

TLAXCALA DE XICOHTÉNCATL

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

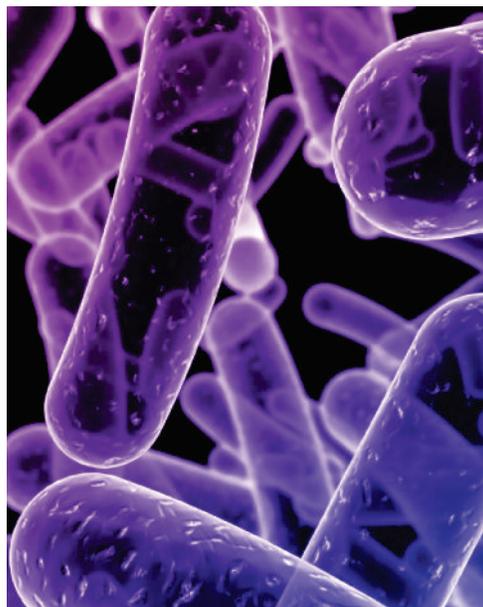
2014

Semana

Epidemiologica

No. 28

“Vigilancia
Epidemiologica del
Cólera”



SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SECRETARÍA DE SALUD

CONTENIDO

TEMA DE LA SEMANA

“VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA”

- INTRODUCCION
- DETERMINANTES DE RIESGO PARA LA SALUD.
SITUACION EPIDEMIOLOGICA.
- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.
- FLUJO DE INFORMACION DE CASOS,
DEFUNCIONES Y BROTES DE CÓLERA.

REFERENCIAS

20 CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD GENERAL ESTATAL 2014

SEMANA 28
DEL 06 JULIO - 12 JULIO 2014

CONSEJO EDITORIAL

INTRODUCCIÓN

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA

La vigilancia epidemiológica (VE) del cólera tiene la finalidad de obtener información epidemiológica sobre la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo de este padecimiento, recopilarla, tabularla, analizarla y difundirla a los usuarios. Por lo tanto a través de la VE se pueden detectar factores de riesgo y caracterizar el comportamiento del padecimiento para tener los elementos que apoyen la toma oportuna y adecuada de las decisiones relacionadas con la prevención y control.

La información para la VE debe fluir en forma horizontal y vertical a los diferentes niveles técnico-administrativos no sólo del sector salud sino de otros entes ex-trasectoriales (Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), organismos operadores de agua y alcantarillado, autoridades municipales) involucrados en las acciones de prevención y control. Con esto se espera que el nivel local esté en condiciones de participar activamente en la toma de decisiones y que participe precozmente en las actividades inherentes. La interacción entre las áreas de epidemiología, salud ambiental y laboratorio debe ser ágil para facilitar la recepción de muestras y optimizar la entrega de resultados.

Es de esperarse que la VE del cólera permita evaluar el impacto de las actividades realizadas e identificar limitaciones y problemas de modo que los programas correspondientes puedan ser reorientados.

DETERMINANTES DE RIESGO PARA LA SALUD

La transmisión del cólera está estrechamente ligada a una mala gestión ambiental. Las condiciones sanitarias y el acceso al agua potable son los determinantes principales del riesgo de cólera y otras enfermedades fecales orales. Las zonas de riesgo son las carentes de infraestructura básica donde no se cumplen los requisitos mínimos de agua limpia y saneamiento.

El cólera sigue representando una amenaza mundial para la salud pública y es un indicador clave de la falta de desarrollo social. En fecha reciente se ha observado el resurgimiento de esta enfermedad en paralelo con el aumento incontenible de los grupos de población vulnerables que viven en condiciones de falta de higiene.

La enfermedad afecta principalmente a personas de bajo nivel socioeconómico, con higiene deficiente y que no disponen de servicios sanitarios adecuados. Los varones suelen constituir los primeros casos ya que están más expuestos a los diversos factores de riesgo (consumo de agua de río, consumo de alimentos en vía pública). Las mujeres enferman en segundo lugar y al ser manejadoras de alimentos se constituyen en fuentes de infección para el resto de los miembros de la familia. Los niños alimentados al seno materno son más resistentes a enfermar y a sufrir cuadros diarreicos graves.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

