MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
"Dr. Francisco Contreras Campos"

REPUBLICA DEL PERU

Nº 058-2022-INO-D

Resolución Directoral

Lima, ...29... de...Marzo.....del 2022

Vistos: La Nota Informativa N° 043-2022-DAEEECCR-DEAEO/INO, el Informe N° 038-2022-UO-OEPE/INO y la Nota Informativa N° 040-2022-OEPE/INO; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud, Ley Nº 26842, establece en los artículos I y II de su Título Preliminar que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y que, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología aprobado, mediante Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por la Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA, establece que el Instituto Nacional de Oftalmología es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable del desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas, para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud, así como en la asistencia altamente especializada; tiene entre sus principales funciones innovar permanentemente las normas, métodos y técnicas, así como, mantener la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en el campo de la oftalmología;

Que, el artículo 23° del Reglamento descrito con anterioridad, señala que la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología es el órgano encargado de brindar la innovación, actualización, difusión y aplicación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada en oftalmología y sus principales patologías; causas primordiales de los daños oftalmológicos y sus secuelas en nuestra población;

Que, asimismo, el inciso b) del artículo 26° del referido Reglamento, prescribe que el Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva, facilita la investigación e innovación permanente de las tecnologías y los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos a los pacientes en el campo de la subespecialidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", norma que tiene como objetivo general mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos, y tecnología del sector salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos;

Que, posterior a ello, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA se aprobó el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual señala en su numeral 6.1.3 que la guía técnica es el documento normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias;

Que, en ese sentido, mediante Nota Informativa N° 043-2022-DAEEECCR-DEAEO/INO, de fecha 01 de marzo de 2022, el Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva, remitió al Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología, la propuesta de Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "*Dr. Francisco Contreras Campos*";

Que, a su vez, mediante Informe N° 038-2022-UO-OEPE/INO, de fecha de 08 de marzo de 2022, la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, luego de realizar la revisión de la referida propuesta de Guía Técnica, recomendó la prosecución del trámite correspondiente;

Que, al respecto, mediante Nota Informativa N° 040-2022-OEPE/INO, de fecha 09 de marzo de 2022, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remitió a la Dirección General, su opinión favorable a la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "*Dr. Francisco Contreras Campos*", a fin de continuar con el trámite de aprobación correspondiente;

Que, estando a lo expuesto, conforme a lo señalado en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, y conforme a la evaluación realizada por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, corresponde aprobar la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "*Dr. Francisco Contreras Campos*";

Contando con la visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, y de conformidad con la facultad conferida en el artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Oftalmología, aprobado por Resolución Ministerial N° 447-2009/MINSA, modificado por Resolución Ministerial N° 660-2010/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología - INO "*Dr. Francisco Contreras Campos*", el cual consta de quince (15) folios; los mismo que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- AUTORIZAR al responsable del Portal de Transparencia la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Instituto Nacional de Oftalmología "*Dr. Francisco Contreras Campos*". www.ino.gob.pe.

Regístrese y comuníquese,

PERÚ Ministerio de Salud INO Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos"

DRA. MALENA TORRIANI FERNANDEZ
DIRECTORA GENERAL (e)
CMP. 27620 R.N.E. 14992

PERÚ | Ministerio de Salud | INO INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA "Dr. Francisco Contreras Campos"

Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología – INO *"Dr. Francisco Contreras Campos"*

LIMA – PERÚ

2022

Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos"

Malena Tomihama Fernández
Médico Oftalmólogo
Directora General del Instituto Nacional de Oftalmología

Betty Keiko Arakaki Miyahira
Médico Oftalmólogo
Directora Adjunta

Emerson Demetrio Mantilla Tirado
Médico Oftalmólogo
Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Atención Especializada en Oftalmología

Pedro Antonio Minami Yoshiyama
Médico Oftalmólogo
Jefe del Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

Elaboración:

Pedro Antonio Minami Yoshiyama
Médico Oftalmólogo
Jefe del Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva
Luis Alberto Mesías Costilla
Médico Oftalmólogo
Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

Revisión:

M.O. Malena Tomihama Fernández – Directora General
M.O. Betty Keiko Arakaki Miyahira – Directora Adjunta

Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Conjuntivitis Viral producida por Adenovirus del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campos"

	Nombre y Apellidos	Órgano / Unidad Orgánica	Firma
Elaborado por:	**M.O. Pedro Antonio Minami Yoshiyama** Médico Oftalmólogo Jefe del Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva	Departamento de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva	
Revisado por:	**Malena Tomihama Fernández** Médico Oftalmólogo Directora General **Betty Keiko Arakaki Miyahira** Médico Oftalmólogo Directora Adjunta	Dirección General	
	Alfonso Santiago Siguayro Loli Contador Público Colegiado Director Ejecutivo	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
Aprobado por:	**Malena Tomihama Fernández** Médico Oftalmólogo Directora General	Dirección General	

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS VIRAL PRODUCIDA POR ADENOVIRUS DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA - INO "Dr. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS"

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud ocular de la población y su calidad de vida mediante la adecuada y oportuna atención de la conjuntivitis viral por adenovirus.

II. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de la conjuntivitis viral producida por adenovirus.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía está dirigida al personal médico oftalmólogo del Instituto Nacional de Oftalmología – INO "Dr. Francisco Contreras Campo" que brinda atenciones a los pacientes con el diagnóstico de conjuntivitis viral por adenovirus.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS VIRAL PRODUCIDA POR ADENOVIRUS.

NOMBRE Y CÓDIGO (CIE 10)

Conjuntivitis folicular aguda bilateral	H10.013
Conjuntivitis pseudomembranosa	H10.22

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La conjuntivitis, es una inflamación de la conjuntiva, debido a diferentes patologías, agudas o crónicas, que van desde una simple irritación, hasta infecciosas e inclusive tumorales. Las causas más comunes de conjuntivitis son las alérgicas y las infecciosas, siendo la viral la más frecuente con agente etiológico principal el Adenovirus.

5.2 ETIOLOGÍA

El adenovirus es la causa más frecuente de conjuntivitis viral; es un virus no encapsulado, con ADN de doble cadena.

Se han descrito 51 serotipos, que están clasificados en 6 subgéneros de la A - F; la mayoría de serotipos (más de 32) pertenecen al sub género D y también se ha descrito que cada serotipo presenta diferentes genotipos.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La conjuntivitis viral normalmente tiene una presentación autolimitada, se caracteriza por una reacción folicular y presencia de linfocitos rodeados de suero y mastocitos del estroma conjuntival.

El adenovirus en contacto con la conjuntiva produce una reacción inflamatoria localizada, ocasionando la producción de membranas o pseudomembranas que son acúmulo de detritus y fibrina que se adhieren a la conjuntiva tarsal, estas membranas por acción mecánica producirán frote crónico a la córnea originando abrasiones e inclusive úlceras. También pueden producir cambios a nivel corneal como infiltrados subepiteliales, que contienen células de Langerhans, que reaccionan y rodean al virus vivo.

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
V°B°

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El adenovirus es la causa más frecuente de infección aguda de la conjuntiva, llegando a producir un 75% de los casos de conjuntivitis.

No hay una predilección por sexo y generalmente como queratoconjuntivitis epidémica ocurre en edades entre los 20 a 40 años, mientras que la Fiebre faringoconjuntival se da generalmente en niños.

La mayoría se inicia en pequeños brotes epidémicos, es altamente infeccioso y se transmite por 3 rutas: el contacto entre personas, fómites y a través de piscinas o estanques, por lo que es visto frecuentemente en el verano.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores de riesgo están asociados a la exposición al adenovirus entre personas, contacto con fómites y a través del uso de piscinas.

Otros factores de riesgo están relacionados con la atención oftalmológica, la transmisión incluye: la realización de tonometría, el cambio de lente de contacto, el uso de colirios de varios usos, además de un inadecuado lavado de manos después de la atención de cada paciente.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

El periodo de incubación es de 5 a 12 días y el desarrollo de la enfermedad es de 5 a 15 días. Clásicamente la infección por Adenovirus es agrupada en 4 presentaciones clínicas:

A. Fiebre Faringoconjuntival
B. Queratoconjuntivitis epidémica
C. Conjuntivitis folicular no específica
D. Queratoconjuntivitis crónica

Signos y síntomas

- **Fiebre Faringoconjuntival:** es la infección ocular por adenovirus más frecuente, es de inicio agudo y con compromiso unilateral al inicio y afectando al otro ojo generalmente durante la primera semana. Los adenovirus con mayor frecuencia encontrados son el 3, 4 y 7.
  Se caracteriza por presentar faringitis, conjuntivitis folicular, fiebre y adenopatía preauricular o cervical, la diarrea y rinitis pueden estar presentes. Esto dura por lo menos 2 semanas desde el inicio de los síntomas y es más contagioso en los primeros días.
  Los hallazgos oculares están presentes desde el inicio de la enfermedad y varía en severidad, es bilateral, pero se inicia en un ojo primero y el otro se compromete en los 3 días siguientes y generalmente este último tiene un cuadro más leve. Se inicia con picazón e irritación, una descarga serosa que puede ser abundante y las pestañas amanecen pegadas, la hiperemia conjuntival es difusa, pero es mayor en el fórnix inferior, puede verse puntata corneal leve entre el segundo y séptimo día del inicio de los síntomas, también se puede observar con menor frecuencia infiltrados subepiteliales.

