

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y tratamiento de la
Conjuntivitis.

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-035-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica para Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis. , México: Secretaria de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN: 978-607-8270-01-9

H10 Conjuntivitis

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis

Autores :

Jaime Rayas Lundes

José Tomás Terán Loredo

Olivia Torres Vega

Lesley Farrel González

Leobardo Gómez Torres

Yuribia Karina Millán Gámez

Validación Interna:

Jorge Alberto Blancas Ontiveros

Fernando Cárdenas Wong

Oscar Castañeda Sánchez

Néstor Hugo Garrido Gaspar

Rolando López López

Santa Vega Mendoza

Validación Externa:

Jaime Lozano Alcazar

Jose Adrian Rojas Dosal

Rojas Dosal José Adrián

Medicina Familiar

Medicina Familiar

Oftalmología

Oftalmología

Médico Internista

Oftalmología

Oftalmología

Medicina Familiar

Medicina Familiar

Oftalmología

Oftalmología

Medicina Familiar

Oftalmología

Oftalmología

Oftalmología

IMSS

IMSS

IMSS

ISSSTE

ISSSTE

IMSS

IMSS

IMSS

IMSS

IMSS

IMSS

IMSS

UMF No. 80 Michoacán

J FM San Luis Potosí

HGZ No. 6 Chihuahua

Dirección Gral. Médica

SubDirección Médica. División de
calidad

División de Excelencia Clínica,
Coordinación de UMAE

Hospital de Especialidades
No. 14 Veracruz, Ver.

UMF No. 5 Nayarit

UMF No. 1 Sonora

Hospital de Especialidades

Núm. 2 Ciudad Obregón

HGR No.12 Yucatán

UMF No. 20 D. F Norte

Academia Mexicana de Cirugía

Academia Nacional de Medicina de Mexico

Índice:

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2. OBJETIVO DE ESTA GUÍA	7
3.3. DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	9
4.1. PREVENCIÓN PRIMARIA	10
4.1.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	10
4.1.1.1. ESTILOS DE VIDA	10
4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	12
4.2.1. DETECCIÓN.....	12
4.2.1.1. PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA.....	12
4.3. DIAGNÓSTICO	14
4.3.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	14
4.4. TRATAMIENTO.....	16
4.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	16
4.4.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	17
4.5. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	19
4.5.1. CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA.....	19
4.5.1.1. REFERENCIA AL 2do. NIVEL DE ATENCIÓN	19
4.6. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	19
4.7. TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD.....	20
ALGORITMOS	21
5. DEFINICIONES OPERATIVAS	22
6. ANEXOS.....	23
6.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	23
6.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	24
6.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE ORIENTAN AL DIAGNOSTICO ETILOGICO DE LA CONJUNTIVITIS....	27
6.4. MEDICAMENTOS.....	28
7. BIBLIOGRAFÍA.....	29
8. AGRADECIMIENTOS	30
9. COMITÉ ACADÉMICO	31
10. DIRECTORIO.....	32
11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	33

