GNNTD tiene el rol de abogacía, comunicación y difusión de información que facilite no solo dar a conocer los avances de la Región, sino atraer la atención de aliados y socios que quieran hacer parte del trabajo por la metas fijadas en la Región por los Estados Miembros de la OPS en la Resolución CD49.R19 para el control y eliminación de las EID.

Ilustración No. 41 - Sitio Web Vacunas SABIN



Cuadro No. 1 - Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma

Actividad	Tarea	Costos	Fechas	Solicitud Técnico Financiero
Implementación la Estrategia SAFE en Sololá en 2 Municipios de Sololá	Talleres de revisión del Plan en Sololá			Johns Hopkins. Visión 2020. OPS. 43,000.00
	Talleres de capacitación clínica (Detección), promoción y distribución de medicamento.			
	Jornadas Oftalmológicas de Cirugía. (Previo necesitamos la capacitación de 3 oftalmólogos Certificación.		Mayo y Junio	
	Protocolo de Promoción cambios de comportamiento			
	MSPAS Programas y Área de Salud de Sololá			

Sesión 8

Planes de trabajo para el periodo 2012-2013.

Se solicita a los países trabajar cada uno en sus planes de actividades 2012-2013. A continuación se presenta el plan de actividades por país.

GUATEMALA:

Presenta: Licda. Gloria Serrano. Sub-coordinadora del Programa de Discapacidad, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Plan de vigilancia, control y eliminación de Tracoma en Guatemala, mayo de 2012 a abril de 2013

El Plan de Guatemala se focalizará principalmente en:

- Revisión del plan de seguimiento para la distribución de medicamento de acuerdo a la estrategia SAFE, con sus costos.
- Capacitación clínica a oftalmólogos designados por la Comisión Nacional para la Salud Ocular en respuesta a los casos de Triquiasis. Mayo 2012.
- Capacitación de cirujanos para apoyar la realización de Cirugías para Triquiasis.
- Capacitación en promoción para personal de salud.
- Movilización de personal de salud a la comunidad.
- Actividades claramente definidas, realizadas, factibles y que complementen la acción de país.

Cuadro No. 2 - Cooperación Financiera

Actividad	Tarea	Costos	Fechas	Solicitud Técnico Financiero
Estrategias para evaluar la SAFE	Elaboración de Protocolos para Evaluación y Vigilancia MSPAS - CNE		Mayo y Junio	OPS - OMS
Conformación de un Equipo de Enfermedades Desatendidas	MSPAS		Mayo y Junio	
Materiales de Promoción	Cuñas radiales, divulgación cable local, radio y prensa. Impresión y distribución		Mayo y Junio	Q 30,000.00 Gestión intersectorial, CBM Q 51,000.00 OPS
Coordinación Intersectorial	Talleres BID	Q12,000.00 MSPAS	Junio	
Determinación de otras áreas prioritizadas de Tracoma en el País	Coordinar con el Comité de Enfermedades desatendidas del MSPAS			Johns Hopkins University

MEXICO:

Presenta: Dra. Fabiola Hernández. Coordinadora estatal del Programa de Prevención y Control de Tracoma en el Estado de Chiapas.

A continuación se presenta la programación de actividades del Estado de Chiapas para Tracoma 2012-2013

27 de abril de 2012

Campaña de cirugías en el Centro de Salud con Hospitalización de Oxchuc a pacientes de primera vez.

Cuadro No. 3 - Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma en México

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Solicitud a OMS del Proceso de Certificación	ISECH CENAPRECE OPS	ISECH CENAPRECE OPS	ISECH CENAPRECE OPS	ISECH CENAPRECE OPS	ISECH CENAPRECE OPS	ISECH CENAPRECE OPS
Evaluación y revisión de indicadores	Cooperación con oficinas de OPS (Nivel Federal, CENAPRECE, ISECH)					
Revisión a pacientes en censo nominal	X	X	X	X	X	X
Cirugías de Tracoma		Campaña de cirugías		Campaña de Cirugías		Campaña de Cirugías
Revisión al 90% de escolares de la zona endémica de Tracoma	X	X	X	X	X	X
Búsqueda activa casa a casa de casos de Tracoma	X	X	X	X	X	X

Cuadro No. 4 - Continuación del Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma México

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Otorgar Tratamiento antibiótico	X	X	X	X	X	X
Capacitaciones (diversas)			Personal del ISECH, SEP, CDI, IMSS		Personal del ISECH, SEP, CDI, IMSS	
Talleres masivo de limpieza facial						X
Reuniones de la Red de Tracoma		X		X	X	
Actividades de Promoción de la Salud	X (Promoción de la Salud)	X (Promoción de la Salud)	X (Promoción de la Salud)	X (Promoción de la Salud)	X (Promoción de la Salud)	X (Promoción de la Salud)

Octubre 2012

Semana Regional del Combate al Tracoma

- Intensificación de las actividades de prevención y búsqueda intencionada de casos, promoción de la salud, talleres escolares (limpieza facial), concurso de carteles, revisión oftalmológica.

