



**Biblioteca Virtual
de Vigilancia en Salud**

Reporte Técnico de Vigilancia



Este número

Vol. 9, No. 1 Enero-Febrero, 2004 ISSN 1028-4338

En este número:

**Conjuntivitis Hemorrágica Epidémica Aguda en
Cuba: Caracterización epidemiológica**

Introducción

Antecedentes en Cuba

Caracterización epidemiológica, julio-diciembre 2003

Conclusiones

Referencias

Conjuntivitis Hemorrágica Epidémica Aguda en Cuba: Caracterización epidemiológica

Dra. Idalis Consuelo Morales Palanco ¹

Lic. Roberto Gonzáles Cruz ²

Dr. Ibrahim Quintana Jardines ³

Introducción

La Conjuntivitis viral, es una enfermedad transmitida por las secreciones conjuntivales, lagrimales y la saliva del enfermo. Habitualmente la diseminación se manifiesta a partir de casos aislados en la población abierta y más frecuentemente por brotes localizados en instituciones cerradas.

La afectación conjuntival de tipo hemorrágica fue identificada por primera vez en Ghana en 1969 y luego en Indonesia, en 1970. Después se han reportado innumerables epidemias en diversos países incluyendo a Cuba, donde la enfermedad apareció en 1981 y ha continuado presentándose en forma de brotes y epidemias, sobre todo en los meses de septiembre a diciembre.

Como agentes causales, se han encontrado 2 virus, el Enterovirus 70 (más prevalente) y el Coxsackie A-24, por lo que siempre son de interés los elementos relacionados con la transmisión, prevención y control de esta entidad.

**Acerca del
RTV**
**Números
disponibles**
**Publicaciones
electrónicas**
**Artículos e
informes**

La enfermedad tiene un inicio repentino con enrojecimiento, dolor, lagrimeo, picazón y sensación de cuerpo extraño en uno o ambos ojos, edema parpebral y la aparición de hemorragias subconjuntivales, las que tienen resolución en el curso de 5 a 7 días.

El período de incubación es corto, de 12 a 72 horas, mostrando una poderosa capacidad de difusión al transmitirse por el contacto directo o indirecto con las secreciones oculares y por intermedio de las microgotas de saliva. Por lo general los enfermos son transmisibles mientras dura la fase aguda de la enfermedad, 5 días como máximo (1).

En meses anteriores se informó la ocurrencia de brotes de Conjuntivitis Hemorrágica Epidémica en varios países de la región de las Américas, fundamentalmente en Brasil, Nicaragua, Venezuela y algunas islas del Caribe, con los cuales mantenemos amplias relaciones de intercambio de viajeros, razón por la cual se orientó iniciar la vigilancia activa por parte de los médicos de la familia y los servicios oftalmológicos, tanto en instituciones cerradas como en población abierta, con el objetivo de aislar los casos, tratarlos y orientar las medidas para la prevención de nuevos casos y el control de foco inmediato en el área geográfica afectada.

[Atrás](#)

Antecedentes en Cuba

Esta enfermedad era desconocida en Cuba hasta la introducción inexplicable del Enterovirus-70 en el mes de agosto de 1981. Hoy es considerada en nuestro país como una enfermedad endemo-epidémica, cuya etiología más frecuente ha sido el Coxsackie A-24.

La primera epidemia, se produjo en dicho año en los meses comprendidos de Septiembre a Diciembre, producida por el Enterovirus-70, reportándose 884 015 casos. En el verano de 1986 se produce el segundo brote epidémico causado por el Coxsackie A-24, afectando a 596 445 personas en todo el país.

En 1989 se detecta un nuevo brote causado por el Enterovirus-70, importado por becarios extranjeros. En esta ocasión la epidemia produjo 317 312 casos.

En el año 1993, se presentó una epidemia que alcanzó la cifra de 87 521, cuyos territorios más afectados fueron Ciudad de La Habana, La Habana, Matanzas y Ciego de Ávila. Se identificó como agente causal el Coxsackie A-24.

En el mes de Junio de 1997 comenzaron a presentarse los primeros casos en Ciudad de La Habana de una nueva epidemia. El comportamiento de la enfermedad fue ascendente hasta afectarse todos los territorios del país, acumulándose hasta el 18 de Septiembre 110 724 casos, para una tasa nacional de 1003.3 por 100 000 hab. Las provincias de mayor incidencia fueron Ciudad de La Habana, Las Tunas, Guantánamo y Santiago de Cuba. El agente etiológico responsable fue el Coxsackie A-24 (2).

En el año 2003 se inició un nuevo brote epidémico de la entidad ocular. Los primeros casos se presentaron en la Ciudad de La Habana, en el mes de julio, a partir de los cuales se diseminó la

enfermedad hacia el resto de las provincias hasta afectarse todos los territorios en el país.

