

**CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**COMUNICACIÓN**

**CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO EPIDÉMICO DE LA  
CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA EN VILLA CLARA  
(AGOSTO-NOVIEMBRE 2009)**

Por:

MSc. Dra. Lizbeth Portieles Sánchez<sup>1</sup>, MSc. Dra. Yanet Jiménez Prieto<sup>2</sup> y Lic. Maité Rodríguez Villavicencio<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.

**Descriptores DeCS:**

CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA AGUDA  
PREVALENCIA/epidemiología  
INCIDENCIA/epidemiología

**Subject headings:**

CONJUNCTIVITIS, ACUTE HEMORRHAGIC  
PREVALENCE/epidemiology  
INCIDENCE/epidemiology

La conjuntivitis hemorrágica es una afección ocular de origen viral que causa epidemias de alta contagiosidad<sup>1-4</sup>. Es producida por el enterovirus 70 y el Coxsackie A-24<sup>5-7</sup>.

La primera epidemia fue descrita en 1969 en Ghana, en el oeste de África, donde fue llamada la enfermedad de Apolo, nombre con el que también se le denomina<sup>4</sup>.

Esta enfermedad era desconocida en Cuba, hasta la introducción inexplicable del enterovirus 70 en el mes de agosto de 1981; se comporta como una afección que refleja una variación estacional, y su incidencia se incrementa en los meses de verano, a partir de casos aislados en la población o de brotes localizados en instituciones cerradas, con ciclos epidémicos cada cuatro o cinco años<sup>8,9</sup>.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de caracterizar la epidemia de conjuntivitis hemorrágica en la provincia de Villa Clara en el año 2009, que se extendió desde el 2 de agosto al 13 de noviembre de ese año.

Para describir edad, procedencia, período del año y el uso de medicamentos durante el brote, se tomó como universo el total de casos informados con conjuntivitis hemorrágica (3 940). Para el resto de las variables estudiadas, se consideró una muestra no probabilística intencional de 850 encuestas epidemiológicas, el total de las almacenadas en la Vicedirección de Epidemiología del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Villa Clara. Se excluyeron las

encuestas duplicadas (pertenecientes al mismo paciente con igual fecha). Se contó con el consentimiento de los responsables de las instituciones implicadas.

Los dos primeros casos de la epidemia se produjeron en el municipio de Manicaragua producto de la vigilancia que se venía realizando, una vez que fue emitida la alerta epidemiológica de la enfermedad que ya afectaba otras provincias del país. El primer paciente referido fue del 29 de julio de 2009, con fecha de consulta e ingreso el día 30 de ese mes.

El municipio con mayor número de pacientes fue Santa Clara, con 1 130, seguido de Camajuaní con 613 y Manicaragua con 533. Otros municipios afectados fueron: Placetas (253 pacientes), Santo Domingo (246), Encrucijada (239), Remedios (205), Cifuentes (177), Sagua (137), Quemado (96), Ranchuelo (75), Caibarién (22) y Corralillo, con 21 enfermos.

El mayor número de pacientes fue informado en el mes de septiembre (69,42 % del total de la epidemia), seguido de los meses de agosto, octubre y noviembre: 16,60 %, 13,63 % y 0,36 %, respectivamente.

La semana del año con mayor cantidad de pacientes fue la 36 (18,10 %), seguida de la 38 y la 37 con 16,17 % y 15,36 %, respectivamente. A partir de la semana 38, comenzó a disminuir el número de afectados hasta el cierre de la epidemia en la semana 45.

Los síntomas y signos más frecuentes, en orden de aparición, fueron: enrojecimiento ocular (95,50 %), edema (39,08 %), secreción (33,08 %), sensación de arenilla (32,97 %), lagrimeo (27,84 %) y punteado hemorrágico (15,63 %). Otros síntomas menos frecuentes fueron: ardor (6,10 %), fotofobia (5,78 %), visión borrosa (2,57 %), prurito (2,03 %) y quemosis (0,21 %). Cada agente viral tiene sus peculiaridades en cuanto al cuadro clínico que provoca, lo cual a veces es útil en la orientación hacia el diagnóstico etiológico. El Coxsakie A24 provoca una conjuntivitis de moderada a severa; solo en una minoría de pacientes se produce hemorragia conjuntival (aproximadamente en el 6 %) y la recuperación se completa de una a dos semanas. El enterovirus 70 provoca un cuadro más alarmante, caracterizado por dolor ocular muy intenso, fotofobia y visión borrosa. Las hemorragias son intensas (pueden afectar desde el 28 % hasta casi el 100 % de los pacientes), el daño corneal es más frecuente y se manifiesta como una queratitis epitelial transitoria<sup>10</sup>.

Solo en el 44 % de las encuestas epidemiológicas realizadas se recogió el antecedente de contacto con un paciente infectado. Este dato no debe ser representativo de la realidad, porque la conjuntivitis hemorrágica es transmitida directamente de persona a persona, o indirectamente por haber estado en contacto con objetos contaminados por secreciones oculares o por bañarse en aguas recreativas no seguras, con menor frecuencia<sup>4</sup>. Estos resultados indican que existieron dificultades en la realización del interrogatorio por el personal de la salud que realizó la encuesta epidemiológica.

El tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y la solicitud de atención médica osciló entre 0 y 9 días. El 43,8 % de los pacientes acudió a consulta tras un día de presentar los primeros síntomas, el 27,95 % el mismo día en que estos comenzaron, el 16,58 % dos días más tarde y el 4,33 % tres días después. El resto de los pacientes acudió a consulta entre los cuatro y nueve días.

El 86,95 % de los pacientes que asistieron a consulta fueron ingresados inmediatamente, el 9,07 % al día siguiente, el 1,99 % esperaron dos días. Tras tres, cuatro, cinco y seis días fueron ingresados el 0,77 %, el 0,66 %, el 0,44 % y el 0,11 %, respectivamente. Se habilitaron salas de ingreso y aislamiento en todos los municipios.

El leuferón se empleó en la mayoría de los pacientes, pero apenas se recibió información sobre reacciones adversas. De este medicamento se emplearon, en total, 900 bulbos. Se utilizó como alternativa, el interferón preparado con cloruro de benzalconio (3 080 frascos de cloruro de benzalconio colirio y 3 400 de interferón de 3 ml).

Se tomaron 11 muestras, de las cuales cuatro fueron PCR positivas. Se obtuvo un aislamiento viral a Coxsakie. Aproximadamente solo el 6 % de los pacientes con conjuntivitis hemorrágica producida por Coxsakie presentaron hemorragia conjuntival<sup>3</sup>. Lo anteriormente expuesto muestra que el total de los pacientes informados fue inferior al total de los pacientes que debieron haber padecido la enfermedad en la epidemia, por lo que existió un subregistro epidemiológico.

Se informó conjuntivitis en 27 instituciones escolares, con un total de 779 casos, y fue dado seguimiento evolutivo a 17 brotes.

Al conocer el comportamiento de la conjuntivitis en Cuba, y en particular en la provincia de Villa Clara, los epidemiólogos y médicos de atención directa al paciente están mejor preparados para realizar el diagnóstico precoz y la contención oportuna de epidemias, si fuera necesario.

### **Referencias bibliográficas**

1. Senaratne T, Gilbert C. Atención oftalmológica primaria para conjuntivitis. *Salud Ocular Comunitaria*. 2006;1(2):11-16.
2. García Alcolea EE. Comportamiento clínico-epidemiológico de las infecciones oculares en un policlínico de Santiago de Cuba. 2008-2009. *Panorama Cuba y Salud*. 2010;5(1):16-21.
3. Fernández Pérez SR, de Dios Lorente JA, Peña Sisto L, García Espinosa SM, León Leal M. Causas más frecuentes de consulta oftalmológica. *Medisan* [Internet]. 2009 [citado 18 oct. 2010];13(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_3\\_09/san10309.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san10309.htm)
4. Senaratne T, Gilbert C. Conjuntivitis. *Salud Ocular Comunitaria*. 2006;1(2):17-20.
5. Leveque N, Amine I, Cartet G, Hammani AB, Khazraji YC, Lina B, *et al*. Two outbreaks of acute hemorrhagic conjunctivitis in Africa due to genotype III coxsackievirus A24 variant. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2007;26(3):199-202.
6. Yan D, Zhu S, Zhang Y, Zhang J, Zhou Y, Xu W. Outbreak of acute hemorrhagic conjunctivitis in Yunnan, People's Republic of China, 2007. *Virology J*. 2010;7:138.
7. Mejía López H, Santacruz Valdés C, Matías Florentino M. Caracterización genética de adenovirus aislados de conjuntivitis folicular y queratoconjuntivitis epidémica en un grupo de pacientes mexicanos. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2008;83(3):161-8.
8. Turcios Tristán SE. Afecciones oculares más frecuentes. En: Álvarez R, editor. *Temas de Medicina General Integral vol II*. La Habana: Ecimed; 2001. p. 883-94.
9. Venegas Briceño AG, López Flores A, Medina Villa MI, Silva Rosales NA, Tene Pérez CE. Comparación de las características clínicas y epidemiológicas de dos brotes epidemiológicos de conjuntivitis hemorrágica. *Rev Cubana Oftalmol*. [Internet]. 2008 [citado 18 oct. 2010];21(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol21\\_1\\_08/oftsu108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol21_1_08/oftsu108.htm)
10. Eguía Martínez F, Río Torres M, Capote Cabrera A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Ecimed; 2009. p. 49-51.

Recibido: 26 de enero de 2011

Aprobado: 9 de febrero de 2011