

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS NEONATAL (CN)

I. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad ocular de la población neonatal a través del diagnóstico, tratamiento precoz, control y referencia oportuna.

II. OBJETIVO

Realizar el diagnóstico, tratamiento y control oportuno de las enfermedades de las conjuntivas

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lactantes menores de un mes con sospecha de CN y la presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación en los Servicios de Neonatología del INMP

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de la conjuntivitis neonatal en los recién nacidos hospitalizados en los Servicios de Neonatología del INMP con Código CIE 10 H10.0 y con código CPMS 95060 Prueba de sensibilidad de mucosa conjuntival

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La conjuntivitis Neonatal u “opftalmía neonatorum” es una inflamación aguda de la conjuntiva. La infección se inicia durante los primeros 28 días de vida y su pronóstico variará en función del agente etiológico y la precocidad del tratamiento instaurado.

La conjuntivitis es la enfermedad ocular más frecuente, suele ser autolimitada, pero algunas veces progresa y puede causar serias complicaciones oculares y extraoculares

5.2 ETIOLOGÍA

La conjuntivitis infecciosa aguda es muy común, se calcula que el 50% son de origen bacteriano y el 50% de origen vírico, la diferenciación clínica entre una y otra es difícil.

La conjuntivitis química se presenta en las primeras 24 h de vida, es frecuente cuando se utiliza el Nitrato de Plata como profilaxis de la CN

La conjuntivitis bacteriana por *N. gonorrhoeae* se presenta entre el segundo y el tercer día de vida. La coinfección con *C. trachomatis* es frecuente.

La conjuntivitis por *C. trachomatis* suele presentarse entre los cinco y catorce días de vida, en aproximadamente entre el 50-70% de madres infectadas

La conjuntivitis por otras bacterias suele presentarse entre los cinco y catorce días de vida

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

La conjuntivitis viral por contacto directo con un virus y los virus más frecuentemente implicados son el adenovirus y el virus herpes simple de los serotipos 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2), suele presentarse en las dos primeras semanas de vida

Los adenovirus numerados del 1 al 7 son los más habituales (se han identificado aproximadamente 100 serotipos)

La conjuntivitis por VHS-2 puede adquirirse a través de las secreciones infectadas durante el parto vaginal

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La solución de Nitrato de Plata al 1% (una gota en cada ojo) y la demora en el lavado conjuntival con suero fisiológico puede producir la inflamación de los ojos.

El riesgo de CN depende de la frecuencia de infecciones maternas potencialmente transmisibles, de las medidas profilácticas, de las circunstancias del parto y de la exposición neonatal. La infección se adquiere con mayor frecuencia por el contacto directo con las secreciones del canal del parto, también se ha descrito en los partos por cesárea con rotura prolongada de membranas.

La ***N gonorrhoeae*** es una bacteria Gram negativa aerobia con forma cocoide y se disponen en parejas diplococos, la temperatura óptima de crecimiento oscila entre 35 y 37 °C y la supervivencia es escasa a temperaturas inferiores. La gonorrea afecta exclusivamente al ser humano, los gonococos se adhieren y penetran a las células de las mucosas de las conjuntivas, donde se multiplican y producen la secreción purulenta.

La ***C. trachomatis*** es un parásito intracelular obligado, inicialmente se consideró como virus debido a que son suficientemente pequeñas; sin embargo, tiene las características de bacteria. Las clamidias logran acceder a las conjuntivas a través de abrasiones o laceraciones diminutas y se replican produciendo secreción mucopurulenta con posterior daño tisular y pérdida de la visión. La ceguera se asocia a las fases avanzadas y se puede evitar mediante el tratamiento precoz y la prevención de la reexposición

Los **adenovirus** son virus con ADN, se han identificado alrededor de 100 serotipos, el ciclo de la replicación dura aproximadamente de 32 a 36 horas. El virus se transmite por aerosoles, materia fecal y contacto directo (los dedos transmiten los virus a los ojos). Los adenovirus producen infecciones líticas en las células. Mucoepiteliales. La infección inicial se produce en la faringe, en la conjuntiva o en las vías respiratorias superiores

El **VHS-1 y VHS-2**, son virus con ADN, suelen producir enfermedad benigna; pero, en los niños inmunodeprimidos pueden provocar una morbimortalidad significativa. Ambos virus infectan las células mucoepiteliales, donde se replican y producen enfermedad en el lugar de la infección El virus se libera por exocitosis, lisis celular, y a través de puentes intercelulares.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

La CN ha sido un problema importante de salud durante siglos por el riesgo de secuelas oculares y ceguera

La conjuntivitis es una infección muy frecuente en todo el mundo y puede afectar a cualquier grupo de edad

El riesgo para la CN depende de la frecuencia de infecciones maternas potencialmente transmisibles, de las medidas profilácticas, de las circunstancias del parto y de la exposición posnatal.