Noviembre - diciembre 2012

- Evaluación de las actividades realizadas hasta el mes de octubre y definir cuales deberán reforzarse para mejorar las estrategias del programa.

Cuadro No. 5 - Continuación del Plan de Vigilancia, Control y Eliminación de Tracoma México 2012

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Programa de Trabajo 2013 y Estrategias a definir	X			
Actividades de vigilancia Epidemiológica	X	X	X	X
Cirugías			Campaña de cirugías	
Reuniones de la Red de Tracoma	X		X	

COLOMBIA:

Presenta: Dr. Hollman Miller. Coordinador Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Infecciosas Desatendidas en el Departamento del Vaupés.

A continuación se presenta la programación de actividades del Vaupés para Tracoma 2012-2013

Actividades a largo plazo

Gestión para la superación de inequidades en salud en la población de las comunidades del foco de Tracoma en Colombia.

- 2012- 2015 restablecimiento de la atención primaria en salud con el aseguramiento de la cobertura con servicios de primer nivel de atención en las 27 comunidades foco.
- 2012 – 2013 aseguramiento de la atención primaria en salud en las 10 comunidades indígenas de mayor prevalencia de tracoma activo.
- 2013 - 2014 aseguramiento de la atención primaria en salud en las 17 comunidades indígenas que conforman el foco conocido.
- 2014 – 2015 aseguramiento de la atención primaria en salud en las comunidades identificadas con tracoma ocular.
- 2012 – 2013 aseguramiento de la atención primaria en salud en las 10 comunidades indígenas de mayor prevalencia de Tracoma activo.
- Contratación de 10 auxiliares de salud para la atención de las 10 comunidades de mayor prevalencia de Tracoma activo.
- Abogacía para funcionalidad en POS (Plan Obligatorio de Salud) y PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) de los auxiliares contratados.
- Aplicación de encuesta de prevalencia de Tracoma ocular y geohelmintiasis.
- Levantamiento de líneas de base para la construcción del Plan integrado e integral de Tracoma.

Componente S- Cirugías:

- Actualización de censos de candidatos a cirugías oftalmológicas (catarata, pterigión y tracoma entre otras).
- Búsqueda activa de pacientes con Entropión, TT, OC y otras patologías oculares.
- Gestión para lograr que la EPS de mayor cobertura identifiquen al oftalmólogo a capacitarse en cirugía correctiva de TT y otras patologías oculares.
- Ejecución de una jornada de cirugías en TT en Vaupés (julio- agosto 2012).
- Gestión con la ESE Hospital para el desarrollo de las cirugías oculares (preparación de áreas quirúrgicas, post-operatorio).
- Con apoyo de OPS y el programa de Tracoma de Brasil, entrenar en cirugías correctivas de TT, a un oftalmólogo de la Sociedad Colombiana de Oftalmología y un oftalmólogo de la EPS de mayor cobertura en la Amazonía.

Componente A – Distribución de antibiótico

- Apoyo a la ESE Hospital para la estructuración del programa de Tracoma ocular.
- Gestión para la financiación para el desplazamiento a las comunidades objeto de la intervención masiva con azitromicina (foco).
- Gestión de recursos para la compra de azitromicina por parte del departamento.
- Elaboración del plan de gestión de medicamentos.
- Fortalecimiento con Recurso humano (un profesional) al programa de Enfermedades transmitidas por vectores y desatendidas en Vaupés.

Se requiere apoyo de la cooperación técnica para:

- Evaluación de opciones para la financiación de recurso humano con recursos de convenios entre el Ministerio de Salud y Protección Social, OPS - (MsPs - ONGs - Agencias de Cooperación).
- Evaluación de opciones para la complementación de los recursos requeridos para la adquisición de medicamentos (antibióticos y antiparasitarios)

Componente F – Higiene Facial

- Adquisición y distribución de Kits de limpieza facial en comunidades Hiper-endémicas de Tracoma ocular en Vaupés.
- Promoción de prácticas claves en salud visual (Elaboración de material educativo para la promoción de limpieza facial, identificación de Triquiasis y promoción de cirugías oculares).

Se requiere apoyo de la cooperación técnica para:

- Apoyo financiero para la elaboración de material educativo en salud visual y Tracoma ocular con énfasis en uso del agua y limpieza facial.

Componente E – Salud ambiental

- Se enfocará el trabajo en el manejo integrado de vectores e identificación de factores de riesgo del ambiente, a fin de identificar los principales y definir actividades de intervención en el corto y mediano plazo.



