INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

Diagnóstico de Catarata Congénita en el Recién Nacido

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-363-13

Guía de Referencia Rápida

CIE-10: Q12.0 Catarata congénita

GPC

Diagnóstico de Catarata Congénita en el Recién Nacido

DEFINICIÓN

El término de catarata congénita se refiere a la opacidad del cristalino presente al nacimiento, es la más común dentro de las cataratas pediátricas, siendo la causa más común de ceguera tratable en niños, en algunos casos no progresan y pueden ser visualmente insignificantes, sin embargo otros llegan a producir deterioro visual significativo

FACTORES DE RIESGO

Es obligatorio hacer un chequeo oftalmológico a todos los recién nacidos que tienen:

- Bajo peso o muy bajo peso al nacimiento
- Nacimiento pre término

Los productos de mujeres embarazadas que cursen con:

- Cuadros infecciosos de rubeola, toxoplasmosis, infección de vías urinarias o cualquier proceso infeccioso principalmente en el primer trimestre
- Uso de medicamentos durante el embarazo
- Madres de 35 años en adelante

Deberá realizarse exploración oftalmológica al producto y buscar intencionadamente opacidad de cristalino en todos.

Dada la alta proporción de la catarata congénita idiopática, el alcance para la prevención primaria se ve limitada actualmente por lo que es de vital importancia someter a exploración al recién nacido.

Cuando los padres tengan antecedentes de catarata congénita deberán considerarse la evaluación por genética

DIAGNÓSTICO POR MEDICOS DE PRIMER CONTACTO

Realizar la exploración del reflejo rojo a todos los pacientes recién nacidos, en sus evaluaciones periódicas y hasta los 6 meses, aunque puede ser una maniobra difícil en los recién nacidos porque los parpados pueden estar inflamados y cerrados.

Todos los recién nacidos, lactantes y niños deben tener un examen físico y del reflejo rojo de los ojos

realizados por un pediatra u otro médico de atención primaria capacitados con la técnica de este examen antes del alta de la unidad neonatal y durante todas las visitas de rutina posteriores de supervisión de la salud.

El resultado del examen del reflejo rojo es para ser clasificado como normal cuando las reflexiones de los 2 ojos vieron individualmente y simultáneamente son equivalentes en color, intensidad, y la claridad y no hay opacidades o manchas blancas (leucocoria) dentro del área de cualquiera o ambos reflejos rojos.

Todos los bebés o niños con un reflejo anormal o ausente Bruckner reflejo rojo deberá ser sometida inmediatamente a un oftalmólogo que tenga experiencia en los exámenes pediátricos. (Vea anexo)

La academia americana de oftalmología sugiere realizar las siguientes preguntas cuando se examina el reflejo rojo :

1. ¿Existe reflejo rojo en ambos ojos?
2. ¿Son simétricos los reflejos obtenidos?
3. ¿Es un reflejo rojo de calidad? (tomando en consideración el tono de piel, raza y etnia)

El personal de salud de primer contacto deberá referir en forma urgente al oftalmólogo cualquiera de los siguientes:

- Reflejo rojo anormal o sospecha de reflejo rojo anormal
- Reflejo rojo asimétrico entre ambos ojos
- Cualquier sospecha de daño ocular severo

DIAGNÓSTICO OFTALMOLOGICO

Todos los pacientes con leucocoria, estrabismo o nistagmos deberán someterse a exploración oftalmológica completa.