La gonorrea enfermedad de transmisión sexual se ha conocido durante siglos La prevalencia de CN por *Neisseria gonorrhoeae* ha disminuido drásticamente desde la instauración de las medidas profilácticas al nacer. La instilación en las conjuntivas de la solución de Nitrato de Plata desde el año 1881, se debe al Dr. Franz Credé

En ausencia de agentes profilácticos la CN por *N. gonorrhoeae* tiene una incidencia entre el 30 y 42 % de recién nacidos de madres infectadas y habitualmente se presenta en la primera semana de vida

La *Chlamydia trachomatis* tiene una distribución universal, actualmente en los países desarrollados, es el agente más frecuente de CN (2-40%), seguido por otras bacterias (30-50%):

El Nitrato de plata 1%, pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% y de tetraciclina al 1% tiene escasa eficacia en la prevención de la CN por *C. trachomatis*

Los adenovirus resisten la desecación, los detergentes y las secreciones del tubo digestivo. Los niños infectados, eliminan el virus durante meses tras la infección.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

La población neonatal es la más susceptible y se presenta en todas las estaciones del año

5.5.2 Estilos de Vida

Malos hábitos de higiene, no lavarse las manos, uso de toallas ajenas

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

La CN según su evolución pueden ser agudas (duración hasta 3-4 semanas) o crónicas (duración superior a 4 semanas)

El momento de aparición de la conjuntivitis son poco específicos para establecer el diagnóstico etiológico por lo que es necesario realizar estudios microbiológicos

La CN por *N. gonorrhoeae* se adquiere por contacto con la flora vaginal durante el parto y se aprecia notable edema, eritema y secreción purulenta

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

La CN por *C. trachomatis* se adquiere por el canal del parto y afecta a toda la conjuntiva, los párpados se hinchan con hiperemia y abundantes secreciones purulentas. Las infecciones no tratadas presentan cicatrices conforme progresa la enfermedad, los párpados se retraen y las pestañas crecen hacia dentro produciendo excoriaciones y úlceras en la córnea con posterior cicatrización y pérdida de la visión

Al examen ocular se encuentra secreción purulenta, párpados hinchados y en algunos casos con adenopatías (ganglios preauriculares) y si no recibe el tratamiento oportuno, la córnea puede perforarse ocasionando ceguera

El ojo puede estar algo pegajoso por las secreciones de las infecciones estafilocócicas o en el retraso de la canalización del conducto naso lagrimal

Los adenovirus infectan principalmente a los niños inmunodeprimidos y producen cuadros de faringitis y con frecuencia se acompaña de conjuntivitis folicular afectando las conjuntivas palpebral y bulbar.

El virus herpes simple puede provocar una morbilidad significativa cuando infecta el ojo

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

Clínico,

Laboratorial y

Valorar los factores de riesgo asociados

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Hemorragia subconjuntival como consecuencia del trauma obstétrico (sólo requiere observación y calmar al paciente)

Dacriocistocele se manifiesta como una tumefacción violácea por acumulación de secreción mucosa en el saco lagrimal, debido a obstrucción del sistema excretor lagrimal, cursa con epífora, secreción, reflujo al presionar el saco lacrimal

Dacriocistitis (inflamación del saco lagrimal): debido a la obstrucción del canal nasolagrimal y cursa con eritema, edema y secreción purulenta

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

Se puede solicitar un frotis de secreción conjuntival, principalmente cuando se sospecha de una conjuntivitis gonocócica, por *C. trachomatis*

6.3.1 De Patología Clínica

Solicitar del exudado conjuntival:

Gram y cultivó con antibiograma, según el caso que lo amerite

PCR para *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* y VHS 1 y 2

Para los adenovirus realizar cultivos celulares derivados de células

epiteliales, cuyo aislamiento requiere una media de 6 días. en el

examen histológico se pueden observar las inclusiones intranucleares

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional
características y se deben distinguir de las producidas por
citomegalovirus.
Para el VHS aislamiento del virus y pruebas serológicas

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

En los casos de infección de transmisión sexual la pareja debe recibir el tratamiento adecuado

El diagnóstico y el tratamiento de las madres es la mejor forma de prevención

Promover y socializar acciones educativas con la finalidad de fomentar prácticas y entornos saludables en salud ocular

Las prácticas saludables como el lavado de manos en especial antes de aplicar ungüentos o gotas oftálmicas, la higiene palpebral y facial, uso de toalla personal. No compartir los frascos goteros o ungüentos oftálmicos, no automedicarse y no usar gotas oftálmicas a base de corticoides