BRASIL:

Presenta: Dra. María de Fátima Costa Lopes. Gerente Programa Nacional de Control de Tracoma.

A continuación se presenta la programación de actividades que Brasil espera desarrollar de mayo 2012 a abril 2013

- I. Implementación de las acciones de eliminación en el marco del Plan Integrado para el enfrentamiento de las enfermedades desatendidas.
 - Realizar la reunión de lanzamiento para la divulgación del plan entre los coordinadores de vigilancia en salud, las secretarías estatales de salud, asesores y ONGs.
 - Asesorar a los estados y municipios para la elaboración de planes estatales, en 10 estados e implementados en 15 estados.
 - Implementar monitoreos continuos para verificar la situación de los planes.
 - Llevar a cabo diez visitas de supervisión a los estados y municipios.
 - Articular las actividades con interfaces intersectoriales, educación y saneamiento.

Componente S:

- Realizar dos reuniones con el grupo técnico asesor de Triquiasis del Ministerio de Salud para la elaboración de agenda de trabajo de 2012-2013, apoyar la capacitación de Oftalmólogos, monitoreo de recurrencia de las cirugías y finalizar el manual de cirugía de Triquiasis.
- Hacer la programación de la capacitación de oftalmólogos de referencia regional de los estados.
- Apoyo a la capacitación de oftalmólogos y realización de las cirugías de TT en indígenas de Sao Gabriel da Cachoeira en las zonas de frontera con Colombia. Las actividades serán compartidas con la Secretaria Especial de Salud Indígena SESAI/ MS y SES Amazonia.
- Intensificar la búsqueda de casos de TT en los lugares de riesgo epidemiológico, que corresponde a 217 municipios prioritarios, y hacer la referencia a servicios de referencia oftalmológica.
- Capacitar al recurso humano, agentes de salud de la familia y agentes indígenas para identificar triquiasis.
- Producir material educativo para búsqueda de casos de Triquiasis en comunidades de riesgo e imprimir tarjetas de Triquiasis.
- Programar capacitaciones para los agentes comunitarios de la salud en conjunto con estados y SESAI.
- Dar seguimiento a las actividades de los componentes S, adquisición de insumos, ajustes en las metas finales y anuales de intervención del componente S en los planes de los estados y distritos especiales indígenas (DSEIS).
- Acompañar la implementación de la programación de actividades de los planes nacionales y estatales.

Componente A

- Programar las necesidades de medicación. En abril del 2012 se ha programado la realización de 300.000 tratamientos.
- Monitoreo y distribución de los medicamentos.
- Apoyar a los estados en capacitación de médicos, enfermeros y demás miembros de los equipos de salud, en conjunto con la SESAI. Programado apoyo para 10 entrenamientos.
- Revisar/ajustar las metas finales de intervención y los objetivos anuales de intervención del componente A.
- Dar apoyo logístico para la realización de tratamiento colectivo en las comunidades de difícil acceso.
- Monitorear las actividades realizadas de búsqueda activa y tratamientos realizados en los municipios y que fueron notificadas en el sistema nacional de información - SINAN NET.
- Intensificar la búsqueda de casos de TF en niños de 1 a 9 años en áreas de riesgo epidemiológico en municipios de riesgo: 217 municipios prioritarios y canalizar a referencia oftalmológica.
- Divulgación de las normas y monitoreo de tratamientos cuando se hace tratamiento colectivo de acuerdo con las prevalencias encontradas.
- Apoyo a la implementación de encuestas en estados con población indígena – 5 encuestas de prevalencia – con apoyo de convenio firmado con Fiocruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes.

Componente F

- Producir material educativo como CD y DVD, para las comunidades y escuelas en riesgo.
- Enfatizar en las necesidades de monitoreo de la limpieza de la cara.
- Producir y divulgar orientaciones sobre medidas de impacto.
- Articulación con el Ministerio de Educación y el Programa de Salud Escolar para desarrollar acciones de educación en salud en las escuelas.
- Producir en conjunto con la SESAI el material educativo en lenguaje adecuado para las comunidades indígenas.

Componente E

- Integración con sectores de saneamiento básico para la definición de áreas prioritarias.
- Participación en la conducción de las actividades de saneamiento y acceso al agua en el plan de Brasil Sin Miseria.
- Monitorear las acciones del plan rural de saneamiento, incluyendo aquellas que están en el plan de Brasil Sin Miseria, en los planes estatales de eliminación y planes de DSEIS.