1. CLASIFICACIÓN

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-035-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos familiares, médicos oftalmólogos y médico en calidad
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	H10 Conjuntivitis
GRD	047 Otros trastornos del ojo, mayores de 17 años sin complicaciones y/o comorbilidades
CATEGORÍA DE GPC	Primer Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento Prevenición
USUARIOS POTENCIALES	Personal de salud en formación y servicio social, Médico familiar, Médico general
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado Coordinación UMAE División de Excelencia Clínica, Jefatura de Prestaciones Médicas, Dirección General y Subdirección Médica. División de Calidad Delegación Michoacán, San Luis Potosí, Chihuahua, Veracruz, Nayarit, Sonora, Yucatán, Norte DF. Unidades Médicas participantes UMF 80, HGZ 6, Hospital Especialidades 14, UMF 5, UMF 1, Hospital Especialidades 2, HGR 12, UMF 20.
POBLACIÓN BLANCO	Todo paciente con diagnóstico de conjuntivitis
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Historia clínica y exploración física dirigida a región ocular, envío a especialidades en caso necesario, expedición de incapacidad de acuerdo a evaluación clínica.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Reducción de los cuadros recurrentes Disminución complicaciones Prescripción adecuada de antibióticos Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Mejorar la calidad de vida
METODOLOGÍA¹	Definición el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 8 Guías seleccionadas: 4 del periodo 1997-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Validación Externa : Academia de Medicina de Cirugía/ Academia Nacional de Medicina de Mexico
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catalogo Maestro: IMSS-035-08 Fecha de Publicación: 2009 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Como se establece el diagnóstico clínico de los diferentes tipos de conjuntivitis?
 - A) Mucopurulenta
 - B) Atópica o alérgica
 - C) Mecánica - irritativa
2. ¿Cuál es el esquema de tratamiento ideal en cada uno de los tipos de conjuntivitis?
3. ¿Cuáles son las medidas de prevención más efectivas para evitar la diseminación?
4. ¿Cuáles son las principales indicaciones para referir al segundo nivel?
5. ¿Cuáles son las indicaciones para otorgar incapacidad laboral temporal para el paciente con conjuntivitis?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de una guía de práctica clínica esta justificada por la alta incidencia de conjuntivitis y por la gran variabilidad en la prescripción de fármacos. Durante el 2007 se solicitaron 471,172 consultas en el primer nivel de atención por este motivo (datos de la División Técnica de Información Estadística en Salud). El diagnóstico es clínico mediante un interrogatorio dirigido y una exploración adecuada. La falla del tratamiento inicial propicia prescripciones secundarias y consultas adicionales, por lo que es importante evaluar además el estado general del paciente y descartar patología sistémica que pueda originar conjuntivitis repetidas además de realizar un tratamiento más específico. Debe destacarse además la importancia en cuanto a medidas de prevención para las conjuntivitis, considerando el medio ambiente, lugar de trabajo y antecedentes personales que generan susceptibilidad en algunos individuos que al encontrarse en edad productiva producen un impacto económico importante, sobre todo en los casos recurrentes.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Practica Clínica “**Para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis**” forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificar las características clínicas que orientan a establecer el diagnóstico etiológico de las conjuntivitis en el primer nivel de atención.
2. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica y el consenso de expertos sobre el tratamiento de las conjuntivitis en el primer nivel de atención.
3. Contar con recomendaciones que logren disminuir la frecuencia de complicaciones en los casos de conjuntivitis.

4. Formular recomendaciones que orienten a prevenir la propagación en los casos transmisibles.
5. Establecer los criterios de referencia de las conjuntivitis al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Conjuntivitis: es la inflamación de la conjuntiva bulbar y tarsal por la acción de agentes infecciosos, alérgicos, tóxicos o mecánicos y que se manifiesta por escozor o picor ocular, sensación de cuerpo extraño, presencia de folículos y/o papilas, hiperemia, lagrimeo, fotofobia y secreción serosa, fibrinosa o purulenta. La gran mayoría son limitadas, pero algunas progresan y pueden causar serios problemas oculares y extraoculares.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

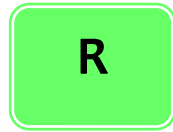
Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.



Evidencia



Recomendación



Buena Práctica

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1. ESTILOS DE VIDA

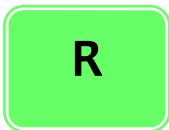
Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La historia clínica del paciente recaba información del estilo de vida a través de información como: tabaquismo, viajes, ocupación, pasatiempos y actividad sexual.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)



Incorporar información sobre historia social y estilo de vida durante el interrogatorio de la historia clínica. Esta puede incluir: tabaquismo, viajes, ocupación, pasatiempos y actividad sexual.

C
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

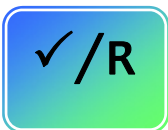
La promoción de la salud se realiza a través de medidas de prevención como la higiene personal.



- Lavado de cara y ojos con frecuencia.
- Lavado de manos para evitar la transmisión.
- Lavado de párpados para prevenir la blefaritis como factor asociado.
- Utilice una toalla personal individual de tela únicamente para cara y manos.
- Lávese las manos antes de tocar los ojos o cerca de los ojos y antes de aplicar gotas o ungüentos oftálmicos.
- No toque ojos, párpados o pestañas con la punta del gotero o del ungüento oftálmico.
- No compartir el ungüento o las gotas oftálmicas.
- No frote los ojos.
- Nunca enjuagar los lentes de contacto con agua del grifo o solución de preservación.