6.4.2. Terapéutica

El manejo de la conjuntivitis está condicionado por el resultado de las pruebas microbiológicas

En todos los casos realizar lavados oculares con solución fisiológica 4-5 veces al día

Conjuntivitis química: no requiere tratamiento, suele resolverse en 48 horas

Conjuntivitis por *C. trachomatis*: eritromicina vía oral a 50 mg /Kg/día en cuatro dosis durante 14 días. Azitromicina vía oral 20mg/Kg/día en una dosis durante tres días. Claritromicina vía oral 15 mg/Kg/día en dos dosis durante 14 días. No se recomienda realizar tratamiento tópico.

Conjuntivitis por *N. gonorrhoeae*: cuando la infección es localizada. cefotaxima intravenosa 100mg/Kg en dosis única o ceftriaxona intramuscular o intravenosa 25-50 mg/kg en dosis única. El uso de ceftriaxona está contraindicado en recién nacidos con hiperbilirrubinemia y en aquellos que reciben infusiones de calcio por el riesgo de precipitación

Infección diseminada: cefotaxima intravenosa 100 mg/kg en dos dosis durante siete días

Conjuntivitis por otras bacterias

- Bacterias Gram positivas pomada ocular de eritromicina tres veces al día por siete días
- Bacterias Gram negativas pomada ocular de tobramicina tres veces al día por siete días

En la conjuntivitis por adenovirus no se ha aprobado ningún tratamiento, se puede emplear el cidofovir y la ribavirina en los pacientes inmunodeprimidos.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

Conjuntivitis por VHS tipo 1 y 2 iniciar tratamiento sistémico con aciclovir IV 60 mg/kg/día en tres dosis durante 14 a 21 días. Si existe afectación corneal se añadirá tratamiento tópico con pomada de aciclovir 5 veces al día durante 10 días.

En los casos que se confirme el diplococo Gram negativo en el frotis de secreción conjuntival, iniciar tratamiento con ceftriaxona 25-50 mg/kg de peso endovenoso o intramuscular dosis única.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Su uso en forma tópica por cortos períodos de tiempo es relativamente seguro. El uso continuo y prolongado en determinados casos, puede estar contraindicado

6.4.4. Signos de alarma

Referencia inmediata al especialista si la secreción purulenta es abundante, si hay compromiso corneal y limitación de los movimientos oculares.

6.4.5. Criterios de Alta

Después de terminado el tratamiento con la consecuente remisión de la patología. El recién nacido queda en condición de alta, con la recomendación de las medidas preventivas.

6.4.6. Pronóstico

Es bueno si se realiza el diagnóstico precoz, adecuado y con el tratamiento oportuno.