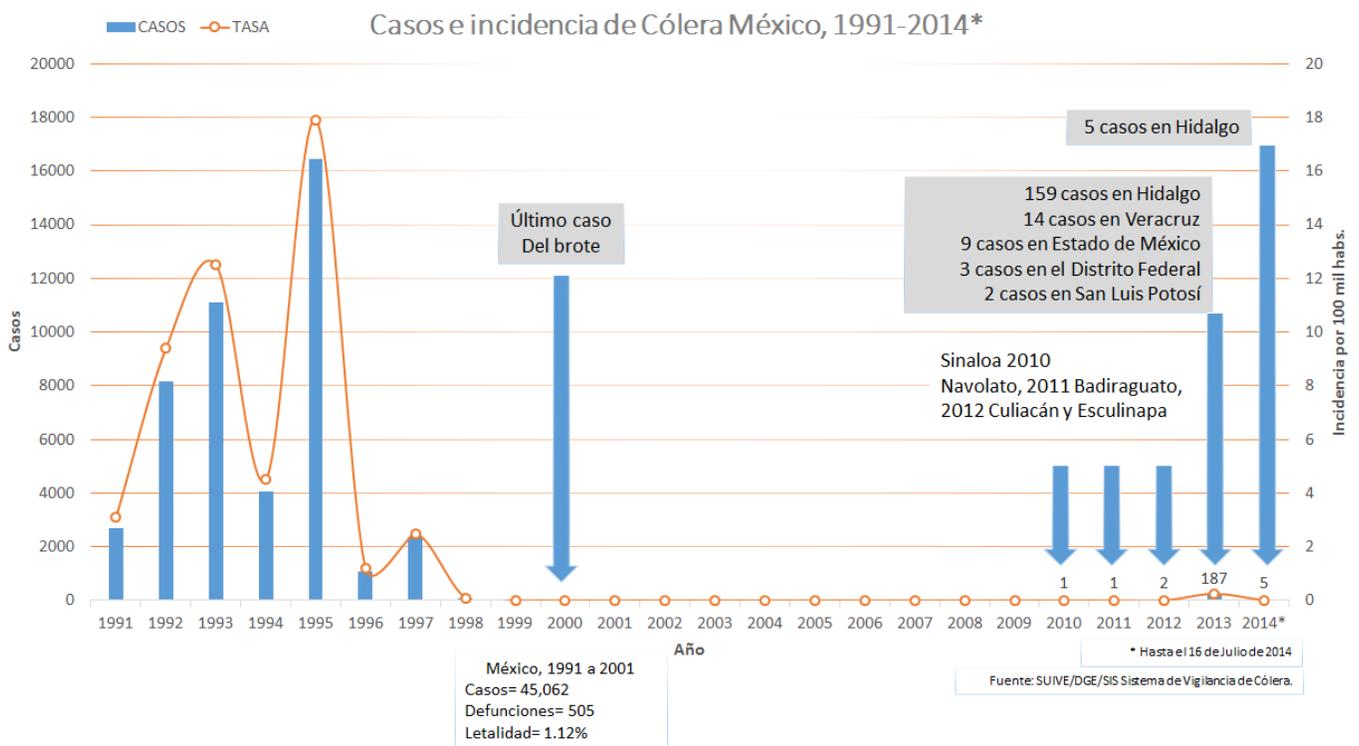
El número de casos de cólera notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa aumentando, tan solo en 2011, se notificaron 589 854 casos en 58 países, que incluyeron 7,816 defunciones. Muchos casos quedaron sin notificar debido a las limitaciones de los sistemas de vigilancia y al temor a las sanciones sobre el comercio y los viajes. Se calcula que la carga de morbilidad es de unos 3 a 5 millones de casos y entre 100 000 y 120 000 defunciones cada año.

Históricamente las regiones más afectadas habían sido África y Asia, sin embargo para 2010 y 2011 la región más afectada es América por el brote de Haití, país donde de octubre de 2010 a julio del actual año ha notificado 581,952 casos de cólera, incluyendo 7,455 defunciones (incidencia de 5,941 por 100,000 y letalidad del 1.2 por 100).

En México, como ya fue mencionado en los apartados anteriores el Cólera se reintrodujo en junio del 1991 y para fines de ese año había ya afectado al 50% del territorio nacional y dos años más tarde a casi la totalidad de los estados con excepción de Baja California.

La epidemia de Cólera alcanzó su acmé en 1998 cuando se notificaron 16,430 casos con una incidencia de 17.5 por cada 100 mil habitantes, posteriormente se presentó una tendencia descendente debida a las acciones de control implementadas hasta la conclusión de la ocurrencia de enfermos en 2001.