✓
Consenso del grupo que elaboró la presente guía

Promoción de la salud en el trabajo mediante prevención de riesgos profesionales y trauma.



- La disponibilidad y uso de dispositivos de seguridad por ejemplo, uso de lentes protectores, careta, etc.
 - Capacitación y equipo de protección en las industrias de alto riesgo
 - Empaque, manipulación y almacenamiento adecuado de productos químicos, materiales y otras sustancias peligrosas.
 - La capacitación de la fuerza de trabajo para puestos de trabajo con alto riesgo de desarrollar conjuntivitis.
- A. Adhesión a las normas de seguridad en las áreas de trabajo.

✓
Buena Práctica

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1. DETECCIÓN

4.2.1.1. PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La disfunción de la glándula de meibomio y la deficiencia de la película lagrimal, son considerados factores de riesgo para el desarrollo de conjuntivitis papilar gigante.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

R

Se recomienda búsqueda intencionada de datos clínicos como sensación de cuerpo extraño, lagrimeo e hiperemia conjuntival que orientan a la deficiencia de película lagrimal.

A
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

E

La propensión genética a la atopia y exacerbaciones agudas ante alergenos y sustancias irritantes del medio ambiente son factores de riesgo asociados con conjuntivitis atópica y vernal.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

R

Interrogar sobre antecedente de atopias y exacerbaciones agudas ante alergenos y sustancias irritantes del medio ambiente.

A
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

E

Las anomalías en la estructura de los anexos oculares, trauma, mal posición palpebral y deficiencia severa de la película lagrimal son factores de riesgo para el desarrollo de conjuntivitis mucopurulenta.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

R

Investigar antecedentes de contacto con individuos enfermos, trauma o contacto ocular con fluidos genitales. Anomalía en la posición palpebral, estructura de los anexos oculares y deficiencia severa de lágrima.

A
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

<p>E</p>	<p>El uso de lente de contacto, medicamentos tópicos y laxitud palpebral son factores que inducen conjuntivitis mecánica irritativa.</p>	<p>III (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>R</p>	<p>Buscar laxitud palpebral y antecedentes de uso de lente de contacto y medicamentos tópicos.</p>	<p>A (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>E</p>	<p>Los pacientes con antecedente de quimioterapia, tratamiento inmunosupresor o VIH/SIDA son susceptibles de conjuntivitis.</p>	<p>III (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>R</p>	<p>Interrogar sobre tratamiento inmunosupresor, quimioterapia o VIH.</p>	<p>B (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>E</p>	<p>El paciente pediátrico que cursa con obstrucción del conducto nasolagrimal, otitis media aguda, faringitis, sinusitis o en contacto con individuo infectado tiene riesgo de desarrollar conjuntivitis mucopurulenta.</p>	<p>III (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>R</p>	<p>Explorar en busca de signos y síntomas relacionados con infecciones de las vías aéreas superiores.</p>	<p>A (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>E</p>	<p>Los antecedentes oftálmicos de traumas o cirugías pueden generar cuadros inflamatorios a largo plazo.</p>	<p>III (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>
<p>R</p>	<p>Interrogue antecedentes oculares que pueden propiciar cuadros de conjuntivitis a largo plazo.</p>	<p>B (American Academy of Ophthalmology. 2003) (International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies.2007)</p>

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

E

La historia clínica debe buscar síntomas y signos como: prurito, secreción, ardor, dolor, fotofobia, visión borrosa, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño.

R

Interrogar acerca de: prurito, secreción, dolor, fotofobia, visión borrosa, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño.

E

Las características, de la secreción como son color y consistencia y orientan al diagnóstico diferencial de la conjuntivitis.

R

Características de la secreción:

- Mucosa: origen alérgico.
- Mucopurulenta o purulenta: bacteriana.
- Acuosa: mecánica-irritativa o deficiencia de película lagrimal.

E

La duración de los síntomas orienta sobre la etiología de la conjuntivitis.