6.5. COMPLICACIONES

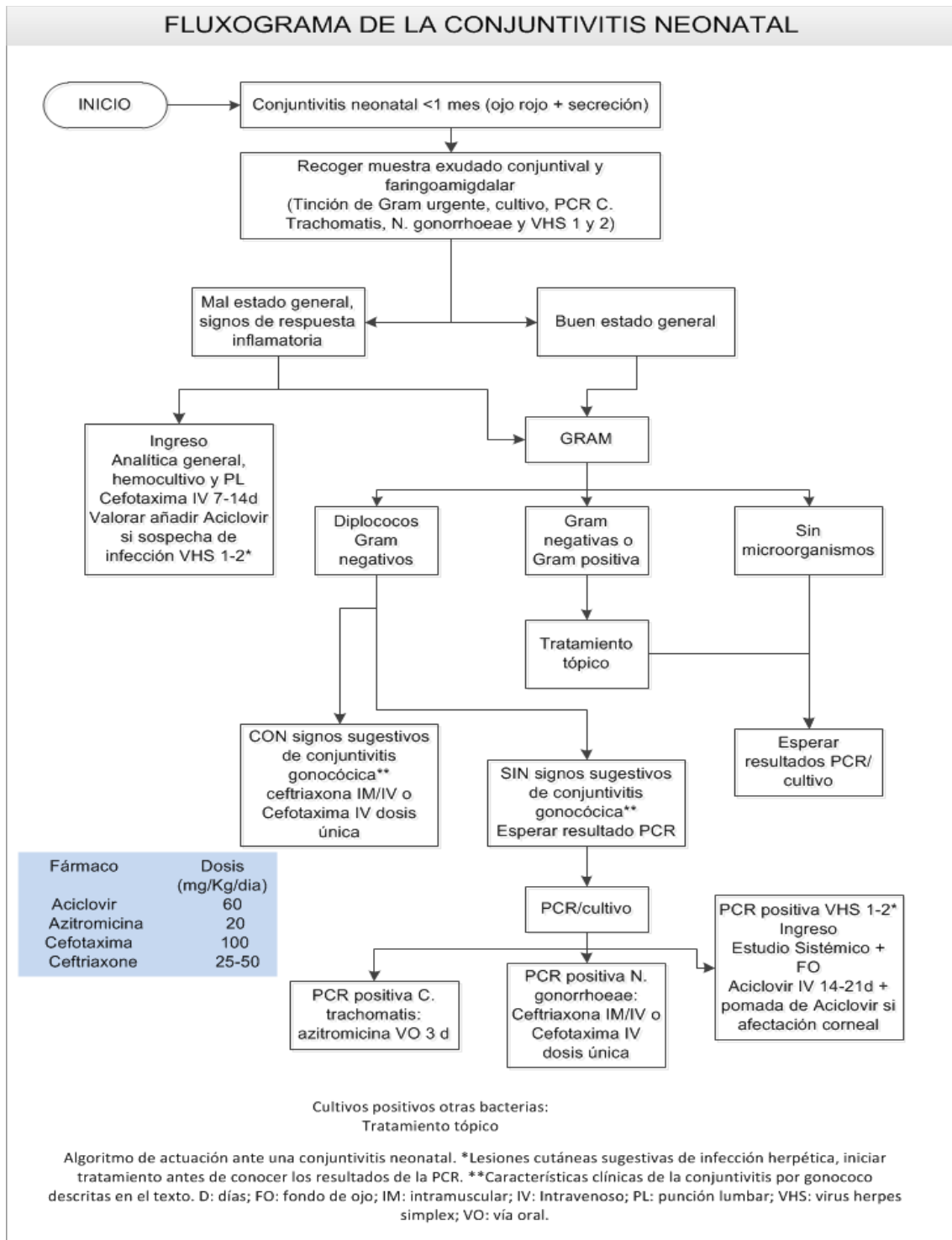
Cicatriz conjuntival, queratoconjuntivitis, úlcera corneal, leucomas

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En los casos de complejidad (abundante secreción, si la conjuntivitis no mejora a los cinco días de tratamiento, opacidad corneal) se realizará la referencia al establecimiento de salud con capacidad resolutoria a efectos de ser evaluado por el médico oftalmólogo.

VII. ANEXOS

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
 Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional
ANEXO FLUXOGRAMA DE LA CONJUNTIVITIS NEONATAL



VII. BIBLIOGRAFÍA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2019). La conjuntivitis en los recién nacidos. file:///C:/Users/Usuario/Zotero/storage/Z52575V2/newborns-sp.html
2. Cloherty, & Stark, A. (2017). *Manual de Neonatología (Edición: 8)*. Wolters Kluwer Health. <https://librosmedicospdf.com/book-cloherty-y-stark-manual-de-neonatologia-8va-edicion>
3. Criado, E. & Criado, S. (2022) Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado) *Guía_ABE. Infecciones en Pediatría*. [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-conjuntivitis-aguda-\(e-infecciones-del-parpado\)#:~:text=Conjuntivitis%20bacterianas%20de%20inicio%20brusco,las%20consultas%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-conjuntivitis-aguda-(e-infecciones-del-parpado)#:~:text=Conjuntivitis%20bacterianas%20de%20inicio%20brusco,las%20consultas%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria).
4. Guía Técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades externas del párpado y conjuntiva en el primer nivel de atención. ministerio de salud no. 04 3 -2016/minsa). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3687.pdf>
5. Martín-Begué, N., Frick, M. A., Alarcón, S., Wolley-Dod, C., & Soler-Palacín, P. (2017.). Protocolos (diagnósticos y terapéuticos) Conjuntivitis neonatal: Diagnóstico y tratamiento. *Acta Estrabológica Vol. XLVI, Julio-Diciembre: 2:159-164*. https://www.estrabologia.org/actas/Acta_2_2017/09-PROTOCOLOS.pdf
6. Martín-Begué, N., Frick, M. A., Melendo, S., Martín, A., Guarch, B., Camba, F., Lera, E. & Soler, P. (2019) *Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Neonatal* <https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Conjuntivitis%20NN%20definitivo-CASTELLANO%20Diciembre%202019.pdf>
7. Murray, P., Rosenthal, K. & Pfaller. (2022). *Microbiología Médica, 9ª Ed.* Elsevier España. <https://www.amazon.com.mx/Microbiolog%C3%ADa-M%C3%A9dica-Ed-P-R-Murray/dp/8491138080>
8. Castro, K. & Mendez, M. (2022). Ophthalmia Neonatorum. *Treasure Island (FL): Statpearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551572/>