

CONJUNTIVITIS NOSOCOMIAL Y SEPSIS NEONATAL. UNA RELACION PROBABLE.

C. Menéndez, R. Chacón, P. Chimenti, B. Padilla*, D. Blanco, M. Sánchez Luna
Unidad de neonatología. Servicio de pediatría. *Servicio de microbiología. HGUGM. Madrid

JUSTIFICACIÓN:

La conjuntivitis en r.n. suele considerarse una infección bacteriana localizada que raras veces se generaliza. Sin embargo en RNPT una conjuntivitis podría ser una fuente de bacteriemia debido a su inmadurez inmunológica y a la inmadurez de la barrera ocular. El objetivo del estudio fue conocer las etiologías de la conjuntivitis nosocomial en recién nacidos y estudiar su relación con las sepsis.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo de todos los r.n. entre los meses de Enero-2001 y Diciembre 2002. En protocolos previamente diseñados se revisaron datos de sepsis clínica y conjuntivitis bacteriana. Los datos se analizan mediante SPSS 11.0.

RESULTADOS:

71 pacientes con exudado conjuntival positivo, el germen más frecuente fue *S aureus*. 58 a bacilo GRAM- (12 *Klebsiellas*, 9 *Pseudomonas*, 9 *E. Coli*, 4 *Serratias*). De ellos 8 (11.2%) cumplían criterios de sepsis clínica en los días siguientes a la conjuntivitis (6 *Klebsiellas*, 1 *Pseudomonas*, 1 *Serratia*) con aislamiento del mismo germen en la sangre en 6 de ellos sin otro foco concomitante. La media de EG y PRN fue: 28'5 s [Rango: 25-32 s], 1139 gr [660-1880 gr] p = 0,016 (ES). Se diagnóstico de conjuntivitis con una edad media de 14.3 ddv y la sepsis a los 21.7ddv. En 4 de los 8 niños había cultivos conjuntivales positivos persistentes a pesar del tratamiento antibiótico tópico y de las medidas generales. En dos de estos niños la bacteriemia era persistente (4 y 5 hemocultivos positivos) a pesar del tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro.

CONCLUSIONES:

1. La conjuntivitis bacteriana es una infección importante en RNPT.
2. El exudado conjuntival puede ser de gran utilidad en el screening de infección nosocomial
3. El tratamiento de la conjuntivitis en RNPT debe ser precoz y específico contra el germen causal. En caso de fracaso terapéutico a las 48 horas se debe plantear antibiótico IV.