R

Generalmente la:

- Aguda: bacteriana, por radiación UV, lente de contacto o trauma.
- Recurrente: atópica, cuadros recurrentes de curso crónico, con exacerbaciones durante el verano.
- Crónica: por deficiencia de película lagrimal y laxitud palpebral.

Nivel / Grado

III

(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

A

(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

III

(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

A

(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

III

(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

A

(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

E

La presentación puede ser uní o bilateral.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

R

La presentación uní o bilateral nos orienta a la etiología.

- Unilateral: mecánica o química.
- Bilateral: bacteriana, radiación ultravioleta, deficiencia de película lagrimal y alérgica.

A
(American Academy of Ophthalmology. 2003)
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)

E

La pérdida de pestañas, y queratinización de la conjuntiva (engrosamiento oscuro) se presentan en la conjuntivitis alérgica.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

R

Explorar en busca de pérdida de pestañas y presencia de pigmento perilimbo (queratinización) como evidencia clínica de conjuntivitis alérgica.

A
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

E

La linfadenopatía regional preauricular, presencia de folículos, quemosis, papila, hemorragias y material extraño; orientan al diagnóstico de conjuntivitis.

III
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

R

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

A
(International Council of Ophthalmology/
International Federation of Ophthalmological Societies.2007)
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

E

La conjuntivitis alérgica puede ser tratada con agentes antihistamínicos /vasoconstrictores o con antagonistas de los receptores H₁-histamina tópico de segunda generación. Si los síntomas no son adecuadamente controlados agregar un régimen de esteroides tópicos de baja potencia.

R

En conjuntivitis alérgica:

- Cromoglicato de sodio 1 gota cada 8 horas puede ser utilizado también durante el periodo de recurrencia
- Prednisolona 1 gota cada 8 horas por 5 días como máximo (recordar la posibilidad de desarrollo de catarata e hipertensión ocular secundaria).

Cuando se disponga de Hidrocloridrato de olopatadina puede ser utilizado al 1%, 1 gota cada 12 horas y continuar después con cromoglicato de sodio.

E

Para pacientes con diagnóstico clínico de deficiencia de la película lagrimal o conjuntivitis mecánica irritativa se recomienda evitar factores exógenos y uso de lágrimas artificiales.

R

En conjuntivitis mecánica-irritativa:

- Hipromelosa 0.5% a dosis de una gota cada 2 horas en los casos mecánico irritativa por 5 días y en los casos de disfunción de película lagrimal es de por vida.

Nivel / Grado

III
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

A

(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

III

(American Academy of Ophthalmology. 2003)

A

(American Academy of Ophthalmology. 2003)

E

Estudios controlados aleatorizados comparan diferentes antibióticos tópicos entre sí (norfloxacino 0.3%, ciprofloxacino 0.3%, ofloxacino al 0.3%, lomefloxacino 0.3%, levofloxacino 0.5%, sulfato de trimetoprim con polimixina B 10,000/1mg/1ml, tobramicina al 0.3%, cloranfenicol 0.5%, sulfacetamida sódica 10%, eritromicina 5mg/gr, sulfato de gentamicina 0.3%, ácido fusídico 0.1% y no encontraron diferencias en la mejoría clínica y de cultivo.

I
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

E

Un ensayo controlado la solución oftálmica con yodine povidona en pacientes pediátricos demostró ser tan efectiva como la neomicina-polimixina B y gramidicina en el tratamiento de conjuntivitis bacteriana.

II-1
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

R

En conjuntivitis mucopurulenta:

- Cloranfenicol a dosis de una gota cada 4 horas durante 7 días.
- En caso de alergia o hipersensibilidad al cloranfenicol se recomienda neomicina compuesta (neomicina, polimixina y gramidicina) en gotas tópicas una gota cada 4 horas durante 7 días).

A
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

4.4.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

E

Higiene de párpados para eliminar secreción. Realizarlo con solución salina balanceada o agua hervida.

Nivel / Grado

III
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

R

Lavado de manos y párpados con agua hervida fría y evitar frotarse los ojos.

A
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

E

En caso de presentar secreción abundante se recomienda limpieza de pestañas varias veces al día con una torunda de algodón humedecida en solución de shampoo para bebe y desecharla, en seguida enjuagar con agua.

III
(National Guideline
Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

R

Instruir al paciente para que lo realice de forma adecuada.

