

Profilaxis de la endoftalmitis postquirúrgica en cirugía de catarata

ABREU JA, AGUILAR JJ, ABREU R, CORDOVÉS L

La frecuente práctica de la operación de la catarata, convierte a la misma en la primera causa de endoftalmitis, a menudo con severas consecuencias clínicas, elevado costo sanitario y, además, frecuente causa de reclamación por negligencia profesional. La infección postoperatoria es la forma más común de endoftalmitis bacteriana exógena.

Respecto a si hacer o no profilaxis antibiótica se considera que en una cirugía limpia no está justificada, salvo que se realice implantación de prótesis (1), como ocurre en la cirugía de la catarata con implantación de lente intraocular, aunque lo más importante es disminuir o eliminar los factores de riesgo tanto de causa externa como propios del paciente, puesto que la profilaxis antibiótica no ofrece una cobertura universal frente a todo tipo de gérmenes (2). Entre los externos hay que considerar una técnica quirúrgica aséptica que minimizaría la contaminación a través del instrumental, sustancias usadas en cirugía, flora del personal de quirófano, etc. El personal, la esterilización del material quirúrgico, y la higiene del quirófano como factor de riesgo de desarrollar una endoftalmitis (3), tanto infecciosa como estéril (toxic anterior segment syndrome, TASS) (4), habitualmente están subestimados.

El análisis constante de la evidencia disponible desde la perspectiva de los diferentes escenarios clínicos, permite establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y económicos en salud. Actualmente la evidencia avala la eficacia de la povidona yodada (PI) como antiséptico en el preoperatorio para limpieza de piel y superficie ocular (5), y el estudio multicéntrico europeo llevado a cabo por la ESCRS (Sociedad Europea de Cirujanos de Catarata y Refractivos) (6), el uso de la cefuroxima intracamerular al finalizar la cirugía. El uso de moxifloxacino tópico –es la indicación que figura en su ficha técnica–, valorando las publicaciones existentes sobre su tolerabilidad y eficacia por esta vía (7-9), y/o administrado intracamerular (10), demuestra ser seguro eficaz en el postoperatorio disminuyendo la carga bacteriana de la superficie ocular, además del posible beneficio derivado de su penetración intraocular.

Siguiendo la clasificación del OCEBM (Oxford Centre for Evidence-based Medicine) (11), el uso de la PI en el preoperatorio tiene un nivel de evidencia (NE) 1c-2a y un grado de recomendación (GR) B; el uso de la cefuroxima intracamerular tiene un NE 1b y un GR A (3); el uso de moxifloxacino tópico y/o intracamerular tiene un NE 4 y un GR C.

En la actualidad son varias las propuestas de profilaxis de la endoftalmitis postquirúrgica. Nuestro objetivo ha sido –tras recoger la información referente a los niveles de evidencia de eficacia de los diferentes fármacos propuestos actualmente–, obtener un protocolo adecuado mediante el uso combinado de los mismos.

En la edición de FacoElche 2011 (12) propusimos como protocolo de profilaxis el que hemos denominado «Protocolo PCM» (P=Povidona, C=Cefuroxima, M=Moxifloxacino): povidona yodada (PI) al 5% en la superficie ocular en el preoperatorio inmediato, cefuroxima (1 mg/0,1 ml) intracamerular al finalizar la cirugía, y moxifloxacino al 0,5% tópico en el postoperatorio (4x día, 7 días).

La cefuroxima intracamerular es desde 2006 en Europa la principal forma de profilaxis antibiótica en cirugía intraocular. Como no disponemos en la actualidad de una preparación comercial para uso intraocular, se puede solicitar su preparación a través de los servicios de farmacia hospitalaria, o directamente en el quirófano. De forma práctica se puede consultar cómo realizar su preparación en la web Facoelche, dentro de su sección utilidades (12).

El protocolo PCM cumple con la «Lex Artis» (hacer lo que su ciencia, su arte, indiquen como adecuado en cada momento y circunstancia), lo que sería un atenuante ante una demanda por una endoftalmitis que puede tener otras muchas causas como el incumplimiento de las

instrucciones dadas al paciente; no debemos olvidar algunas sentencias desfavorables para el oftalmólogo basadas en el «daño desproporcionado»: afectación del resultado funcional –incluso pérdida anatómica del globo ocular–, por una «simple» cirugía de catarata (lo de calificar de «simple» ha sido propiciado por algunos oftalmólogos que en su afán de «captar» pacientes, la venden así).

Entendemos que en este momento el Protocolo PCM es la mejor opción de profilaxis de la endoftalmitis postquirúrgica a nuestro alcance; serán futuros estudios y nuestra propia evidencia clínica quien demostrará su seguridad y costo-efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altemeler WA, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky WR. Manual on control of infection in surgical patients. JIB Lippincott Company, Philadelphia 1976.
2. Abreu JA, Cordovés LM, Seal D, Calvo, F, Sola E, Abreu R. Principios de higiene en el quirófano oftalmología. In: Lorente R, Mendicute J ed. Cirugía del cristalino. Sociedad Española de Oftalmología; 2008: 370-380.
3. Recommended Practices for Cleaning and Sterilizing Intraocular Surgical Instruments. ASCRS - ASORN Special Report. February 16, 2007 (online). Available at: http://www.ascrs.org/9370_1.pdf [Consulta: 23 Marzo de 2008].
4. Monson MC, Mamalis N, Olson RJ. Toxic anterior segment inflammation following cataract surgery. J Cataract Refract Surg 1992; 18: 184-189.
5. Ciulla TA, Starr MB, Masket S. Bacterial endophthalmitis prophylaxis for cataract surgery. An evidence-based update. Ophthalmology 2002; 109: 13-26.
6. Endophthalmitis Study Group, European Society of Cataract & Refractive Surgeons. Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors. J Cataract Refract Surg. 2007 Jun; 33(6): 978-88.
7. Mather R, Karenchak LM, Romanowski EG, Kowalski RP. Fourth generation fluoroquinolones: new weapons in the arsenal of ophthalmic antibiotics. American Journal of Ophthalmology 2002; 4: 463-466.
8. Kim DH, Stark WJ, O'Brien TP, Dick JD. Aqueous penetration and biological activity of moxifloxacin 0.5% ophthalmic solution and gatifloxacin 0.3% solution in cataract surgery patients. Ophthalmology 2005; 11: 1992-1996.
9. Espiritu CR, Caparos VL, Bolinao JG. Safety of prophylactic intracameral moxifloxacin 0.5% ophthalmic solution in cataract surgery patients. J Cataract Refract Surg 2007; 33: 63-68.
10. O'Brien TP, Arshinoff SA, Mah FS. Perspectives on antibiotics for postoperative endophthalmitis: potential role of moxifloxacin. J Cataract Refract Surg 2007; 10: 1790-1800.
11. Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM). Centre for Evidence Based Medicine - Levels of Evidence (Septiembre de 2011). Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> [Consulta: 15 enero de 2012].
12. FacoeLche. Disponible en: <http://www.facoelche.com> [Consulta: 15 enero de 2012].