Necesidad de apoyo desde la cooperación técnica:

- Apoyo de ONGs para desarrollo del plan integrado.
- Asesoría para implementación de técnica de PCR para Clamidia ocular en los laboratorios de referencia.
- Apoyo de la OPS en la formulación, implementación y monitoreo del plan nacional de eliminación.
- Articulación con Colombia en la conducción de actividades de trabajo integrado en las áreas indígenas de frontera.

Recomendaciones al Programa Regional de EID

- Elaboración y divulgación del documento producido en esta reunión, en el cual se escriban las diferentes orientaciones y los compromisos adquiridos para la eliminación del Tracoma con causa de ceguera, así como la necesidad de desarrollo de los planes nacionales de Visión 2020 en los cuales también se incluyan los componentes de la eliminación del Tracoma. Es necesario que se den orientaciones sobre tratamiento cuando las prevalencias se encuentran entre 5% y <10 %.

Anexos

Anexo 1



Segunda Reunión Regional de los Gerentes de Programas de Eliminación del Tracoma en las Américas
 Ciudad de Guatemala, Guatemala
 16 a 18 de abril de 2012

Organizada por el Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y el Programa Regional de Prevención de la Ceguera y Salud Visual de la OPS

Agenda

Lugar de la reunión: Hotel Holiday Inn Guatemala, 1ª Avenida 13-22, zona 10, Ciudad de Guatemala, Teléfono (502) 24210000, Fax (502) 24210025, www.hinn.com.gt

Objetivo de la reunión

Presentar y analizar los avances a nivel Regional y Nacional hacia el logro de la meta de eliminación de la ceguera por tracoma para el año 2015, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución CD49.R19 del Consejo Directivo de OPS al 2015.

Lunes 16 de abril - Día 1

Sesión Inaugural

- 8:00 – 8:30 a.m. Inscripciones
- 8:30 – 9:00 a.m. Representante del MSPAS
 Dr. Steven Ault, Washintong
 Dra. Guadalupe Verdejo, Representante OPS/OMS Guatemala

Sesión 1: Actualización sobre avances 2011, situación actual y desafíos hacia la eliminación de tracoma en los países de la Región de las Américas; implementación de estrategia SAFE

Moderador: Steven Ault, Asesor, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

- 9:00 – 9:30 a.m. Indicaciones de seguridad en Guatemala
 Sr. Jorge Abed
- 9:30 – 10:00 a.m. Epidemiología de las Causas de Ceguera
 Van Lansingh, Coordinador para América Latina de Visión 2020
- 10:00 – 10:30 a.m. Brasil: situación actual y desafíos hacia la eliminación del tracoma
 Delegado del Ministerio de Salud
- 10:30 – 10:45 a.m. Café
- 10:45 – 11:15 a.m. Colombia: situación actual y desafíos hacia la eliminación del tracoma
 Delegado del Ministerio de Salud
- 11:15 – 11:45 a.m. Guatemala: situación actual y desafíos hacia la eliminación del tracoma
 Delegado del Ministerio de Salud



- 11:45 – 12:15 p.m. México: situación actual y desafíos hacia la eliminación del tracoma
 Delegado del Ministerio de Salud
- 12:15 – 12:45 p.m. Discusión en plenaria sobre la situación actual del tracoma en las Américas; conclusiones y recomendaciones

12:45 – 2:00 p.m. Almuerzo

Sesión 2: Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de la administración de azitromicina

Moderadora: Martha Idali Saboyá, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

- 2:00 – 2:45 p.m. Vigilancia epidemiológica: Estudios epidemiológicos necesarios para planear las intervenciones
 Beatriz Muñoz
 Johns Hopkins University
- 2:45 – 3:30 p.m. Desafíos: Mapeo de Tracoma en la región Amazónica
 Representante del Programa de Brasil - 15 minutos
 Representante del Programa de Colombia - 15 minutos
 Preguntas y discusión 15 minutos
- 3:30 – 4:00 p.m. La búsqueda activa de casos, casa a casa, como estrategia de vigilancia: la experiencia de México
 Representante del Programa de México – 20 minutos
 Preguntas y discusión 10 minutos

- 4:00 – 4:15 p.m. Café

Sesión 3: Monitoreo y evaluación de la administración de medicamentos

Moderadora: Martha Idali Saboyá, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

- 4:15 – 4:45 p.m. Definición de metas e indicadores de cobertura de tratamiento, verificación de coberturas de tratamiento
 Beatriz Muñoz, Johns Hopkins University
- 4:45 – 5:15 p.m. Obtención y distribución de azitromicina; Vigilancia de reacciones adversas
 Colin L. Beckwith, Deputy Director, International Trachoma Initiative
- 5:15 – 5:35 p.m. Plan para monitoreo y evaluación de administración de azitromicina en Guatemala
 Jefe del Programa de eliminación de Tracoma en Guatemala
- 5:35 – 6:00 p.m. Preguntas y discusión; conclusiones y recomendaciones