A
(National Guideline
Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)

✓/R

Aplicar compresas frías durante 10 minutos 3 o 4 veces al día, para proporcionar alivio sintomático en la conjuntivitis alérgica o conjuntivitis por disfunción de la película lagrimal.

(American Optometric Association.
2002)

✓

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

✓/R

Eliminar el cuerpo extraño responsable en las conjuntivitis mecánicas-irritativas (lente de contacto, medicamento o cosmético).

American Optometric Association.
2002

✓

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

✓/R

Uso de gafas oscuras.

(American Optometric Association.
2002)

✓

Buena Práctica

✓/R

Oclusión ocular por 24 horas en los casos de conjuntivitis mecánica-irritativa o por disfunción de película lagrimal. En los casos de conjuntivitis bacteriana, la oclusión está contraindicada.

✓

Buena Práctica

4.5. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.5.1. CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA

4.5.1.1. REFERENCIA AL 2DO. NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel/Grado

E

La presencia de algunos de los siguientes datos, sugiere la presencia de complicación de la conjuntivitis:

- Dolor ocular moderado o severo.
- Secreción purulenta abundante.
- Disminución súbita de la agudeza visual.
- Limitación de los movimientos oculares.
- Falta de respuesta al tratamiento.

III
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

R

Envío urgente al servicio de oftalmología, si el paciente presenta datos que sugieren complicación de la conjuntivitis.

A
(National Guideline Clearinghouse.

Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. 2005)
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

E

Identificar factores de riesgo para desarrollo de conjuntivitis asociada a enfermedad sistémica.

III
(International Council of

Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies. 2006)

R

Referir al paciente con manifestación sistémica con el médico especialista correspondiente.

A
(International Council of

Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies. 2006)

4.6. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La mayoría de los cuadros de conjuntivitis, tratados en forma adecuada, presentan mejoría franca en un lapso de 3 a 4 días.

III
(American Academy of Ophthalmology. 2003)

<div style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> R </div>	<p>Instruir al paciente para que acuda nuevamente a consulta en 3 días, en caso de no presentar mejoría o exacerbación de los síntomas.</p>	<p style="text-align: center;">A (American Academy of Ophthalmology. 2003)</p>
<div style="background-color: #4682B4; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> E </div>	<p>En pacientes con disfunción de película lagrimal. Vigilar en forma continua.</p>	<p style="text-align: center;">III ITFG-abril 2007</p>
<div style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> R </div>	<p>Cita del paciente, cada mes para evaluar síntomas y dotarlo de lubricantes.</p>	<p style="text-align: center;">B ITFG-abril 2007</p>
<div style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> ✓/R </div>	<p>Programar la cita del paciente identificado con patología alérgica en la época del año en la que aumentan las conjuntivitis alérgicas.</p>	<p style="text-align: center;">(American Optometric Association 2002)</p> <p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
<div style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> ✓/R </div>	<p>En mujeres embarazadas se recomienda ocluir el punto lagrimal con un hisopo antes de la instilación de gotas oftálmicas para evitar absorción sistémica del tratamiento.</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>

