



DERECK HARPER NARCIA

“RETROALIMENTACIÓN
EPIDEMIOLOGIA”

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FACULTAD DE MEDICINA

MATERIA: EPIDEMIOLOGIA
FECHA: 13 DE OCTUBRE DEL 2021
DR: SAMUEL ESAÚ FONSECA
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

Conjuntivitis

Definición

Conjuntivitis o inflamación de la conjuntiva, es en general un término que se refiere a un grupo de diversas enfermedades que afectan a la conjuntiva en forma primaria. La conjuntivitis suelen ser auto limitadas, pero algunas veces progresa y puede causar serias complicaciones oculares y extraoculares. (Academia americana de oftalmología, 2013)

La conjuntivitis alérgica es una enfermedad inflamatoria de la superficie ocular, con frecuencia recurrente, cuyo mecanismo fisiopatológico básico es la hipersensibilidad de tipo I, asociada o no con otros tipos de reacciones de hipersensibilidad (Santos M, 2011). La causa más frecuente es una alergia al polen durante la temporada de fiebre del heno. Los síntomas incluyen ojos enrojecidos, prurito, aumento del lagrimeo y edema de la conjuntiva y los párpados. Si la conjuntivitis alérgica se combina con alergia nasal, la enfermedad se denomina rinoconjuntivitis alérgica (Calderon A, 2012)

La conjuntivitis bacteriana aguda es una infección de la conjuntiva, donde la superficie conjuntival bulbar y palpebral es usualmente afectada y típicamente resultan en inflamación y ojo rojo. Esta condición habitualmente es auto limitada con resolución espontánea en muchos casos. Habitualmente es causada por *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus aureus* (Sheikh A, 2012)

La conjuntivitis puede ser clasificada como infecciosa y no infecciosa, y como aguda, crónica o recurrente. Los tipos no infecciosos son alérgicos, mecánicos, irritativos, tóxicos, de origen inmune y neoplásica. Las anteriores pueden traslaparse con las causas infecciosas que incluyen virus y bacterias.

Diagnóstico

Interrogar acerca de: prurito, secreción, dolor, fotofobia, visión borrosa, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño y orientarse a una etiología específica cuando la presentación de la conjuntivitis es uni o bilateral: Unilateral: mecánica o química. Bilateral: bacteriana, radiación ultravioleta, deficiencia de película lagrimal y alérgica.

Se recomienda hacer un interrogatorio dirigido en busca de las características de la secreción con la finalidad de tener una orientación etiológica del padecimiento:
Acuosa: mecánica-irritativa o (disfunción) de película lagrimal
Mucopurulenta o purulenta: bacteriana.
Mucosa: origen alérgico.

Explorar en busca de pérdida de pestañas y presencia de engrosamiento oscuro de la conjuntiva (pigmento peri límbico) como evidencia clínica de conjuntivitis alérgica.

Explorar ganglios preauriculares y fondos de saco conjuntivales en busca de folículos, quemosis, papilas, hemorragias y material extraño sobre la conjuntiva.

Realizar una evaluación inicial de las personas con la enfermedad e incluir aspectos relevantes de la exploración ocular

Realizar un examen externo que incluya revisión de linfadenopatía regional, anomalías de la piel, anomalías de los párpados y anexos así como anomalías de la conjuntiva.

Tratamiento conjuntivitis bacteriano

Los resultados obtenidos en revisiones sistemáticas sugieren que el uso de antibióticos tópicos, está asociado con una modesta mejoría en el porcentaje de remisión clínica y microbiológica en comparación con el uso de placebo por lo que debe ser considerado para acelerar la resolución de la infección y reducir la sintomatología.

En conjuntivitis bacteriana se recomienda el uso de antibióticos tópicos para reducir el periodo de la enfermedad. La elección del antibiótico es empírica. El uso de antibióticos por 7 días ha mostrado que erradica la bacteria.

El cultivo está indicado en cualquier grupo de edad en los casos de conjuntivitis purulentas severas, crónicas o recurrentes que no responden a tratamiento

El uso indiscriminado de antibióticos y esteroides debe ser evitado

La solución de iodopovidona al 2.5% puede ser menos efectiva y más tóxica para la superficie ocular.

Para evitar contaminación cruzada se debe desechar el frasco gotero si han tenido contacto con la superficie ocular.

Las personas con conjuntivitis deberán lavarse frecuentemente las manos, usar toallas individuales y evitar el contacto cercano con otras personas

Tratamiento conjuntivitis alérgica

En el caso de la conjuntivitis vernal o atópica, las medidas generales de tratamiento incluyen realizar modificaciones en el ambiente para minimizar la exposición a los alérgenos o irritantes y el uso de compresas frías y lubricantes oculares

Estabilizadores de mastocitos, administrados cada 6 a 8 horas durante al menos 2 semanas

Antihistamínicos tópicos y orales y estabilizadores de mastocitos tópicos, pueden mantener asintomáticos a pacientes con conjuntivitis alérgica estacional

Cuando los síntomas son principalmente oculares, los antihistamínicos tópicos son preferibles a los medicamentos orales debido a de su inicio de acción más rápido. La combinación de antihistamínicos tópicos y orales aumentan la eficacia

Los antihistamínicos de segunda generación, como loratadina son eficaces con un perfil de sedación manejable y menos efectos adversos

Los esteroides tópicos no son considerados tratamiento de primera elección para la conjuntivitis alérgica, aunque se utilizan para tratar inflamación grave; el fármaco de elección puede ser la prednisolona. Se debe administrar durante períodos cortos y en todos los casos y a la dosis más baja

Se puede considerar el uso de esteroide tópico de baja potencia y máximo 4 días en casos de conjuntivitis alérgica dependiendo de la gravedad y sintomatología, valorando siempre riesgos contra beneficios

Los anti-inflamatorios no esteroideos tópicos como diclofenaco 0.1%, han demostrado su eficacia contra la hiperemia conjuntival y prurito, su administración tópica está limitada a la sensación de escozor y ardor

Se revisó el papel de los anti-leucotrienos en la conjuntivitis alérgica para el control de los síntomas, concluyendo que montelukast es más efectivo que placebo en la conjuntivitis alérgica de temporada, pero menos eficaz que los antihistamínicos orales en pacientes adultos

En población mayor de 15 años con rinoconjuntivitis alérgica estacional, el uso de antihistamínicos resulta benéfico, en casos de intolerancia a estos se pueden emplear los antagonistas de receptores de los leucotrienos

La ciclosporina tópica está considerada como terapia adyuvante en los casos de conjuntivitis atópica/vernal y en la queratoconjuntivitis límbica superior

Medidas no farmacológicas

Al igual que con cualquier enfermedad alérgica, se recomiendan medidas ambientales generales que incluyen acciones específicas encaminadas a reducir la exposición a los ácaros del polvo doméstico, mohos, caspa de animales y polen.

Otras intervenciones no farmacológicas recomendadas son aplicar frío (por ejemplo, compresas empapadas en agua, lágrimas artificiales sin conservantes y solución salina), lavar los alérgenos de la conjuntiva y constricción de los vasos conjuntivales, de este modo se alivia el edema y la hiperemia. Gafas de sol grandes para prevenir el contacto con aero-alérgenos y mejorar fotofobia.

Tratamiento conjuntivitis irritativa

Los pacientes pueden usar protección contra algunos químicos o cuerpo extraños

Lágrimas artificiales, compresas de agua fría pueden ser útiles para aliviar la sintomatología de conjuntivitis irritativa

En casos de conjuntivitis relacionada con el uso de lentes de contacto, se deberá discontinuar su uso por un espacio mínimo de dos semanas, además de mejorar el cuidado y cumplir con la frecuencia de reemplazo para reducir el riesgo de conjuntivitis

GUÍA RÁPIDA CHIKUNGUNYA

El dengue, la enfermedad de chikungunya y la enfermedad por el virus Zika, son enfermedades víricas transmitidas por vectores (artrópodos) y constituyen un grupo de enfermedades que se extienden a gran velocidad, afectando, allí donde llegan, a un porcentaje elevado de la población. Los virus que causan estas tres enfermedades se transmiten, habitualmente, de persona a persona a través de la picadura de mosquitos del género Aedes.