- **Queratoconjuntivitis epidémica:** esta presentación es la más severa, típicamente dura de 7 a 21 días, es producida por los serotipos 8, 9 y 19, la transmisión es alta durante los primeros días de los síntomas y se pueden contaminar en hospitales y en las comunidades haciéndola epidémica; se transmite por dedos contaminados u objetos,

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA · REPÚBLICA DEL PERÚ · V°B° · Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Cornea y Conjuntiva

contacto sexual, piscinas y los tonómetros pueden incluso transmitir si han estado expuestos. Los signos y síntomas son semejantes a la fiebre faringoconjuntival pero no tiene molestias extraoculares, más del 50% se ve unilateralmente, hay hiperemia difusa, con reacción folicular y algo de papilas, más en el fórnix inferior; lagrimeo profuso, sensación de ardor y de cuerpo extraño, se agrega pseudomembranas que son detritus inflamatorios y fibrina o membranas, estas últimas sangran al ser retirados, raspan la córnea y por causa mecánica producen úlceras geográficas, produciendo una baja visual y fotofobia. En los primeros días se puede apreciar en la córnea elevaciones epiteliales a manera de vesículas de cerca de 25 micras de diámetro, éstas se van haciendo más visibles y pueden teñir en negativo con fluoresceína, posteriormente estas lesiones coalescen y comprometen más profundamente el epitelio, lo que produce fotofobia, lagrimeo y disconfort, dando como consecuencia infiltrados subepiteliales en casi el 43% de los pacientes, no tiñen y pueden durar semanas o meses, son infiltrados de linfocitos en el estroma corneal superficial, generalmente centrales, pero pueden llegar a la periferia, estos últimos producen halos y glare mayormente durante la visión en la noche. En algunos casos se puede observar hemorragia subconjuntival, en otros uveítis pero son más raros.

- **La conjuntivitis folicular no específica:** el compromiso ocular es más leve, tanto la hiperemia conjuntival, la reacción folicular y el edema palpebral; la resolución de los síntomas es de 2 a 3 semanas.

- **Conjuntivitis crónica,** es la menos común y los síntomas pueden durar meses o años en brotes intermitentes, es bilateral y mejora solo con el tiempo.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico

El diagnóstico predominantemente es clínico, de acuerdo a los signos y síntomas mencionados en el numeral 6.1. Se basa en la presencia de una conjuntivitis aguda y uno de los siguientes signos: folículos en el tarso inferior, linfadenopatía preauricular, asociado a una infección respiratoria alta y el contacto reciente con una persona con ojo rojo.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- **Conjuntivitis Alérgica**
  La sintomatología suele ser similar en fases precoces. No obstante, la conjuntivitis alérgica suele ser frecuentemente bilateral, simétrica y presenta un curso más subagudo o crónico. Estos pacientes suelen presentar una reacción conjuntival papilar, más intensa en las conjuntivas tarsales superiores. El picor es el síntoma más característico de la conjuntivitis alérgica, mientras que la sensación de cuerpo extraño apuntaría hacia un origen adenovírico.

- **Conjuntivitis bacteriana**
  Causada por una bacteria, este tipo de conjuntivitis puede ocasionar serios daños al ojo si no se trata. Se caracteriza principalmente por la presencia de secreción blanquecina ó amarillenta.

- **Conjuntivitis por herpes virus**

  Estos pacientes presentan una enfermedad característicamente unilateral y se quejan de dolor con mayor frecuencia. A veces puede observarse las características

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

ampollas en la conjuntiva y sobre todo, en la piel de los párpados. Las conjuntivitis herpéticas pueden presentar sobreinfección bacteriana con mayor frecuencia que las adenovíricas. La conjuntivitis herpética tiene un curso autolimitado de 8-9 días

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

El gold standard es el cultivo celular con la tinción de inmunofluorescencia confirmatoria; la prueba citológica se considera insensible y subjetiva para algunos autores, se puede teñir con colorante Giemsa.

La detección de antígeno demora mucho tiempo y no requiere de virus viables, la sensibilidad y especificidad son muy variables dentro de los métodos que se tengan como: la enzima de inmuno ensayo, inmunofluorescencia, inmunocromatografía, aglutinación por látex específica; pueden dar falsos positivos y se requiere de entrenamiento del personal. Los test rápidos de diagnóstico para la detección de los adenovirus, como adenoclone que es una enzima de inmunoensayo aplicado a hisopados conjuntivales de personas contagiadas, mostró baja sensibilidad (38%). Otro fue el adeno detector que se basa en el principio de la inmunocromatografía de flujo lateral y estudia 2 antígenos específicos, este tiene mejor especificidad (89%).