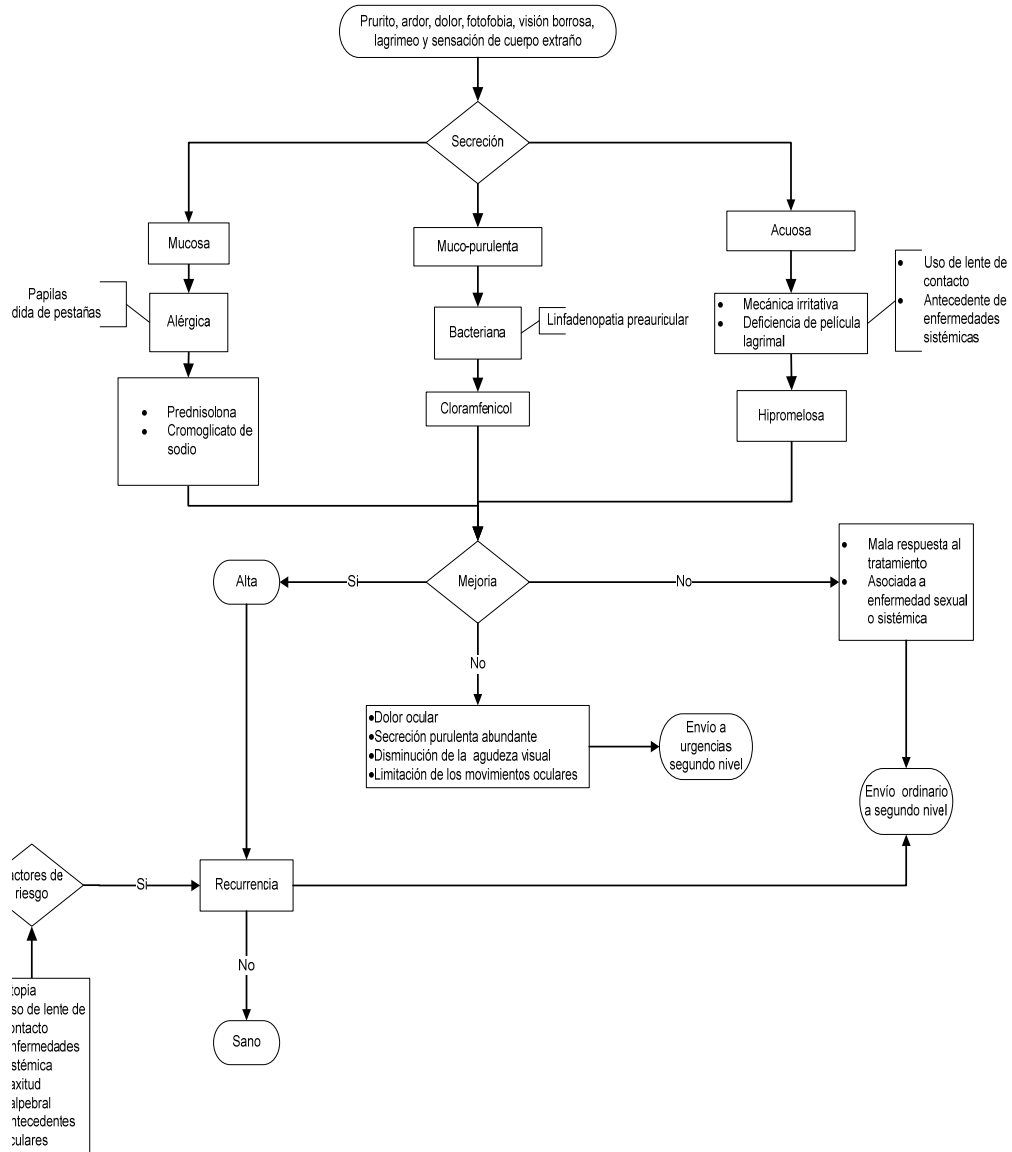
4.7. TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

<div style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px 0;"> ✓/R </div>	<p>En el caso que se requiera, expedir incapacidad temporal para el trabajo por un periodo de 1 a 5 días. La recuperación es en 3 a 4 días según refiere la Academia Americana de Oftalmología</p>	<p style="text-align: center;">✓ Buena Práctica</p>
--	--	---

ALGORITMOS



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Alergia: es una reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos.

Atopia: es la predisposición genética a sensibilizarse y producir anticuerpos IgE en respuesta a alérgenos comunes, ante los cuales la mayoría no produce una respuesta IgE prolongada.

Conjuntivitis alérgica: es debida a fenómenos de hipersensibilidad inmediata o retardada.

Conjuntivitis folicular: se caracteriza por la presencia de hiperplasia difusa del tejido linfoide subconjuntival como respuesta a un daño.

Conjuntivitis mecánica irritativa: consiste en una reacción por cuerpo extraño, puede ser inducida por lentes de contacto y otros elementos tales como suturas conjuntivales o prótesis oculares de plástico. La irritación mecánica crónica puede provocar lesión de la conjuntiva.

Conjuntivitis papilar gigante: es de naturaleza alérgica y puede asociarse a queratitis, es más frecuente en niños y hace su aparición en los meses de calor o en climas cálidos. Bajo esta denominación debemos considerar a la conjuntivitis inducida por lentes de contacto, la querato-conjuntivitis atópica y la querato-conjuntivitis vernal, pues todas ellas tienen en común la presencia de papilas de gran tamaño.

