

RESUMEN DE LOS PUNTOS DE REFERENCIA PARA LAS GUÍAS DE PATRONES DE PRÁCTICA PREFERIDOS

*Traducido por Luis A. Santiago, MD
Examinado por J. Fernando Arevalo, MD, Juan D. Arias, MD*

Introducción

A continuación se resumen los Puntos de Referencia para las Guías de Patrones de Práctica Preferidos (PPP) de la Academia Americana de Oftalmología. Éstas han sido desarrolladas con base en tres principios:

- Cada Patrón de Práctica Preferido debe ser clínicamente relevante y lo suficientemente específico para proveer información valiosa a los médicos.
- Toda recomendación hecha debe ser dada de forma explícita y que refleje su importancia en el cuidado del paciente.
- Toda recomendación también debe ser dada de forma explícita demostrando la solidez de la evidencia que soporta las recomendaciones y que refleje la mejor evidencia disponible.

Los Patrones de Práctica Preferidos proveen una guía para el patrón de práctica y no para el cuidado de un individuo particular. Por ende, estas guías no llenarán las necesidades de cada individuo, más bien incorporan las necesidades de una mayoría de pacientes. Su uso no garantiza el obtener resultados positivos en cada situación particular. De hecho, los patrones no incluyen todos los métodos apropiados para un tratamiento particular, ni excluyen otros métodos que podrían dar mejores resultados; puede ser necesario enfocar y manejar la situación de otra manera. El médico debe tomar la decisión final acerca del manejo del paciente, con base en las circunstancias particulares. La Academia Americana de Oftalmología (AAO) está dispuesta a asistir a sus miembros en la solución de dilemas éticos relacionados con la práctica de Oftalmología.

Las guías de los Patrones de Práctica Preferidos no son estándares médicos que deban implementarse fielmente en cada situación. La Academia renuncia a toda responsabilidad de lesión u otros daños de cualquier tipo, negligencia y toda reclamación que surja a partir de cualquier recomendación e información contenida en este documento.

Durante el análisis de cada condición médica, recomendaciones para el proceso de cuidado incluyen la historia médica, el examen físico, las pruebas complementarias, el manejo, seguimiento y educación del paciente. Para crear cada Patrón, se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura anglosajona a través de Pub.Med. y Cochrane Library. Los resultados fueron revisados por un panel de médicos expertos, que a su vez, prepararon recomendaciones que se organizaron según dos clasificaciones.

Cada recomendación fue clasificada de acuerdo con su importancia en el cuidado del paciente. Esta clasificación confirma el cuidado que, según los miembros del panel, puede mejorar significativamente la calidad de tratamiento que reciba el paciente. Los niveles de importancia son:

- Nivel A, definido como el más importante
- Nivel B, definido como moderadamente importante
- Nivel C, definido como relevante pero no crítico

El panel también clasificó cada recomendación según la solidez de la evidencia encontrada en la Literatura. La clasificación está dividida en tres niveles:

- El Nivel I incluye evidencia obtenida de al menos un estudio controlado, aleatorio, bien diseñado. Este estudio puede ser un metanálisis de estudios controlados, aleatorios.

- El Nivel II incluye evidencia obtenida de:
 - Estudios bien diseñados, controlados no aleatorizados
 - Estudios de cohorte o estudios analíticos de casos y controles, preferiblemente de más de un centro
 - Análisis de series con o sin intervención
- El Nivel III incluye evidencia obtenida de:
 - Estudios descriptivos
 - Reporte de casos
 - Informes de comités de expertos / organizaciones (por ejemplo, consenso del panel de PPPs con revisión externa de colegas)

Los Patrones de Práctica Preferidos fueron creados para servir como guías en el cuidado del paciente, enfatizando principalmente aspectos técnicos. Al aplicar estos conocimientos, el médico debe reconocer que la excelencia en el cuidado de un paciente se alcanza cuando las destrezas clínicas son aplicadas de forma que cumplan con las necesidades del paciente. La Academia Americana de Oftalmología está dispuesta a ayudar a sus miembros en aspectos relacionados con problemas éticos que surjan a raíz de la práctica de la profesión (Código de Ética de la AAO).