Los casos de Cólera continuaron ausentes del país hasta el año 2010 cuando en una comunidad rural del municipio de Navolato, Sinaloa, se identificó un nuevo caso, cuya cepa fue idéntica a la que circuló en la década de los noventas. Posteriormente ocurrió un caso en 2011 y dos en 2012 en los municipios de Badiraguato, Culiacán y Escuinapa causados por *Vibrio cholerae* O1 Inaba y otro más por *V. cholerae* O1 Ogawa. Todos ellos en la misma entidad federativa.



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se necesita conocer los patrones específicos de los casos, brotes o riesgos de ocurrencia de Cólera para poder identificar los cambios en la incidencia y orientar las intervenciones. Esta información solo puede ser obtenida a través de un proceso continuo y sistemático de consolidación y análisis de los datos obtenidos de la vigilancia.

El análisis básico de la información debe incluir la caracterización epidemiológica de las variables de persona, tiempo y lugar, así como sus tendencias. Si se observan cambios de patrón de la enfermedad es necesario realizar investigaciones específicas o análisis más específicos de acuerdo a la situación y factores de riesgo involucrados.

FLUJO DE INFORMACION DE CASOS, DEFUNCIONES Y BROTES DE CÓLERA

En las entidades federativas deberán estar bien establecidos los mecanismos y canales de información, a nivel intrasectorial e intersectorial, referentes al reporte de casos probables, brotes y/o a la detección de factores de riesgo. Contar con esta información permitirá establecer las medidas adecuadas que eviten o minimicen los daños a la salud de la comunidad.

La normatividad vigente (Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA-2. 2012. Para la vigilancia epidemiológica) establece los procedimientos de notificación del cólera que es un padecimiento de notificación inmediata y obligatoria.

El siguiente cuadro señala el flujo de información que deben seguir los actores involucrados en la vigilancia epidemiológica del Cólera.

	Unidad de atención	Jurisdicción	Estado
¿Quién notifica?	Médico o personal de salud que hace el diagnóstico de un caso o defunción o identificar un brote	El epidemiólogo jurisdiccional	El epidemiólogo estatal
¿Qué notifica?	La ocurrencia de caso, defunciones o brote por probable Cólera.	La ocurrencia de caso, defunciones o brote por probable Cólera. Recabará el formato de Estudio epidemiológico de cólera con la información que sustente el diagnóstico.	El diagnóstico de un caso, defunción o brote por probable Cólera con la información que sustente el diagnóstico presuntivo.
Cómo notifica	Por la vía más rápida posible. correo electrónico, teléfono o fax.	Por la vía más rápida posible. correo electrónico, teléfono o fax.	Por la vía más rápida posible. correo electrónico, teléfono o fax.
A quién notifica	Al epidemiólogo jurisdiccional y en su caso, a sus autoridades inmediatamente superiores	Al epidemiólogo estatal	A la DGAE así como a sus contrapartes estatales de las otras instituciones de Salud
Periodicidad de notificación	INMEDIATAMENTE DESPUÉS QUE HAYA HECHO EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	EN MENOS DE 24 HORAS A PARTIR DEL CONOCIMIENTO DEL CASO, DEFUNCIÓN O BROTE.	EN MENOS DE 24 HORAS A PARTIR DEL CONOCIMIENTO DEL CASO, DEFUNCIÓN O BROTE.



20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL ESTATAL 2014 Y MORTALIDAD MATERNA

SALUD DE TLAXCALA
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTADO DE TLAXCALA
SEMANA EPIDEMIOLOGICA 28 2014

ESTATAL

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

ESTATAL, SEMANA EPIDEMIOLOGICA No. 28			
No.	DIAGNOSTICO	CASOS	TASA
1	Infecciones respiratorias agudas	199,962	15,862.09
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	30,499	2,419.35
3	Infección de vías urinarias	26,606	2,110.54
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	12,422	985.38
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	9,686	768.35
6	Conjuntivitis H10 (Para 2014)	4,450	353.00
7	Otitis media aguda	3,426	271.77
8	Candidiasis urogenital	2,867	227.43
9	Amebiasis intestinal	2,130	168.96
10	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	1,885	149.53
11	Hipertensión arterial	1,670	132.47
12	Tricomoniasis urogenital	1,509	119.70
13	Varicela	1,412	112.01
14	Influenza	1,163	92.26
15	Otras helmintiasis	1,004	79.64
16	Neumonías y bronconeumonías	958	75.99
17	Insuficiencia venosa periférica	869	68.93
18	Obesidad	849	67.35
19	Desnutrición leve	756	59.97
20	Mordedura por perro	624	49.50

Fuente: SUIVE 2014

* TASA POR 100,000 HABITANTES.

SALUD DE TLAXCALA
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTADO DE TLAXCALA

JURISDICCION I, TLAXCALA

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

JI TLAXCALA			
No.	DIAGNOSTICO	CASOS	TASA
1	Infecciones respiratorias agudas	103,420	14,707.14
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	16,715	2,377.00
3	Infección de vías urinarias	13,646	1,940.57
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	6,872	977.25
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	4,677	665.11
6	Conjuntivitis H10 (Para 2014)	2,377	338.03
7	Otitis media aguda	1,827	259.81
8	Candidiasis urogenital	1,370	194.82
9	Amebiasis intestinal	1,306	185.72
10	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	977	138.94
11	Varicela	893	126.99
12	Hipertensión arterial	845	120.17
13	Tricomoniasis urogenital	797	113.34
14	Obesidad	672	95.56
15	Otras helmintiasis	593	84.33
16	Insuficiencia venosa periférica	514	73.09
17	Neumonías y bronconeumonías	457	64.99
18	Desnutrición leve	454	64.56
19	Influenza	439	62.43
20	Mordedura por perro	417	59.30

Fuente: SUIVE 2014

* TASA POR 100,000 HABITANTES.

SALUD DE TLAXCALA
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTADO DE TLAXCALA
JURISDICCION II, HUAMANTLA

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

JII HUAMANTLA			
No.	DIAGNOSTICO	CASOS	TASA
1	Infecciones respiratorias agudas	30,879	15,011.01
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	4,134	2,009.63
3	Infección de vías urinarias	4,031	1,959.56
4	Gingivitis y enfermedad periodontal	2,324	1,129.75
5	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	1,907	927.04
6	Conjuntivitis H10 (Para 2014)	858	417.09
7	Otitis media aguda	588	285.84
8	Candidiasis urogenital	472	229.45
9	Amebiasis intestinal	379	184.24
10	Neumonías y bronconeumonías	304	147.78
11	Hipertensión arterial	266	129.31
12	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	249	121.04
13	Influenza	218	105.97
14	Tricomonirosis urogenital	181	87.99
15	Varicela	167	81.18
16	Otras helmintiasis	162	78.75
17	Vaginitis aguda	144	70.00
18	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	138	67.09
19	Violencia intrafamiliar	110	53.47
20	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	102	49.58

Fuente: SUIVE 2014

* TASA POR 100,000 HABITANTES.

SALUD DE TLAXCALA
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL ESTADO DE TLAXCALA

JURISDICCION III, APIZACO

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

JIII APIZACO			
No.	DIAGNOSTICO	CASOS	TASA
1	Infecciones respiratorias agudas	65,663	18,668.95
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	9,650	2,743.64
3	Infección de vías urinarias	8,929	2,538.65
4	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	3,643	1,035.76
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	2,685	763.38
6	Conjuntivitis H10 (Para 2014)	1,215	345.44
7	Candidiasis urogenital	1,025	291.42
8	Otitis media aguda	1,011	287.44
9	Diabetes mellitus no insulinodependiente (Tipo II)	659	187.36
10	Hipertensión arterial	559	158.93
11	Tricomoniasis urogenital	531	150.97
12	Influenza	506	143.86
13	Amebiasis intestinal	445	126.52
14	Varicela	352	100.08
15	Insuficiencia venosa periférica	266	75.63
16	Otras helmintiasis	249	70.79
17	Desnutrición leve	245	69.66
18	Neumonías y bronconeumonías	197	56.01
19	Mordedura por perro	156	44.35
20	Obesidad	152	43.22

Fuente: SUIVE 2014

* TASA POR 100,000 HABITANTES.

PLAN ESTATAL PARA LA REDUCCION DE LA MUERTE MATERNA Y PERINATAL 2014-2016

Desde el siglo pasado las políticas de salud en el mundo han privilegiado la maternidad segura y la supervivencia infantil; la primera centró su atención en la mortalidad materna para ampliarse al enfoque de la salud reproductiva, centrada en la condición social de la mujer y luego en los derechos reproductivos. Dentro de los objetivos del desarrollo del milenio la muerte materna ocupa uno de los siete objetivos sin embargo muestra menor progreso que el resto de metas, lo cual la sitúa muy lejos de la meta establecida. Uno de los temas más sensibles en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en México ha sido cuidar y mejorar la salud de las madres y su crianza en especial en grupos en situación de desventaja social.