Folículo: Hiperplasia difusa del tejido linfoide subconjuntival que representa una forma inespecífica de respuesta de la conjuntiva a diferentes agresiones. Es de curso crónico y benigno, se localizan principalmente en el fórnix inferior, sin signos inflamatorios acompañantes ni secreciones.

Papila: es una formación conjuntival, levemente sobreelevada, poligonal, gruesa, con un vaso sanguíneo central que está formada por células del sistema inmunocompetente extravasadas.

Quemosis: edema de la conjuntiva bulbar.

Queratinización: engrosamiento de la conjuntiva con aspecto café oscuro.

Síndrome de párpado laxo: se caracteriza por laxitud de los párpados superiores, lo cuales se evierten con extremada facilidad al practicarles una tracción elevadora, se asocia a una conjuntivitis papilar crónica y síntomas oculares irritativos inespecíficos.

6. ANEXOS

6.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre conjuntivitis en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines International Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Care of the patient with conjunctivitis. 2nd edition. www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf
2. Guidelines for the treatment and management of acute bacterial conjunctivitis in children and adults. www.guideline.gov/
3. American Academy of Ophthalmology. Cornea/External Disease Panel 2003. www.aao.org/
4. International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmological Societies. www.icoph.org/pdf/ICOConjunctivitis

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: conjuntivitis y conjunctivitis

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo \checkmark y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
la. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
lb. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Asociación Americana de Optometría.

Método para evaluar la calidad y fuerza de evidencia: Consenso de expertos (comité)

CUADRO II. LA ESCALA DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE OFTALMOLOGIA/FEDERACION INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE OFTALMOLOGIA / ACADEMIA AMERICANA DE OFTALMOLOGIA

Recomendación	Evidencia
A	La más importante
B	Moderadamente importante
C	Relevante pero no criticable
√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

El panel también evaluo cada una de las recomendaciones sobre la fortaleza de las pruebas en la literatura disponible para apoyar la recomendación hecha. La "fuerza de puntuaciones de las pruebas" también se divide en tres niveles

Recomendación	Evidencia
I	Incluye la evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado, aleatorio, bien diseñado, correctamente realizado. Se podría incluir meta-análisis de ensayos controlados aleatorios.
II	Incluye la evidencia obtenida a partir de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • ensayos controlados, bien diseñados no aleatorios • estudios analíticos, casos y controles y de cohorte bien diseñados • Múltiples series temporales con o sin la intervención
III	Incluye la evidencia obtenida a partir de uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Estudios descriptivos • Reportes de casos • Comités de expertos y organizaciones
√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

CUADRO III. LA ESCALA DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS

Método para evaluar la calidad y fortaleza de la evidencia	
Calidad de la evidencia	
I	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado al azar bien realizado
II-1	Evidencia obtenida de ensayos controlados bien diseñado no aleatorios
II-2	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados de cohorte o de casos y controles y analíticos , preferentemente de más de un centro o grupo de investigación
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica; estudios descriptivo e informes de casos, o informes de comités de expertos
IV	Evidencia obtenida de los informes de las comisiones de expertos u opiniones y / o clínicos

Sistema de puntuaciones para la fuerza de las recomendaciones	
A	Existe buena evidencia para apoyar la recomendación de que el tratamiento es específicamente considerado para el manejo de la conjuntivitis bacteriana aguda
B	Evidencia razonable para apoyar la recomendación de que el tratamiento se en cuenta de forma específica en el manejo de la conjuntivitis bacteriana aguda.
C	No hay evidencia suficientes para recomendar a favor o en contra de la inclusión del tratamiento en el manejo de la conjuntivitis bacteriana aguda, pero recomendaciones pueden hacerse por otros motivos
D	Evidencia razonable para apoyar la recomendación de que el tratamiento se excluidos de la consideración en la gestión de los bacteriana aguda conjuntivitis.
E	Existe buena evidencia para apoyar la recomendación de que el tratamiento se excluidos de la consideración en el manejo de conjuntivitis bacteriana aguda