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales

Al ser la conjuntivitis viral una enfermedad contagiosa, se debe prevenir tanto su transmisión como su complicaciones, además de dar alivio sintomático; los casos sospechosos deben ser examinados en un área separada; después del diagnóstico clínico se debe advertir evitar el contacto personal, lavarse las manos, no tocarse los ojos y evitar compartir toallas, almohadas y productos personales para evitar la contaminación por secreciones oculares. Los niños deben evitar actividades sociales durante su enfermedad y los adultos deben evitar cualquier contacto cercano al menos durante el periodo de descarga intensa. La restricción de las actividades para profesionales de la salud es por lo menos 2 semanas desde el inicio de la sintomatología.

El examinador debe lavarse las manos antes y después de cada examen, con el uso de papel toalla limpiar y desinfectar todo el equipo utilizado durante el examen ya que en muestras ambientales se han encontrado DNA viral hasta en un 81%. El uso de soluciones cloradas como hipoclorito de sodio al 2% y la iodopovidona son efectivos contra los virus.

Las compresas frías pueden dar un alivio temporal de los síntomas, pero algunos pacientes no se benefician si usan bolsas plásticas que después de su uso deben ser desechados. Las gotas multidosis pueden ser un vector de transmisión y se prefiere medicamentos unidosis. El uso de lentes oscuros puede ayudar a disminuir la fotofobia.

6.4.2 Terapéutica

La conjuntivitis por adenovirus es de tipo autolimitada; tratamientos conservadores incluyen: uso de lubricantes artificiales y compresas frías, los cuales confieren alivio de síntomas sin efectos adversos.

Antibióticos tópicos son utilizados para prevenir la sobreinfección bacteriana y se utilizan cuando encontramos membranas o pseudomembranas en la conjuntiva tarsal.

Los antihistamínicos tópicos y vasoconstrictores reducen el disconfort y la duración de la enfermedad sin embargo tienen riesgo de toxicidad local.

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

El tratamiento con corticoides es controversial, al ser un cuadro inflamatorio se cree que su uso va a aliviar las molestias, pero la influencia de estas drogas puede aumentar la replicación viral y la duración de liberación viral, estos efectos han sido demostrado con prednisolona al 1%, como con la fluorometolona al 0.1%, aún usados por poco tiempo; el uso de AINES como el ketorolaco o diclofenaco no tienen efecto en la replicación ni en la liberación viral. Los corticoides deben ser utilizados en casos complicados con pseudomembranas, infiltrados subepiteliales, iridociclitis y queratitis severa que supongan una disminución significativa de la agudeza visual; se usan cada 3 o 4 veces al día por 1 a 3 semanas y se van disminuyendo progresivamente, pero tenemos que tener en cuenta que el sobreuso de corticoides puede producir catarata o glaucoma y puede haber recurrencias de los infiltrados al retirar las gotas. Se ha propuesto que en pacientes que usan corticoides desde el inicio tienen más posibilidades de presentar infiltrados subepiteliales ya que esto es debido al aumento de la replicación viral y su liberación.

Los AINES tienen una acción limitada en la cascada de la inflamación y en estudios previos se ha visto que no alivian las molestias de los pacientes al ser comparados con las lágrimas artificiales, pero se pueden dar después de retirar los corticoides.

Se puede utilizar ciclosporina A pero su acción lo veremos a largo plazo y no desde el inicio y hay estudios que demuestran que su uso puede aumentar el tiempo de liberación de los virus.

El uso de la yodopovidona en forma tópica al 1.5% ha demostrado ser útil para la conjuntivitis viral, aunque es más efectivo al inicio pues los virus son extracelulares, su función disminuye en caso de ser intracelulares.

El uso de Aciclovir, un nucleótido análogo, como antiviral al 1% cuatro veces al día, se debe hacer con cuidado porque se vio que era muy tóxico.

Las seudomembranas o membranas deben de ser removidas al ser detectadas: se utilizan hisopos previa colocación de gotas anestésicas o pinzas y en ellas se puede utilizar antibióticos. Las membranas deben ser retiradas con una frecuencia de cada 2 a 3 días hasta su completa resolución.

No requiere tratamiento sistémico.

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

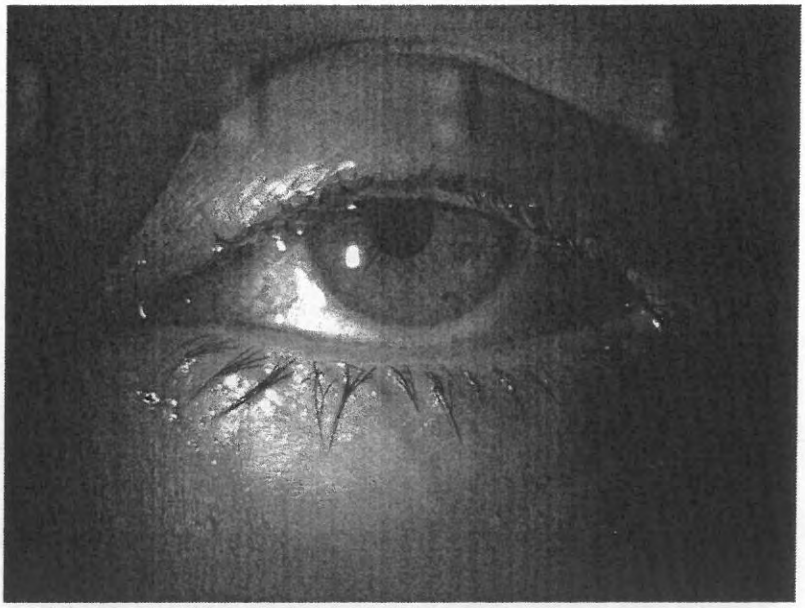


Figura 1: Hiperemia conjuntival

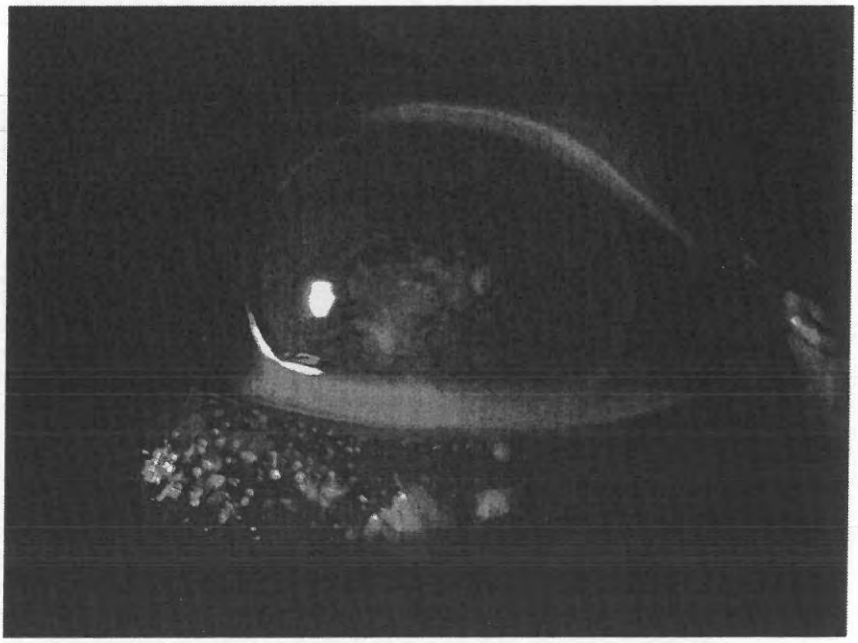


Figura 2: Queratitis central

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

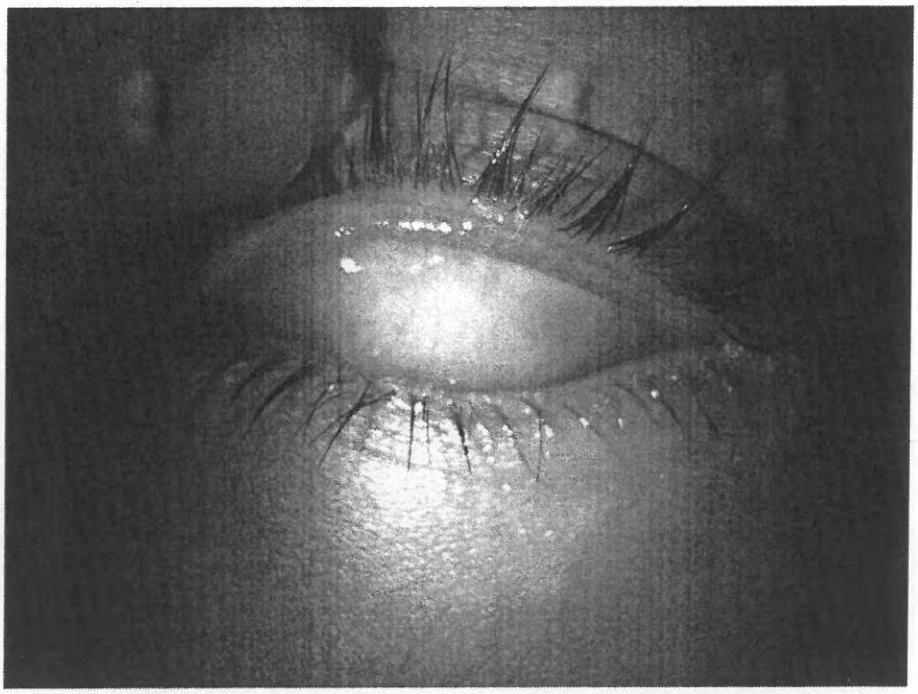


Figura 3: Pseudomembranas

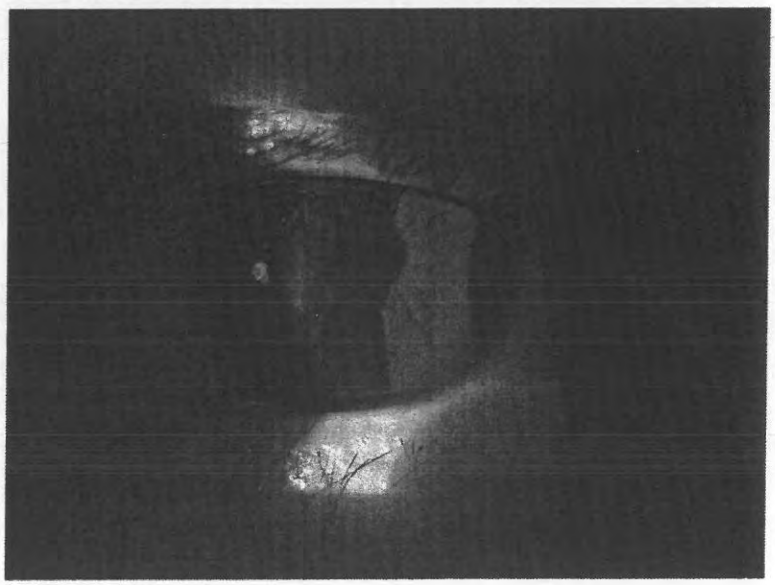


Figura 4: Infiltrados numulares subepiteliales

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva

Figura 5: Leucomas numulares

6.4.3 Efectos adversos colaterales al tratamiento

El uso de corticoides puede causar un retardo de la curación de la enfermedad, puede aumentar la presencia de complicaciones como: úlceras, leucomas numulares e incluso puede aumentar el tiempo de contagio y desencadenar una conjuntivitis viral crónica, además de los efectos conocidos como: catarata, glaucoma e infecciones.

6.4.4 Criterios de alta

Se procede al alta cuando ya desaparecen las molestias en el paciente, pudiéndose encontrar cicatrices en la conjuntiva tarsal y a nivel corneal.

6.4.5. Pronóstico

Es autolimitada con buen pronóstico, salvo que hayan aparecido complicaciones.

6.5 COMPLICACIONES

- Queratitis puntata
- Sobreinfección bacteriana
- Cicatrización conjuntival y simblefaron
- Úlcera corneal
- Infección crónica

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Comité de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Cornea y Cirugía Refractiva

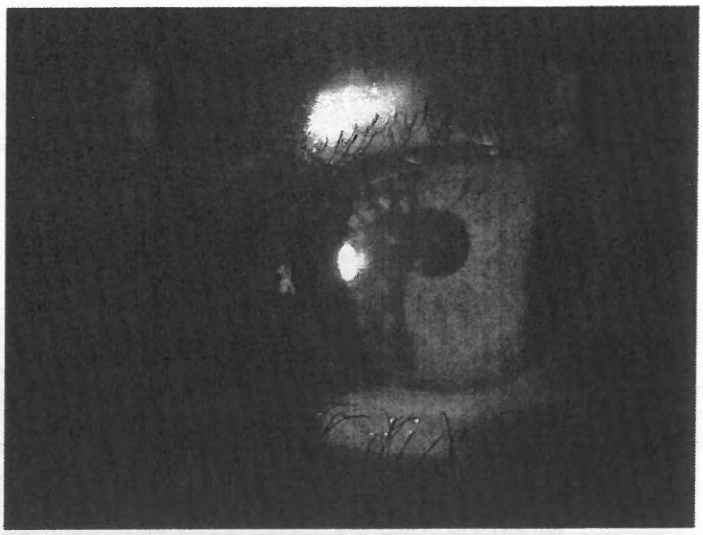


Figura 6: Leucomas numulares

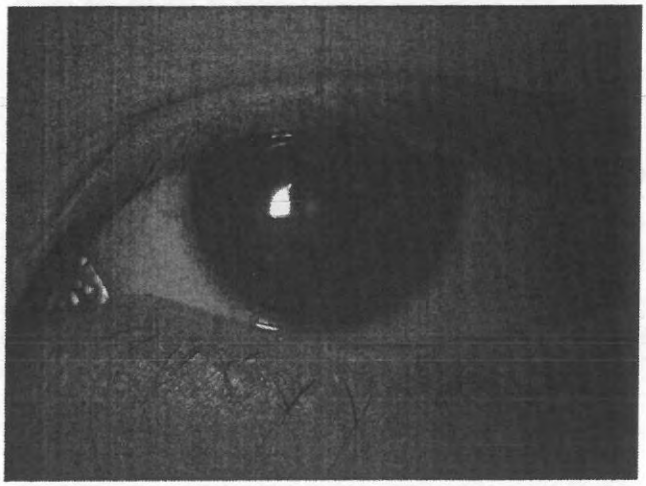


Figura 7: Leucoma central

Como complicaciones y que afectan la AV de los pacientes, tenemos los leucomas centrales y los leucomas numulares centrales.

Figura 8: Cicatrices conjuntiales

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.6.1 Del segundo al tercer nivel

Dependen del control de los síntomas y signos; recordar que el tratamiento generalmente es de soporte y no curativo, por lo que éste debe ser lo suficientemente prolongado como para permitir la resolución de los síntomas que aquejan al paciente.

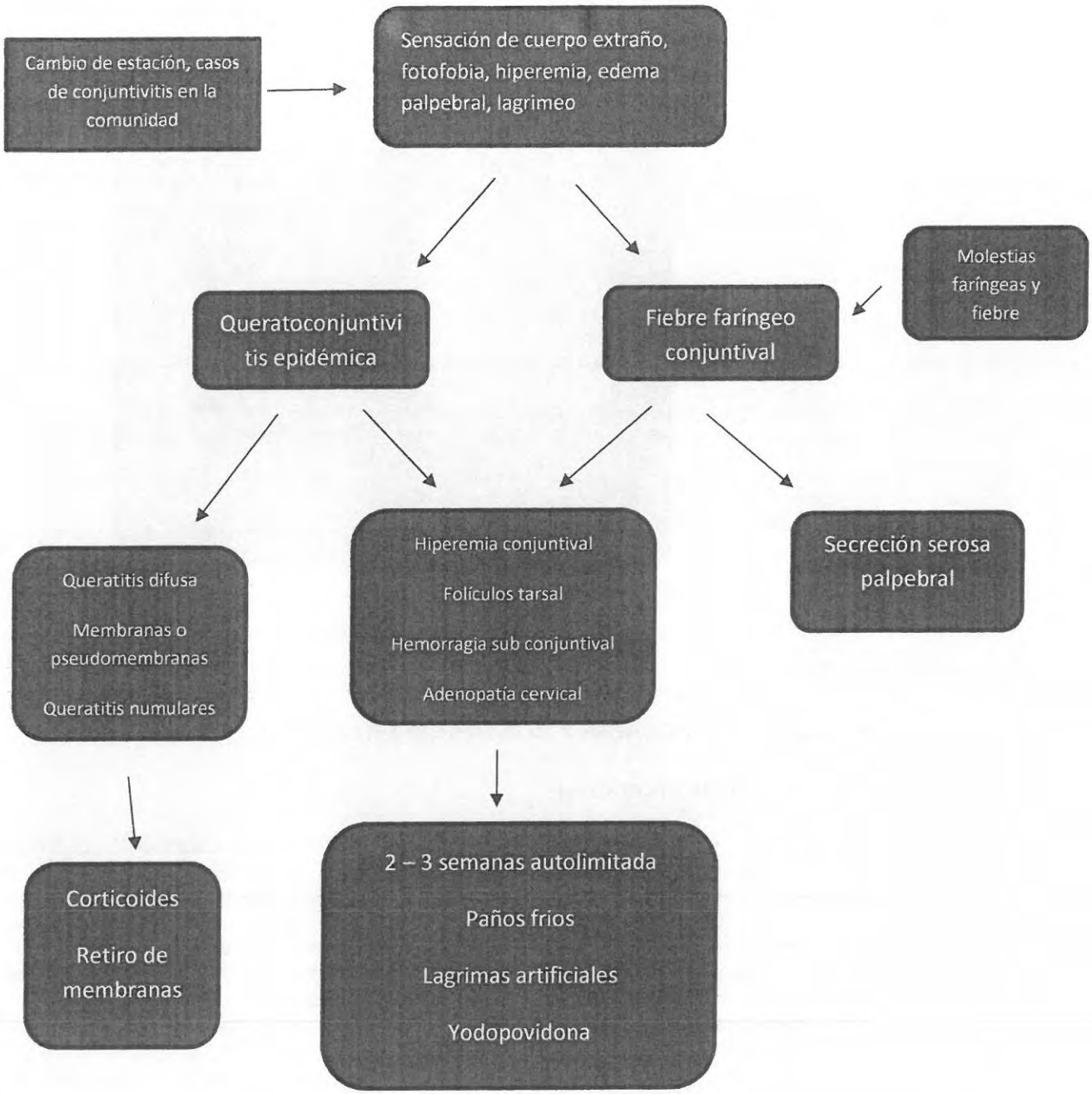
La referencia de los casos de los Servicios de Oftalmología General a los establecimientos de III nivel con subespecialidad, cuando hay una falta de mejoría clínica a los 10 días de tratamiento, alteraciones de la agudeza visual, presencia de pseudomembranas o membranas conjuntivales, infiltrados subepiteliales o presencia de reinfección en las primeras 4 semanas de haber concluido el tratamiento.

6.6.2. Del Tercera al Segundo nivel

Se hará contra referencia cuando la sintomatología y los signos hayan desaparecido.

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Dpto. de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Cirugía y Cuidados Intensivos

6.7 FLUJOGRAMA



VII. BIBLIOGRAFÍA

- Darougar S, Quinlan PM, Gibson JA, et al. Epidemic keratoconjunctivits and chronic papillary conjunctivitis in London due to adenovirus type 19. Br J Ophthalmology 1977;61:76-85
- tabery H. corneal epithelial changes due to adenovirus type 8 infection, Acta Ophthalmolol Scand, 2000;78: 45-48.
- Solano, Daniel, Lanxing Fu, y Craig N. Czyz. *Viral Conjunctivitis. StatPearls [Internet]*.StatPearls.Publishing,2020. .
- Jhanji, Vishal, Tommy C.Y. Chan, Emmy Y.M. Li, Kanika Agarwal, y Rasik B. Vajpayee. «Adenoviral Keratoconjunctivitis». *Survey of Ophthalmology* 60, n.º5(septiembre de 2015): 435-43.
- Garcia-Zalisnak, Debora, Christopher Rapuano, John D. Sheppard, y Andrew R. Davis. «Adenovirus Ocular Infections: Prevalence, Pathology, Pitfalls, and Practical Pointers». *Eye & Contact Lens* 44 Suppl 1 (septiembre de 2018): S1-7. https://doi.org/10.1097/ICL.0000000000000226.
- Labib, Bisant A, Bhawanjot K Minhas, y DeGaulle I Chigbu. «Management of Adenoviral Keratoconjunctivitis: Challenges and Solutions». *Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.)* 14 (17 de marzo de 2020): 837-52. https://doi.org/10.2147/OPTH.S207976.
- «Queratoconjuntivitis adenovíricas: actualización | Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología». Accedido 16 de septiembre de 2020. https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-sociedad-espanola-oftalmologia-296-articulo-queratoconjuntivitis-adenoviricas-actualizacion-S0365669112003851.
- Js, Pepose, Ahuja A, Liu W, Narvekar A, y Haque R. «Randomized, Controlled, Phase 2 Trial of Povidone-Iodine/Dexamethasone Ophthalmic Suspension for Treatment of Adenoviral Conjunctivitis». American journal of ophthalmology. Am J Ophthalmol, octubre de 2018. https://doi.org/10.1016/j.ajo.2018.05.012.9.Ic, Kuo, Espinosa C, Forman M, y Valsamakis A. «A Polymerase Chain Reaction-Based Algorithm to Detect and Prevent Transmission of Adenoviral Conjunctivitis in Hospital Employees». American journal of ophthalmology. Am J Ophthalmol, marzo de 2016. https://doi.org/10.1016/j.ajo.2015.12.007.
- J, Vazirani. «Commentary: Adenoviral Keratoconjunctivitis-Seasonal Trends and Influence of Environmental Factors». Indian journal of ophthalmology. Indian J Ophthalmol, mayo de 2020. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_862_20.

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA
REPÚBLICA DEL PERÚ
V°B°
Unidad de Atención Especializada en Enfermedades Externas, Córnea y Cirugía Refractiva