Ha sido en el continente americano donde este crecimiento ha resultado más evidente. Primero fue la reemergencia del dengue en los años 90, poco a poco llegaron los cuatro serotipos del virus, y la incidencia y la presencia de cuadros graves de la enfermedad sigue aumentando. Más recientemente llegaron dos virus previamente desconocidos; en 2014 llegó el virus chikungunya y posteriormente en 2015 el virus Zika y ambos han demostrado ser capaces de avanzar a gran velocidad sin detenerse ante fronteras marítimas o terrestres, afectando a su paso a gran número de personas.

La emergencia de estas enfermedades viene precedida de la introducción de un vector competente para su transmisión. En España se ha establecido el Aedes albopictus, también conocido como mosquito tigre, en toda la costa mediterránea, incluyendo las Islas Baleares. Este vector ha demostrado ampliamente ser competente en la transmisión de estas enfermedades.

Las actividades fundamentales para la prevención y el control de la transmisión de estos virus deben ir dirigidas a la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos importados o autóctonos y adoptar medidas que reduzcan el contacto entre las personas infectadas y el vector.

	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
Período de incubación intrínseco (días)	3 - 14	1 - 12	3 - 12
Viremia (días)	-1 - 8	1 - 10	3 - 5
Clínica (%)	20 - 60	80	20

Diagnóstico

Si bien existen ciertas diferencias clínicas entre las tres ETV, no son suficientes para garantizar un diagnóstico empírico correcto.

Dado que la infección por dengue es la que, en su fase aguda, puede evolucionar de forma más severa, es aconsejable descartarla inicialmente.

No debe olvidarse que otras enfermedades son si cabe más frecuentes y potencialmente graves: malaria, fiebre tifoidea, leptospirosis o primoinfección VIH.

El diagnóstico se hará, mediante el envío de las muestras del paciente al laboratorio de referencia de la Comunidad Autónoma, allí se realizará un primer diagnóstico del paciente y cuando la situación lo requiera, siguiendo lo establecido en el Protocolo de Vigilancia de la enfermedad, se enviarán las muestras al Centro Nacional de Microbiología para su confirmación.

La técnica diagnóstica de elección dependerá del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas (información importante para el laboratorio) y la toma de muestra de forma orientativa son las siguientes:

- entre 0 a 7 días: aislamiento o PCR en suero.
- entre 0 a 15/20 días: aislamiento o PCR en orina.
- a partir del 5o día: serología en suero.

Valoración inicial

En la historia clínica deben recogerse la situación clínica basal junto con una serie de datos importantes para el ulterior seguimiento:

Datos epidemiológicos y antecedentes:

- Contacto con otros casos de dengue.
- Viaje a zonas endémicas o con brotes epidémicos activos.
- Factores de riesgo: embarazo, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, edad.

Datos clínicos:

- Fecha de inicio de la fiebre o de los síntomas.
- Cantidad de ingesta líquida diaria.
- Existencia de diarrea (número y cantidad de pérdidas aproximada).
- Diuresis (frecuencia, volumen y hora de la última micción).
- Valoración de los signos de alarma.
- Otros datos clínicos relativos a posibles diagnósticos alternativos: leptospirosis, fiebre tifoidea, malaria, infección aguda VIH.

Exploración física:

- Estado mental (confusión, letargia).
- Estado de hidratación (signo del pliegue).
- Situación hemodinámica.
- Signos respiratorios:
 - o Frecuencia respiratoria
 - o Tipo de respiración (superficial) o Existencia de derrame pleural
- Signos digestivos:
 - o Dolor abdominal. o Hepatomegalia. o Ascitis.
- Signos de coagulopatía:
 - o Rash cutáneo (petequias, equimosis). o Sangrados.

Las pruebas complementarias a utilizar serán:

Hematocrito, plaquetas y recuento leucocitario.

Seguimiento

La Atención Primaria debe ser el nivel de atención responsable del seguimiento y manejo de los pacientes confirmados con enfermedad por virus Dengue del GRUPO A, principalmente en el transcurso de un brote epidémico en la comunidad con un número elevado de personas afectadas.