Queratitis Bacteriana (Evaluación Inicial)

*Traducido por Víctor Villegas, MD
Corregido por Natalio J. Izquierdo, MD
Examinado por J. Fernando Arevalo, MD*

Examen Inicial

- Síntomas oculares ^[A:III] (dolor, ojo rojo, secreción, vision borrosa, fotofobia, duración de los síntomas)
- Historia de lentes de contacto ^[A:III] (frecuencia de uso, tipo de lente de contacto (LC), cuidados e higiene, etc)
- Otros antecedentes oculares, incluyendo factores de riesgo como queratitis por virus herpes simple (VHS), virus varicella-Zoster (VVZ), queratitis bacteriana, trauma, ojo seco, cirugía ocular previa, incluyendo cirugía refractiva ^[A:III]
- Revisión de otros problemas médicos y medicación sistémica ^[A:III]
- Tratamiento ocular reciente ^[A:III]
- Antecedentes Alérgicos ^[A:III]

Examen Físico

- Agudeza visual ^[A:III]
- Apariencia general del paciente, incluyendo condiciones cutáneas ^[B:III]
- Examen facial ^[B:III]
- Párpados y cierre palpebral ^[A:III]
- Conjuntiva ^[A:III]
- Sistema nasolacrimal ^[B:III]
- Sensación corneal ^[A:III]
- Biomicroscopía
 - Bordes del párpado ^[A:III]
 - Conjuntiva ^[A:III]
 - Esclera ^[A:III]
 - Córnea ^[A:III]
 - Profundidad de la cámara anterior (CA), inflamación incluyendo células y flare, hipopion, fibrina, hipema ^[A:III]
 - Vítreo anterior ^[A:III]
- Estado del ojo contralateral ^[A:III]

Pruebas Diagnósticas

- Mayoritariamente el manejo será con tratamiento empírico de los casos adquiridos en la comunidad. ^[A:III]
- Indicaciones para citología y cultivo:
 - Sospecha de queratitis bacteriana severa o con riesgo de pérdida visual ^[A:III]
 - Infiltrado corneal que se extienda al estroma medio ^[A:III]
 - Naturaleza crónica ^[A:III]
 - Que no responda a la terapia con antibióticos de amplio espectro ^[A:III]
 - Características clínicas que sugieran queratitis por entoamebas, hongos o micobacterias ^[A:III]
- El hipopión que ocurre en ojos con queratitis bacteriana es generalmente estéril por lo tanto no deberíamos realizar punciones vitreas ni de humor acuoso, a menos que tengamos alta sospecha de endoftalmitis microbiana. ^[A:III]
- La toma de muestra corneal (raspado) deberá ser inoculada directamente sobre el medio de cultivo apropiado, para maximizar los resultados. ^[A:III] De no ser posible, se deben colocar las muestras en un medio de transporte. ^[A:III] En cualquiera de los casos, deben ser llevados al laboratorio inmediatamente. ^[A:III]

Manejo

- En la mayoría de los casos se utilizan únicamente colirios de antibióticos tópicos ^[A:III]
- Para el tratamiento empírico de una presunta queratitis bacteriana se debería comenzar con antibióticos tópicos de amplio espectro. ^[A:III]

- En queratitis centrales o severas (cuando el infiltrado es mayor a 2 mm con gran supuración o cuando involucra el estroma profundo) se debe utilizar una dosis de carga (1 gota cada 5 a 15 minutos durante los primeros 30 a 60 minutos), seguida de aplicaciones frecuentes (1 gota cada 30 minutos o cada hora durante las 24 horas). ^[A:III] En queratitis menos severas un regimen con gotas menos frecuentes puede ser el apropiado. ^[A:III]
- En queratitis por gonococos debe utilizarse la terapia sistémica de antibioticos. ^[A:II]
- Como regla general, se debe modificar la terapia utilizada cuando no se observe mejoría o estabilidad después de 48 horas de iniciado el tratamiento. ^[A:III]
- Los pacientes que estaban con tratamiento de esteroides tópicos antes del diagnóstico de queratitis bacteriana, deberán discontinuar o reducir la dosis de esteroides, hasta que la infección sea controlada. ^[A:III]
- Cuando el infiltrado corneal compromete el eje visual, se pueden adicionar corticoides tópicos luego de 2 o 3 días de mejoría progresiva con antibióticos tópicos. ^[A:III] Se deben continuar los antibióticos a altas dosis e ir bajando gradualmente. ^[A:III]
- Examinar los pacientes dentro de 1-2 días después del inicio de la terapia con corticosteroides tópicos. ^[A:III]

Queratitis Bacteriana (Recomendaciones de Manejo)

Traducido por Víctor Villegas, MD
Corregido por Natalio J. Izquierdo, MD

Período de Seguimiento

- El tiempo de seguimiento depende del grado de severidad de la enfermedad. Los casos más severos deben evaluarse a diario hasta que se presente mejoría clínica y estabilidad. ^[A:III]

Educación del Paciente

- Informar a los pacientes con factores de riesgo predisponentes a queratitis bacteriana, los signos y síntomas de infección, y la necesidad de acudir rápidamente a un oftalmólogo si estos signos de alarma se presentaran. ^[A:III]
- Educar al paciente sobre la naturaleza destructiva de la queratitis bacteriana y la importancia del tratamiento. ^[A:III]
- Discutir la posibilidad de pérdida visual permanente o una eventual necesidad de rehabilitación visual. ^[A:III]
- Educar a los pacientes usuarios de lentes de contacto acerca del riesgo aumentado de infección al tenerlos puestos durante toda la noche, y la importancia de aprender técnicas de limpieza y mantenimiento de los lentes de contacto. ^[A:III]
- Derivar a los pacientes con deterioro visual significativo o ceguera para rehabilitación visual si no fueran candidatos para cirugía (ver www.aao.org/smartsight). ^[A:III]

Régimen de Antibióticos para la queratitis bacteriana ^[A:III]

Organismo	Antibiótico	Concentración Tópica	Dosis Subconjuntival
Ningún organismo identificado o múltiples tipos de organismos	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg en 0.5 ml
	Con Tobramicina o Gentamicina	9–14 mg/ml	20 mg en 0.5 ml
	O Fluoroquinolonas*	Varias†	
Cocos Grampositivos	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg en 0.5 ml
	Vancomicina‡	15-50 mg/ml	25 mg en 0.5 ml
	Bacitracina‡	10,000 IU	
	Fluoroquinolonas*	Varias†	
Bacilos Gramnegativos	Tobramicina o Gentamicina	9-14 mg/ml	20 mg en 0.5 ml
	Ceftazidima	50 mg/ml	100 mg en 0.5 ml
	Fluoroquinolonas	Varias†	
Cocos Gramnegativo§	Ceftriaxona	50 mg/ml	100 mg en 0.5 ml
	Ceftazidima	50 mg/ml	100 mg en 0.5 ml
	Fluoroquinolonas	Varias†	
Mycobacterias No tuberculosas	Amikacina	20-40 mg/ml	20 mg en 0.5 ml
	Claritromicina	10 mg/ml	
	Azitromicina ††	10 mg/ml	
	Fluoroquinolonas	Varias†	
Nocardia	Sulfacetamida	100 mg/ml	
	Amikacina	20-40 mg/ml	20 mg en 0.5 ml
	Trimetoprim / Sulfametoxazol:		
	Trimetoprim	16 mg/ml	
	Sulfametoxazol	80 mg/ml	

* Gatifloxacina y moxifloxacina tienen menor índice de resistencia en gram-positivos que otras fluoroquinolonas.

† Ciprofloxacina, 3 mg/ml; gatifloxacina, 3 mg/ml; levofloxacina, 15 mg/ml; moxifloxacina, 5 mg/ml; ofloxacina 3 mg/ml, todos comercialmente accesibles.

‡ Para Enterococos o Estafilococos resistentes y alergia a la penicilina. Vancomicina y bacitracina no tienen cubierta para gram-negativos y por ende no deben de ser usados empíricamente para el tratamiento de keratitis bacteriana.

§ Se requiera terapia sistémica si se sospecha infección por gonococo.

†† Datos de Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL, Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. *Am J Ophthalmol* 2001;132:819-30.