Martes 17 de abril - Día 2

Sesión 4. Aspectos clínicos y quirúrgicos

Moderador: Juan Carlos Silva, Asesor Programa Regional de Prevención de la Ceguera y Salud Visual, OPS/OMS

8:30 – 9:00 a.m.	Aspectos clínicos relevantes para las evaluaciones epidemiológicas de tracoma Van Lansingh, Coordinador para América Latina de Visión 2020
9:00 - 9:30 a.m.	Discusión sobre aspectos clínicos según la experiencia de los países.
9:30 – 10:15 a.m.	La cirugía como medida preventiva de la ceguera por tracoma: Aspectos prácticos y operativos para considerar por parte de los programas. Van Lansingh, Coordinador para América Latina de Visión 2020
10:15 – 10:30 a.m.	Café
10:30 – 11:00 a.m.	Cirugía para tracoma, experiencia en Brasil Jefe del Programa de Tracoma en Brasil
11:00 – 11:30 a.m.	Cirugía para tracoma, experiencia en México Jefe del Programa de Tracoma en México
11:30 – 12:00 a.m.	Cirugía para tracoma, experiencia en Colombia Jefe del Programa de Tracoma en Colombia
12:00 – 12:30 p.m.	Preguntas y discusión
12:30 – 2:00 p.m.	Almuerzo

Sesión 5. Monitoreo y Evaluación de los Programas de Eliminación de Tracoma: Cómo evaluar el avance hacia la meta de eliminación de la ceguera por tracoma

Moderador: Hans Salas, Consultor Vigilancia de la Salud y Prevención y control de enfermedades, Representación OPS/OMS, Guatemala

2:00 – 2:30 p.m.	Indicadores de impacto de los programas de eliminación: Conceptos y definiciones; periodicidad de las evaluaciones de impacto Beatriz Muñoz, Johns Hopkins University
2:30 – 3:30 p.m.	Discusión Operativización de los indicadores de impacto para monitoreo del programa: significados, definición de numeradores y denominadores Dirigen: Beatriz Muñoz y Van Lansingh
3:30 – 3:45 p.m.	Café

3

3:45 – 4:15 p.m.	Preparación del expediente de eliminación de tracoma: la experiencia de México Delegado, Secretaría Estatal de Salud del Estado de Chiapas
4:15 – 5:00 p.m.	Preguntas y discusión

Miércoles 18 de abril - Día 3

Sesión 6: Los componentes "F" y "E" de la estrategia SAFE

Moderadora: Martha Idali Saboyá, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

8:30 – 9:00 a.m.	Introducción Van Lansingh, Visión 2020 Colin L. Beckwith, Deputy Director, International Trachoma Initiative
9:00 – 9:30 a.m.	Experiencia de Brasil en la implementación de promoción de lavado de cara y mejoramiento ambiental en el programa nacional de eliminación de tracoma Delegado del Ministerio de Salud de Brasil
9:30-10:00 a.m.	Experiencia de México en la implementación de promoción de lavado de cara y mejoramiento ambiental en el programa nacional de eliminación de tracoma Delegado del Ministerio de Salud de México
10:00-10:30 a.m.	Preguntas y discusión sobre la implementación de acciones en promoción de lavado de cara y mejoramiento ambiental
10:30 – 10:45 a.m.	Café

Sesión 7. Papel de instituciones, socios y actores clave en las iniciativas global y regional de eliminación de Tracoma

Moderadores:

Steven Ault, Asesor, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS

Juan Carlos Silva, Asesor, Programa Regional de Prevención de la Ceguera y Salud Visual, OPS/OMS

10:45 – 11:00 a.m.	Dana Center for Preventive Ophthalmology, Johns Hopkins School of Medicine; Centro Colaborador de OMS Beatriz Muñoz, Johns Hopkins University
11:00 – 11:15 a.m.	International Trachoma Initiative Colin L. Beckwith, Deputy Director, International Trachoma Initiative
11:15 – 11:30 a.m.	Club de Leones Internacional Dr. Mariano Yee

4



11:30 – 11:45 p.m.	Visión 2020 Van Lansingh, Coordinador para América Latina de Visión 2020
11:45 – 12:30	Preguntas y Discusión
12:30 – 2:00 p.m.	Almuerzo
Sesión 8. Sesión de cierre	
Moderadores: Juan Carlos Silva, Asesor, Programa Regional de Prevención de la Ceguera y Salud Visual, OPS/OMS Steven Ault, Asesor, Programa Regional de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, OPS/OMS	
2:00 – 4:00 p.m.	Trabajo por países para definir actividades 2012-2013 Incluye definición de necesidades de cooperación técnica, cronograma y aspectos presupuestales Grupo de trabajo de moderadores y expertos invitados para elaboración de conclusiones y recomendaciones generales de la reunión
4:00 – 4:15 p.m.	Café
4:15 – 5:00 p.m.	Presentación y discusión en plenaria del plan de actividades 2012-2013 Brasil, Colombia, Guatemala, México
5:00 – 5:30 p.m.	Presentación y discusión en plenaria de las conclusiones y recomendaciones de la reunión
5:30 p.m.	Cierre de la reunión

NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Steven Ault	Asesor Regional del Programa de Enfermedades Infecciosas Desatendidas, Organización Panamericana de la Salud.	525 23rd St, N. W. Washington, D. C. 20037	Tel.: +1 202.974.389	aultstev@paho.org	E.E.U.U.
 Martha Idalí Saboyá	Programa Regional Enfermedades Infecciosas Desatendidas Organización Panamericana de la Salud	525 23 rd St, N. W. Washington, D.C. 20037	Tel.: +1 202.974.3875	Saboyama2@paho.org	Colombia
 Juan Carlos Silva	Asesor Regional Prevención de Ceguera Organización Panamericana de la Salud Representación de OPS/OMS en Colombia	Carrera 7 No. 74-21, Piso 9 Edificio Seguros Aurora Bogotá, D.C. Colombia Apartado Aéreo, 253367, Bogotá, D.C. Colombia	Tel.: +57 1 314.4141 Fax.: +57 1 254.7070	silvajuan@paho.org	Colombia
 Colin L. Beckwith	Deputy Director International Trachoma Initiative Task Force For Global Health	325 Swanton Way Decatur, GA 30030 E.E.U.U	Tel.: +1 404.592.1424	cbeckwith@taskforce.org	E.E.U.U.

NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Van Lansingh	Coordinador para América Latina de la Iniciativa Visión 2020; Internacional Agency for the Prevention of Blindness - IAPB	3720 San Simeon Cr. Weston, FL United States 33331	Tel.: 1 .954.6848179	vlansingh@v2020la.org	E.E.U.U.
 Beatriz Munoz	Johns Hopkins University DANA Center.	600 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland, 20205, USA.	Tel.: +1 410.955.2556	bmunoz@jhmi.edu	E.E.U.U.
 María de Fátima Costa Lopes	Ministerios de la Salud de Brasil Gerente Programa Nacional de Control de Tracoma Brasil	SCS Q.4 Bloco A. Ed. Principal 3- Andar, Brasília D.F. Brasil CEP 70.400.000	Tel.: 55 61 3213.8240 Cel.: 55 61 8404.7189	María.f.lopes@saude.gov.br	Brasil
 José Pablo Escobar	Organización Panamericana de la Salud OPS / OMS Consultor Enfermedades Transmitidas por Vectores y Enfermedades Desatendidas Representación de OPS/ OMS en Colombia	Carrera 7 No. 74-21, Piso 9 Edificio Seguros Aurora Bogotá, D.C. Colombia Apartado Aéreo, 253367, Bogotá, D.C. Colombia	Tel.: +57 1 314.4141 Cel.: +57 315.356.5193	pescobar@col.ops-oms.org	Colombia

NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Hollman Miller Hurtado	Secretaria de Salud del Departamento de Vaupés Coordinador Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores	Mitú – Vaupés – Colombia	Tel.: +57 8 564.2051	hollmanmiller@gmail.com	Colombia
 Alejandra Martínez Meneses	Subdirectora de Programas Preventivos del Instituto de Salud del Estado de Chiapas - ISECH.	Unidad Administrativa Edificio C Colonia Maya, C.P. 29007 Tuxtla Gutiérrez México	Tel.: 52 961.6189.250 Ext. 44086	control.enfermedades@gmail.com	México
 Fabiola Antonieta Hernández Pérez	Coordinadora Estatal del Programa de Prevención y Control de Tracoma en el Estado de Chiapas, México	Unidad Administrativa Edificio C, Colonia Maya, C.P. 29007 Tuxtla Gutiérrez, México	Tel.: +52 961.618.9250 Ext. 44084 Fax.: +52 961.613.6675	Tracoma.chis@hotmail.com fabiola.hernandes.p skype	México
 Marco A. Peregrina Muro	SSA México Cenaprece	B. Franklin 132. Miguel Hidalgo C.P. 11860 México, D.F.	Tel.: 26146461	alapere@yahoo.com	México

NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Hans Salas Marosky	OPS/ OMS Coordinador de Área Riesgos a la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Guatemala	7ª Avenida 12-23 zona 9, Edificio Etisa Plaza España, Guatemala 01009. Guatemala.	Tel.: +502 23322032 Cel.: +502 52034339	salash@gut.ops-oms.org	Guatemala
 Jaime Juárez	OPS/ OMS Prevención y Control de Enfermedades Guatemala	7ª Avenida 12-23 zona 9, Edificio Etisa Plaza España, Guatemala 01009. Guatemala.	Tel.: +502 23322032 Cel.: +502 56955325	juarezja@gut.ops-oms.org	Guatemala
 Ana Fernandez	OPS/ OMS Prevención y Control de Enfermedades Guatemala	7ª Avenida 12-23 zona 9, Edificio Etisa Plaza España, Guatemala 01009. Guatemala.	Tel.: +502 23322032	fernandb@paho.org	Guatemala
 Karen Palacios	Instituto de Vacunas SABIN/ GNNTD	2000 Pennsylvania, Ave Suitea 7100	Tel.: 202.842 5025	karen.palacio@sabin.org	E.E.U.U

NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Marco Antonio Díaz Lara	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Coordinador del Programa de Discapacidad Guatemala.	5av 11-40 Zona 11 Colonia El Progreso, Ciudad de Guatemala. 6av. 3-45 zona 11 Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 23228383 Cel.: +502 58655735	mad.salud@gmail.com	Guatemala
 Gloria Serrano	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Sub-coordinadora del Programa de Discapacidad Guatemala.	5av 11-40 Zona 11 Colonia El Progreso, Ciudad de Guatemala. 6av. 3-45 zona 11 Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 23228383 Cel.: +502 54113832	marinas1412@yahoo.es	Guatemala
 Herbert A. Jacobo Dubón	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (SIAS) Sistema Integral de Atención en Salud. Unidad de supervisión, monitoreo y evaluación, Guatemala.	9av 14-65 Zona 1. 6av. 3-45 zona 11 Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 22212659 Cel.: +502 40315312	herbertajacobo@gmail.com	Guatemala
 Juan Carlos Chicas Barrera	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (SIAS) Sistema Integral de Atención en Salud Proedusa, Guatemala.	9av 14-65 Zona 1. 6av. 3-45 zona 11 Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 24340177	Juancarloschicas.a@gmail.com	Guatemala

NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Olga Guzman	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (SIAS) Sistema Integral de Atención en Salud, Proedusa, Guatemala.	9av 14-65 Zona I. 6av. 3-45 zona II Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 22212659 Cel.: +502 40074485	oleguzrom@gmail.com	Guatemala
 Mariflor Castro	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Área de Salud de Sololá Guatemala.	Sololá	Cel.: +502 42896378	mariflor.solola@gmail.com	Guatemala
 Marco Tulio Gonzalez Galan	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Coordinador del Programa de Medicina Tradicional y Alternativa Guatemala.	5av 11-40 Zona II Colonia El Progreso, Ciudad de Guatemala. 6av. 3-45 zona II Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 23228383 Cel.: +502 53087048	marcogonzalez_18@hotmail.com	Guatemala
 Paola Castillo	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Asistente del Programa de Medicina Tradicional y Alternativa Guatemala.	5av 11-40 Zona II Colonia El Progreso, Ciudad de Guatemala. 6av. 3-45 zona II Ciudad de Guatemala	Tel.: +502 23228383 Cel.: +502 40101664	pahola_castillo@hotmail.com	Guatemala

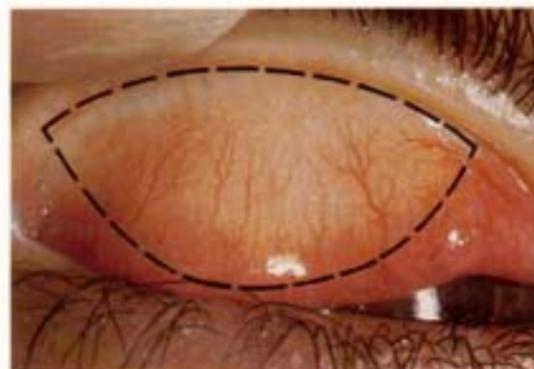
NOMBRE	INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONOS CONTACTO	E-MAIL / SKYPE / TWITTER	PAIS
 Oscar Figueroa	Médico y Cirujano. Consultor en Salud Pública. Contratista OPS para la elaboración de las memorias del evento	San Lucas Sacatepéquez. Guatemala.	Cel.: +502 57089163	ofigueroa2009@hotmail.com	Guatemala

CARTILLA DE GRADUACION DE TRACOMA

- Cada ojo debe ser evaluado y graduado por separado.
- Use lupas binoculares (x 2.5) e iluminación adecuada (luz de día o linterna).
- Los signos deben verse claramente para ser considerados positivos.

Los párpados y cornea se examinan inicialmente en busca de pestañas volteadas hacia adentro y opacidades corneales. Se volteo (evierte) el párpado superior para examinar la conjuntiva sobre la parte mas dura del párpado (conjuntiva tarsal).

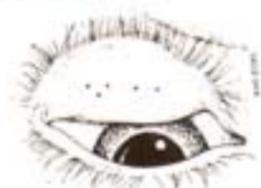
La conjuntiva normal es rosada, lisa, delgada y transparente. Hay vasos sanguíneos profundos que corren verticalmente en toda la conjuntiva tarsal.



Conjuntiva tarsal normal (aumento x 2).
Las líneas punteadas marcan el area a ser examinada.

INFLAMACION TRACOMATOSA FOLICULAR (TF): presencia de cinco o mas folículos en la conjuntiva tarsal superior.

Los folículos son areas redondas de inflamación, que son mas pálidas que la conjuntiva que los rodea - de color blanco, gris o amarillo. Los folículos deben ser de por lo menos medio milímetro de diámetro (como los puntos del dibujo) para ser considerados como tales.



Inflamación tracomatosa folicular (TF)

INFLAMACION TRACOMATOSA INTENSA (TI): engrosamiento inflamatorio pronunciado de la conjuntiva tarsal que oscurece mas de la mitad de los vasos tarsales profundos normales.

La conjuntiva tarsal aparece roja, áspera y engrosada. Usualmente hay numerosos folículos que pueden estar parcial o totalmente cubiertos por la conjuntiva engrosada.



Inflamación tracomatosa intensa (TI)

CICATRIZACION TRACOMATOSA (TS): presencia de cicatrices en la conjuntiva tarsal.

Las cicatrices son facilmente visibles como líneas, bandas o láminas blancas en la conjuntiva tarsal. Son brillantes y fibrosas en apariencia. La cicatrización especialmente fibrosa difusa puede oscurecer los vasos tarsales.



Cicatrización tracomatosa (TS)

TRIQUEIASIS TRACOMATOSA (TT): por lo menos una pestaña frota el ojo.

La evidencia de pestañas removidas por crecer línea adentro, debe considerarse dentro del grado de triquiasis.



Triquiasis tracomatosa (TT)

OPACIDAD CORNEAL (CO): opacidad corneal sobre la pupila facilmente visible.

El margen de la pupila está opacado visto através de la opacidad. Tales opacidades corneales causan disminución significativa de la agudeza visual (menos de 6/18 o 0.3 o 20/60). Por lo tanto, debe medirse la agudeza visual dentro de lo posible.



Opacidad corneal (CO)

- TF: Tratamiento tópico (Tetraciclina 1%).
- TI: Tratamiento tópico. Considerar tratamiento sistémico.
- TT: Referir para cirugía.



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
PROGRAMA DE PREVENCION DE LA CEGUERA



Con el apoyo financiero de la Fundación Edna McConnell Clark





Cara limpia	Agua segura para consumo	Mano limpias	Piso aseado	Casa limpia	Palo limpio	Resaca limpia	Lácteos limpios	Tanques y botas vacíos limpios	Animales en corral	RESULTADO	Observaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

En el 2012 mejorando la salud visual

Enero							Febrero							Marzo							
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
1	2	3	4	5	6	7					1	2	3	4					1	2	3
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	4	5	6	7	8	9	10	
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	11	12	13	14	15	16	17	
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	18	19	20	21	22	23	24	
29	30	31	26	27	28	29	25	26	27	28	29	30	31								

OPS: Enfermedades Infecciosas Desatendidas
<http://www.paho.org/enfermedadesdesatendidas>



OMS: Observatorio Global de Salud.
http://www.who.int/gho/neglected_diseases/trachoma/en/index.html



ITI
www.trachoma.org
www.trachomatlas.org
www.trachomacoalition.org



Dana Center
<http://www.hopkinsmedicine.org/wilmer/danacenter/>



SABIN
www.sabin.org
www.globalnetwork.org
www.end7.org
www.endtheneglect.org



VISION 2020
<http://vision2020.org/main.cfm>



OPS GUATEMALA
<http://new.paho.org/gut/>



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Guatemala

<http://www.mspas.gob.gt/>



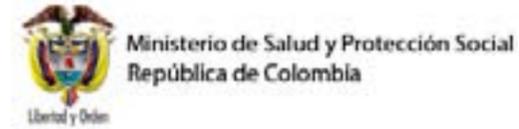
Secretaria de Salud - México

<http://portal.salud.gob.mx/>



Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/default.aspx>



Ministerio de Salud – Brasil

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>

Ministério da Saúde



Grupo de Asistentes a la Segunda Reunión Regional de Gerentes de Programas de Eliminación del Tracoma en las Américas, Ciudad de Guatemala, Guatemala del 16 al 18 de abril del 2,012.