Ciertos controles podrían ser realizados vía telefónica si bien otros (analíticos) harían recomendable el uso de dispositivos portátiles que lo facilite (analizadores Piccolo® o similar). Los casos únicos o importados podrían remitirse al hospital de referencia para un correcto seguimiento diario.

Valoración diaria:

Los pacientes con clínica de más de 3 días deben ser valorados diariamente, mediante:

- Recuento de plaquetas
- Recuento de leucocitos
- Hematocrito
- Presencia de signos de alarma
- Temperatura
- Balance hídrico
- Posibilidad de picaduras de mosquito en la localidad del paciente, durante los 5 días siguientes al inicio de los síntomas.

Recomendaciones:

Normas de protección contra picaduras (ver apartado B. Disminución transmisión)

Descanso en cama

Ingesta de líquidos:

Se recomendará la toma frecuente de pequeñas cantidades de líquido preferiblemente zumos o sales de rehidratación oral. Estas últimas más recomendables que otros productos con mayor aporte de azúcares (bebidas carbonatadas con >5% de azúcar).

Una correcta hidratación debe corresponderse con diuresis cada 4-6 horas.

Tratamiento de síntomas:

Se recomendará tratamiento con paracetamol (10mg/Kg/dosis) cada 6-8h. No sobrepasando los 3g/d en adultos.

Se evitará el uso de ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos, así como corticoides.

Signos de alarma:

Se informará a los cuidadores de los signos de alarma que deben activar una consulta inmediata a los servicios sanitarios.

TRACOMA

El tracoma es una queratoconjuntivitis infectocontagiosa causada por *Chlamydia trachomatis*. Episodios repetidos o persistentes llevan a inflamación cada vez más grave que puede progresar a la cicatrización de la conjuntiva tarsal superior. Un episodio de infección lleva a una conjuntivitis autolimitada. Episodios repetitivos de infección durante algún tiempo resultan en inflamación que lleva a cicatrización de la conjuntiva. La inflamación conjuntival intensa y recurrente es el predictor más importante de la posterior cicatrización de la conjuntiva. La progresión tiene lugar con una insidiosa cicatrización que lleva a triquiasis.

Afecta primordialmente a la conjuntiva palpebral, provocando cambios progresivos en los párpados que contribuyen a la inversión de las pestañas que afectan a la cornea, provocando su opacidad y finalmente ceguera. El tracoma es considerado una de las principales causas de ceguera en el mundo después de las cataratas y la principal causa de ceguera prevenible. (Grupo nacional de trabajo para el mejoramiento de las condiciones ambientales y de salud en las comunidades indígenas 2004). El tracoma es una enfermedad que se desarrolla en la familia, ciertas comunidades y específicamente hogares, donde existe, insuficiente acceso al agua y deficiente saneamiento. La enfermedad se



caracteriza por fácil transmisión de secreciones oculares infectadas entre personas. La pobre limpieza facial ha sido fuertemente asociada con tracoma y podría ser un factor importante en la rápida propagación de la infección dentro de las familias y la comunidad.

FACTORES DE RIESGO

- Niños y mujeres que habitan zonas endémicas.
- Pacientes con antecedente de cirugía palpebral
- En el paciente diabético además deberá realizarse un seguimiento riguroso para conservación de la visión.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No existe una prueba diagnóstica de certeza, en el mejor de los casos la RCP detecta el contacto con la bacteria y la más utilizada a pesar de su baja sensibilidad es la tinción de Giemsa por ser económica sin embargo no establecen el diagnóstico de tracoma. Por lo que sigue siendo de trascendental importancia el interrogatorio y la exploración.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

- Se sugiere el seguimiento individual 1 mes después del tratamiento y de ser necesario enviarlo antes en caso de reinfección
- Para el re-tratamiento hay que considerar que los folículos en ocasiones, disminuyen lentamente, por lo que sólo se consideraría realizarlo en caso de no haber mejoría
- Después de la cirugía de triquiasis, los pacientes deben citarse en dos semanas para retiro de sutura, y anualmente para garantizar que la triquiasis no haya recidivado.
- Las comunidades que han recibido tratamiento deben tener una evaluación anual y re-evaluación tres años después.