- Pruebas para determinar la agudeza visual y patrón de fijación
- Alineación y movimientos ocular
- Reflejo rojo o reflejo rojo binocular (Prueba de Bruckner)
- Reflejos pupilares
- Exploración externa
- Examen de segmento anterior
- Refracción /retinoscopia bajo cicloplejia
- Oftalmoscopia directa e indirecta

La agudeza visual se evaluara de acuerdo a la edad mediante:

- 3 a 6 meses: ver el reflejo de fijación.
- 6 a 12 meses: reflejo de fijación y seguimiento con oclusión alternante para evaluar cada ojo por separado.
- A los 3 años de edad evaluar la agudeza visual menor de 20/50 o con diferencia de 2 líneas entre ambos ojos.
- Después de los 5 años, visión igual o menor de 20/40.
- En caso de duda del reflejo rojo pupilar, se puede dilatar pupila en infantes con una combinación de

clorhidrato de fenilefrina y ciclopentolato con bajos efectos colaterales

Los pacientes que no puedan ser evaluados en el consultorio deberán ser sometidos a sedación para su revisión en quirófano

La opacidad presente en el cristalino debe ser evaluada en el sentido de tamaño, localización, afectación del reflejo rojo y perdida de agudeza visual cuando pueda ser evaluada.

Para conocer criterios de tratamiento ver Guía de Practica Clínica de Tratamiento Quirúrgico de la Catarata Congénita en menores de un año

ESTUDIOS DE GABINETE

Durante la evaluación diagnóstica de la catarata congénita es conveniente revisar el fondo de ojo cuando esto no sea posible el ultrasonido modo B puede aportar información útil que permita establecer el plan quirúrgico.

El ultrasonido en modo A ayuda a establecer la longitud axial del globo ocular y determinar el poder dióptrico del lente a utilizar.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Durante la exploración deberá realizarse una oftalmoscopia que permita descartar los diagnósticos diferenciales para contar con el diagnostico de certeza. Pueden ser necesarios estudios de gabinete adicionales para confirmar los diagnósticos

Los bebés o niños en con alto riesgo, incluidos los familiares de pacientes con retinoblastoma, cataratas, displasia de retina, glaucoma, u otras que trastornos oculares que amenazan la visión y que pueden presentarse en la infancia, no sólo debe tener pruebas de reflejo rojo realizadas desde el nacimiento, también deben refiere a un oftalmólogo que tenga experiencia en el examen de los niños para un examen completo de los ojos, independientemente de los resultados de las pruebas de reflejo rojo realizada por el pediatra. Cuando los padres u otros observadores sospechan la presencia de leucocoria (un reflejo pupilar blanco) en uno o ambos ojos deben ser examinados por un oftalmólogo que tenga experiencia en el examen de los niños, porque lesiones graves pueden presentarse de una manera sutil.

Los pacientes que no puedan ser evaluados en el consultorio deberán ser sometidos a sedación para su revisión en quirófano, es de trascendental importancia realizar la exploración de fondo de ojo y determinar la enfermedad primaria para establecer el tratamiento especifico siempre que sea posible ya que de esto puede depender incluso la vida del recién nacido.