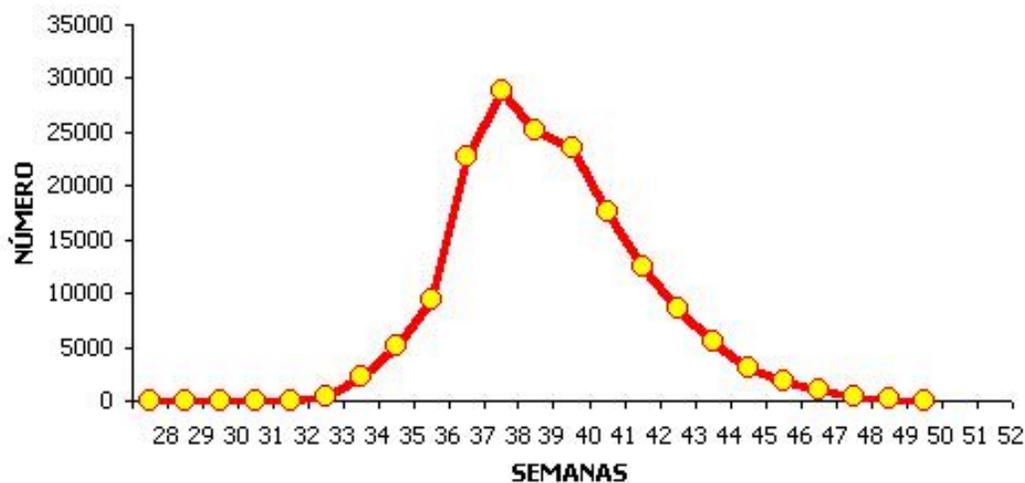
[Atrás](#)

Caracterización epidemiológica, julio-diciembre del 2003

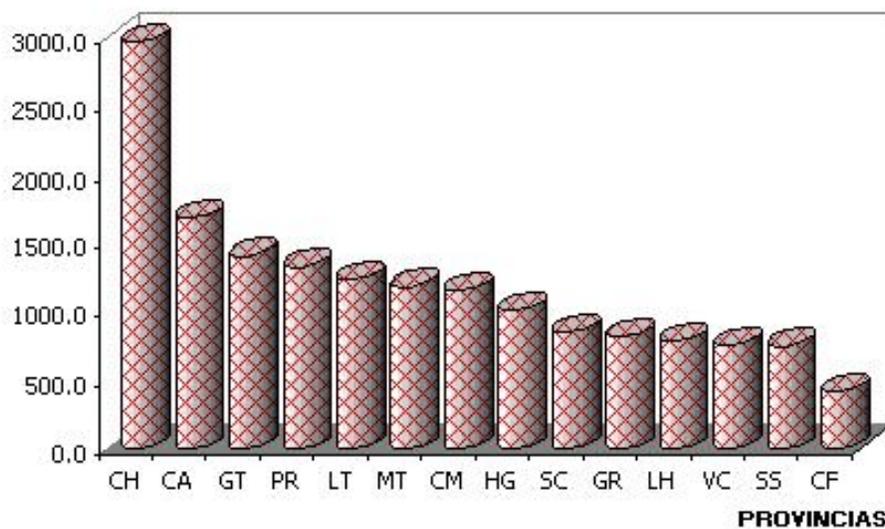
Según el diagnóstico virológico, el agente responsable de esta última epidemia fue el Coxsackie A-24 y se reportaron hasta el 15 de Diciembre del 2003 (fecha de cierre del brote epidémico), 171 910 casos para una tasa de 1 527.5 por 100 000 hab.

Su comportamiento fue ascendente hasta la semana 38 (Gráfico 1), incrementándose el número de casos a partir de la semana 33, en la cual se incorporan nuevas provincias a la epidemia.

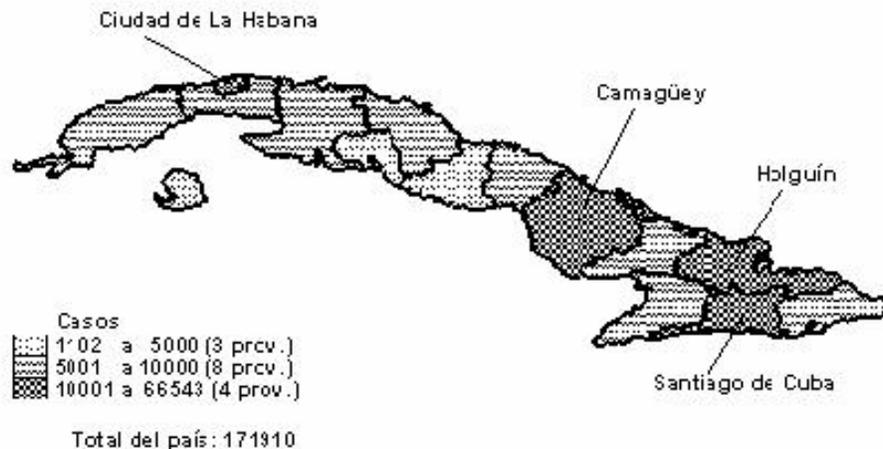
Gráfico 1. Casos de Conjuntivitis reportados por semanas estadísticas. Cuba 2003



Las provincias que presentaron mayor incidencia fueron Ciudad de La Habana, Ciego de Ávila y Guantánamo, con tasas de 3 033.1, 1 905.3 y 1 838.2 por 100 000 hab. respectivamente (Gráfico 2). La de menor incidencia fue Cienfuegos.