Durante muchos años la salud materno-paterno-infantil ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud ya que constituye un trinomio de interacción y complementación entre los individuos y su entorno cuyo objetivo es básico en el desarrollo del curso de la vida.

En el caso de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal los efectos son devastadores debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas en el hogar. La salud infantil por su parte representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones. Muchas de las madres así como los recién nacidos quedan con secuelas de complicaciones del parto que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura. Reducir sustancialmente la muerte materna y neonatal no debe ser un sueño, debe ser conciencia de un desafío donde la coordinación de esfuerzos ayuden a acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; partiendo del cumplimiento al derecho fundamental a la salud cuya base jurídica se expresa en diversas obligaciones que los estados deben cumplir como parte del respeto a los derechos humanos. Plantear la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, así como fortalecer acciones y sumar esfuerzos para el cumplimiento de las metas que faciliten la coordinación con los programas de planificación familiar, salud sexual y reproductiva para los adolescentes y otros programas transversales permitirá el avance en acelerar la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal mejorando así la salud de las madres y sus hijos e hijas.

PLAN ESTATAL PARA LA REDUCCION DE LA MUERTE MATERNA Y PERINATAL 2014-2016

Para contribuir a apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto humanizado y el puerperio seguro y sin complicaciones, se ha elaborado el plan estatal para la reducción de la muerte materna y perinatal 2014-2016 cuya finalidad es que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal como lo es promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, con énfasis al desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento ya sean congénitos y/o genéticos.

Y para poder lograrlo se han establecido los siguientes objetivos:

1. Otorgar servicios de salud oportunos¹³ con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Atender el rezago existente en las condiciones de salud de las mujeres durante el proceso reproductivo y durante los primeros 28 días de vida del recién nacido en el estado.
3. Fortalecer las acciones de rectoría que contribuyan a mejorar las condiciones de salud materna y perinatal.
4. Mantener la razón de mortalidad en 15 por cada 100 mil NVE en el estado.
5. Reactivar los comités de mortalidad materna (local, jurisdiccional, estatal e interinstitucional)

Vinculación con los programas de participación social, actores comunitarios, DIF (parteras tradicionales, vocales oportunidades, enlaces interculturales y traductores) a las redes de atención médica institucional.

6. Fortalecer el convenio de colaboración y coordinación interinstitucional y regional entre las instituciones del sistema nacional de salud.

Cabe resaltar que para logra la atención integral de la mujer embarazada libre de discriminación y eliminado barreras de comunicación en los servicios Tlaxcala implementa por primera vez a nivel nacional a tres intérpretes de lenguaje de señas distribuidos en los hospitales General de Tlaxcala, de la Mujer y Regional de Tzompantepec para la atención de la mujer embarazada con discapacidad. Con la finalidad de disminuir la muerte materna y el índice de cesáreas se incorporaron también tres intérpretes de lengua indígena que funjan como traductores entre las usuarias y el personal operativo mejorando la calidad de los servicios en materia de atención a la mujer embarazada bajo el principio de no discriminación, cero rechazo, respeto a los derechos sexuales, reproductivos y fortalecimiento de la interculturalidad.

SECRETARÍA DE SALUD

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Alejandro Guarneros Chumacero

Secretario de Salud y Director General del OPD
Salud de Tlaxcala

Dr. Javier Guevara Arenas

Director de Servicios de Salud

Dr. Jorge Bañuelos Morales

Jefe del Departamento de Epidemiología

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dra. Veronica Ortega Gutierrez, Dra. Elizabeth Cuecuecha Rugerio,
Dra. Angélica J. Uribe Solórzano, Dr. Julio Cesar Montiel Aguilar,
Dr. Ramon Hernandez Perez, Dra. Concepcion Garcia Bulle Goyri,
Dra. Fabiola Nuñez Martinez, Dra. Elodia Rojas Lima.

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

TSU. Agustin Vieyra Cuellar
Ing. Guillermo Ignacio Ramos Viaña

COORDINACIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN

Dr. Jorge Bañuelos Morales



SALUD DE TLAXCALA
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