CRITERIOS DE REFERENCIA

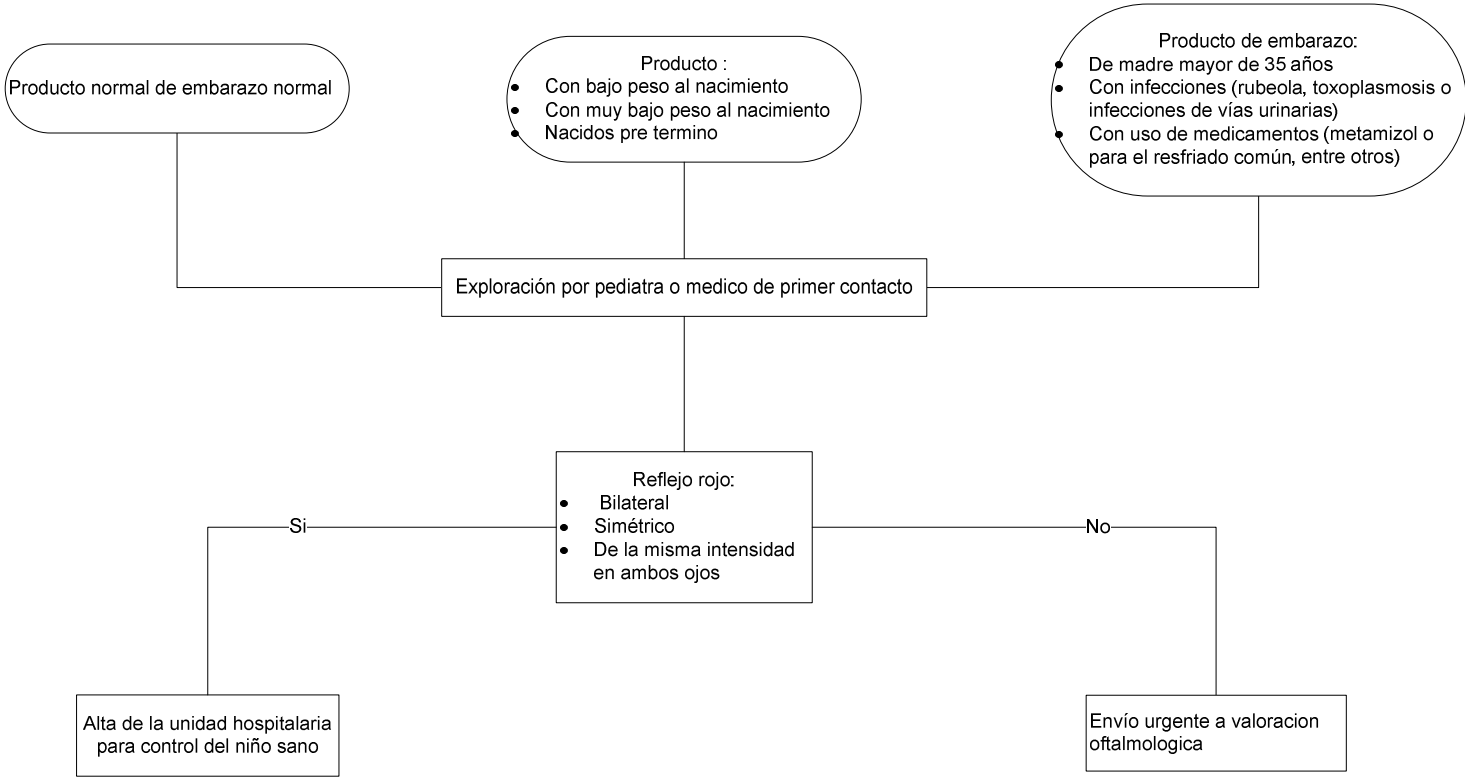
El personal de salud o médico de primer contacto que observe leucocoria, estrabismo o nistagmus en el

paciente recién nacido deberá solicitar evaluación oftalmológica urgente

El personal de salud de primer contacto deberá referir en forma urgente al oftalmólogo cualquiera de los siguientes:

- Reflejo rojo anormal o sospecha de reflejo rojo anormal
- Reflejo rojo asimétrico entre ambos ojos
- Cualquier sospecha de daño ocular severo

ALGORITMO


Producto normal de embarazo normal
Producto :
Con bajo peso al nacimiento
Con muy bajo peso al nacimiento
Nacidos pre termino
Producto de embarazo:
De madre mayor de 35 años
Con infecciones (rubeola, toxoplasmosis o infecciones de vías urinarias)
Con uso de medicamentos (metamizol o para el resfriado común, entre otros)
Exploración por pediatra o medico de primer contacto
Reflejo rojo:
Bilateral
Simétrico
De la misma intensidad en ambos ojos
Si
No
Alta de la unidad hospitalaria para control del niño sano
Envío urgente a valoracion oftalmologica

La dilatación pupilar puede ayudar a la percepción del reflejo rojo

Reflejo rojo normal, percibido a través del oftalmoscopio indirecto

La distancia entre el observador y el paciente debe ser de aproximadamente 30 pulgadas (0,75 metros)