Gráfico 2. Incidencia de Conjuntivitis por provincias. Cuba, 2003**TASAS X 100 000
HAB.**

Hasta la semana 50, los mayores acumulados de casos se concentraron en Ciudad de La Habana (66 543), Santiago de Cuba (13 893), Holguín (11 400) y Camagüey (10 790), lo que se puede apreciar en el Mapa 1. Los menores de 15 años representan el 24.5% del total.

Mapa 1. Casos de Conjuntivitis Hemorrágica Epidémica Aguda según provincias hasta la semana 50, Cuba 2003

Fuente: C.P.H.E. (Datos preliminares)

[Atrás](#)

Conclusiones

Como se puede apreciar, según el comportamiento histórico, el número de casos se incrementó en las dos últimas epidemias (1997 y 2003), aún con cifras mayores en este último año, prevaleciendo como agente causal el Coxsackie A 24, que ha sido el responsable de esta enfermedad en cuatro de las seis grandes epidemias que han azotado al país, por lo que se deben mantener y activar oportunamente las medidas de prevención y control para evitar brotes epidémicos similares y por tanto lograr una disminución cada vez mayor del número de afectados. Entre estas medidas se encuentran:

- Activar el plan de acción de cada provincia y municipio en los aspectos de la preparación.
- Activar la comisión para el enfrentamiento de esta enfermedad, integrada por Epidemiología, UATS, CNEPS, Dirección de Hospitales, Atención Primaria, Servicio de Oftalmología, IPK, FARMACUBA, MININT y MINFAR.
- Actualizar las comisiones provinciales y municipales, de ser necesario, integradas por especialistas de todas las áreas del Sistema Nacional de Salud y los servicios médicos del MININT y MINFAR.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica activa de los Médicos de la Familia y los servicios oftalmológicos, tanto en instituciones cerradas como en población abierta, con el objetivo de aislar los casos, tratarlos y orientar las medidas para la prevención de nuevos casos y el control inmediato de focos en el área geográfica afectada. Esto incluye establecer puntos de vigilancia en lugares de embarque y desembarque de pasajeros en todas las provincias.
- Valorar o interconsultar de forma rápida aquellos casos sospechosos que se detecten a cualquier nivel del sistema de salud por especialistas de Oftalmología para descartar otras Conjuntivitis Virales o Bacterianas que puedan estar circulando en el país.
- Garantizar la notificación inmediata y oportuna de los casos sospechosos por el sistema de Alerta-Acción de la UATS de cada territorio, para de esta manera acometer de inmediato las acciones de control de foco:
 - Ingreso y aislamiento hospitalario obligatorio de todos los casos clínicamente sospechosos, con el fin de interrumpir oportunamente la transmisión.
 - Garantizar las normas de asepsia y antisepsia en los lugares donde se notifique el caso.
 - Tratamiento profiláctico utilizando el colirio de Leuferón.
 - Educación sanitaria a los enfermos y contactos.
 - Adoptar medidas adicionales en caso necesario.

Referencias

1. Cuba. MINSAP. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri IPK. Bol Epidemiol 1993; 31 (43):340
2. Cuba. MINSAP. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. A.I. Portuondo Martínez, J.M Bermúdez Varela. Conjuntivitis Hemorrágica Epidémica. UATS, 1997

Enviar correspondencia a:

[Dra. Idalis Consuelo Morales Palanco](#)

idalis.morales@infomed.sld.cu

1Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP.

2Licenciado en Geografía. Máster en Salud Ambiental. Unidad Nacional de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP.

3Especialista de Segundo Grado en Higiene y Epidemiología. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

[Atrás](#)

Publicación de:

Unidad de Análisis y Tendencias en Salud
Ministerio de Salud Pública
Calle 23 Esq. N. Plaza de la Revolución
La Habana. Cuba. CP 10 400
Teléf. (537)-553350/ 553405
Fax. (537)-662312
E-mail: webmaster@hesp.sld.cu
<http://bvs.sld.cu/uats/>

Edición: Lic. Nancy Sánchez Tarragó

Consejo Asesor:

Dr. Daniel Rodríguez Milord

Dr. Jorge L. Martínez Pérez

Dr. Waldo Jorrín Ibáñez

Copyright ©Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. MINSAP. 1997
webmaster@hesp.sld.cu