6.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE ORIENTAN AL DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO DE LA CONJUNTIVITIS

	Muco/ purulenta	Alérgica	Mecánica /irritativa
Secreción			
Mucopurulenta	Abundante		
Mucoso acuosa		Mínima	
Acuosa			Moderada
Presentación			
Aguda	Si		
Crónica	Si	Si	Si
Recurrente		Si	
Signos /síntomas			
Hiperemia	Importante	Moderada	Moderada
Lagrimo	Moderado	Moderado	Abundante
Prurito	Mínimo	Importante	Moderado
Quemosis	Moderada	Moderada	Depende del origen
Papilas	Moderadas	Abundantes	No
Folículos	Ausente	Ausente	Depende del origen
Fotofobia	Mínima	Mínima	Importante (rayos UV)
Riesgo de transmisión	Alto	Nulo	Nulo

6.4. MEDICAMENTOS

CUADRO IV. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
2821	Cloramfenicol	1 gota c/4 por 7 días. Durante el día.	Solución oftálmicas	7 días	Hipersensibilidad, irritación local.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. No usarse por más de 7 días.
2822	Cloramfenicol	Una aplicación por la noche antes de dormir.	Ungüento oftálmico	7 noches	Hipersensibilidad, irritación local.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. No usarse por más de 7 días.
2823	Neomicina, polimixina y gramicidina	1gota c/4hrs por 7 días. Durante el día.	Solución oftálmicas	7días	Hipersensibilidad, irritación local, superinfecciones por el uso prolongado.	No administrar con antimicrobianos bacteriostáticos por efecto antagónico	Hipersensibilidad al fármaco. No usarse por más de 7 días.
2824	Neomicina, polimixina y gramicidina	Una aplicación por la noche antes de dormir.	Ungüento oftálmico	7 noches	Hipersensibilidad, irritación local, superinfecciones por el uso prolongado.	No administrar con antimicrobianos bacteriostáticos por efecto antagónico	Hipersensibilidad al fármaco. No usarse por más de 7 días.
2841	Prednisolona	1 gota c/8hrs	Solución oftálmicas	5 días	Disminuye la cicatrización, adelgazamiento y ulcera corneal, glaucoma secundario, catarata subcapsular posterior. Favorece las infecciones por virus u hongos en uso prolongado	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. No usarse por más de 7 días.
2806	Cromoglicato de Sodio	1 gota c/8hrs	Solución oftálmicas	Criterio del médico tratante.	Ardor, prurito	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco
2893	Hipromelosa al 0.5%	1 gota c/2hrs	Solución oftálmica.	Indefinido	Visión borrosa transitoria, irritación leve, edema, hiperemia, pegosteo de párpados y pestañas.	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Ophthalmology. Conjunctivitis 2003. Acceso 18 marzo 2008
2. [American Academy of Ophthalmology. Dry Eye Syndrome 2003. Acceso 18 marzo 2008](http://one.aao.org/asset.axd?id=dd47d8db-9770-4fed-a1da-bc9ce9ccfb76)
<http://one.aao.org/asset.axd?id=dd47d8db-9770-4fed-a1da-bc9ce9ccfb76>
3. American Optometric Association. Care of the patient with conjunctivitis. 2nd ed. 2002 Acceso 1 de abril 2008 based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]
4. Care of the Patient with Conjunctivitis. Acceso 18 marzo 2008
5. Consejo de Salubridad General. Cuadro básico y catálogo de medicamentos Edición 2007 Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud
6. Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
8. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
9. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097.
10. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence
11. <http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/PPP.aspx>
12. <http://www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf>
13. http://www.gencat.cat/ics/professionals/medicaments/informe_olopatadina.pdf
14. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=4598&nbr=3384
15. <http://www.icoph.org/guide/guideintro.html>
16. International Council of Ophthalmology/ International Federation of Ophthalmologic Societies Conjunctivitis. Acceso 18 marzo 2008.
17. [Jiménez V. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos \(CADIME\)2004.](http://www.easp.es/web/documentos/FNT/00005018documento.pdf)
<http://www.easp.es/web/documentos/FNT/00005018documento.pdf>
18. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743.
19. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE MN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO MN S. XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico