

Protocolo de Cuidado Ocular en UTI

-Documento avalado por la Comisión de Prevención de Infecciones Oculares del Consejo Argentino de Oftalmología.
-Versión 02, publicada el 8 de julio de 2021. Busque posibles nuevas versiones en nuestra página web de coronavirus y oftalmología: www.ofthalmologos.org.ar/coronavirus.
-Contacto: secretaria@oftalmologos.org.ar.

Fisiopatología

La queratopatía en pacientes de UTI se produce por un cierre ocular incompleto, por alteración de la contracción del músculo orbicular o por disminución del reflejo del parpadeo que conlleva a evaporación de la lágrima y desecación conjuntival y corneal. La posición en prono de larga duración puede generar edema facial, con consiguiente riesgo de glaucoma, disminución de la perfusión ocular y oclusión de arteria retinal. Por lo tanto, es importante considerar estos factores a la hora de evitar complicaciones oculares.

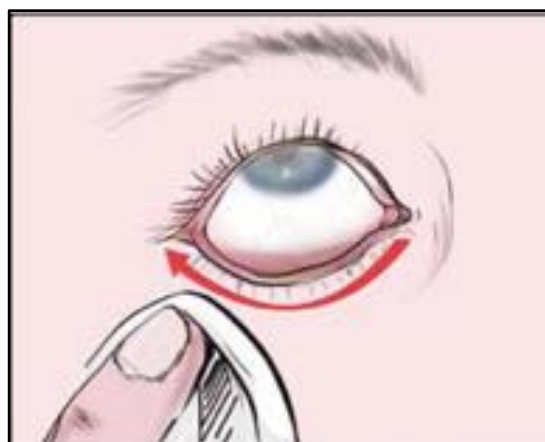
Con qué podemos encontrarnos

En las primeras horas de exposición ocular por cierre incompleto, podemos encontrar, durante el examen clínico, daño conjuntival, quemosis y hemorragia. Con el paso de las horas, se suman otras alteraciones corneales, como queratitis, úlceras, abscesos o, incluso, perforaciones.

Protocolo de atención

Es importante el trabajo en equipo:

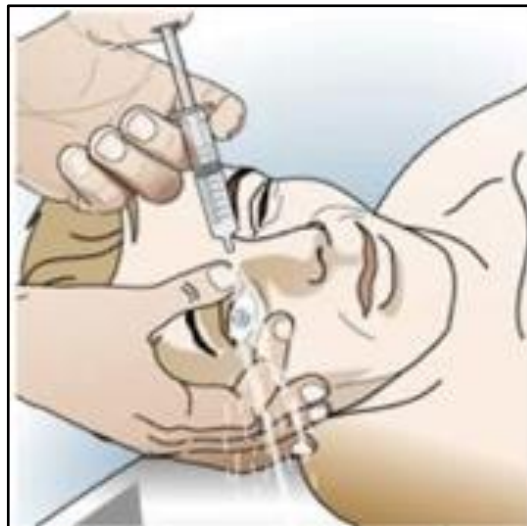
- Corroborar con interrogatorio si el paciente es usuario de lentes de contacto y si los tiene colocados antes de ingreso a UTI.
- Ante la detección de ojo rojo o paciente con lagofthalmos (cierre palpebral incompleto), es necesaria la interconsulta con el médico oftalmólogo.
- Evaluar estado del globo ocular (conjuntiva-córnea) y grado del cierre palpebral a diario.



Tte. Gral. Perón 1479, PB
(C1037ACA), Buenos Aires
{+5411} 4374-5400, líneas rotativas
secretaria@oftalmologos.org.ar

WWW.OFTALMOLOGOS.ORG.AR

- En pacientes con buen cierre palpebral, controlar a diario el estado del globo ocular.
- En caso de cierre palpebral incompleto, se sugiere seguir el algoritmo.
- Mantener la humedad de la superficie ocular mediante lubricante o gel.
- Mantener el ojo cerrado, colocando previamente gel y luego material adhesivo semipermeable o cinta adhesiva según indicación del oftalmólogo.
- En pacientes en decúbito prono, colocar al paciente en ligera posición de Trendelenburg inversa (-30°) para disminuir el edema facial y tumefacción periorbitaria, para asegurar una adecuada perfusión ocular y prevenir oclusión arteria retinal, neuropatía isquémica y glaucoma.
- Previo a la realización de succión endotraqueal colocar cinta adhesiva para proteger los ojos al mantenerlos cerrados y aislados de las secreciones respiratorias, evitando infecciones oculares.



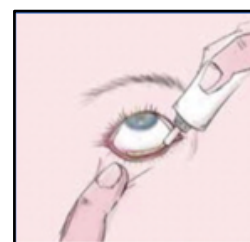
Higiene para la atención

1. Lávese las manos y explique al paciente lo que va a suceder.
2. Realice la valoración del estado ocular.
3. Coloque al paciente en decúbito dorsal y cuello en leve hiperextensión.
4. Coloque paño absorbente en parte lateral la cara, uno en cada lado.
5. Lávese las manos y coloque guantes estériles.
6. Empape una gasa estéril con solución de irrigación, limpie los párpados y las pestañas de ambos ojos, siempre del canto interno hacia el canto externo, utilizando una gasa en cada movimiento de limpieza. Repítalo 3 veces.
7. Cargue en una jeringa de 10 cc solución salina al 0.9%, retire la aguja de la jeringa.
8. Gire la cabeza del paciente a 30° hacia el lado del ojo que se va a limpiar.
9. Conserve abierto el ojo con el pulgar y el índice de la mano no dominante e instile la solución salina en el ojo con suavidad y constancia de manera que se dirija del canto interno al canto externo, hasta retirar las secreciones si es el caso.
10. Cierre los párpados y retire el excedente de humedad que se encuentre fuera del ojo con una gasa estéril, evitando rozar la córnea.

Cuidados específicos

Lubricantes

- Aumentan el tiempo rotura película lagrimal y lubricación.
- Eliminan microorganismos y detritus.
- Utilizar lágrimas artificiales sin conservantes / gel.
- Gel brinda protección prolongada.
- Frecuencia: cada 1 a 4 hs.



Oclusión con cinta adhesiva tipo Transpore

- Pacientes con cierre palpebral grado 1.
- Asociado a lubricación.
- Cambiar la cinta adhesiva y evaluar la superficie ocular.



Duoderm

- Material acolchado adhesivo con cierto peso.
- Se coloca desde arco superciliar hasta borde palpebral del párpado superior.
- Frecuencia cada 4 a 6 hs.

Cámara húmeda

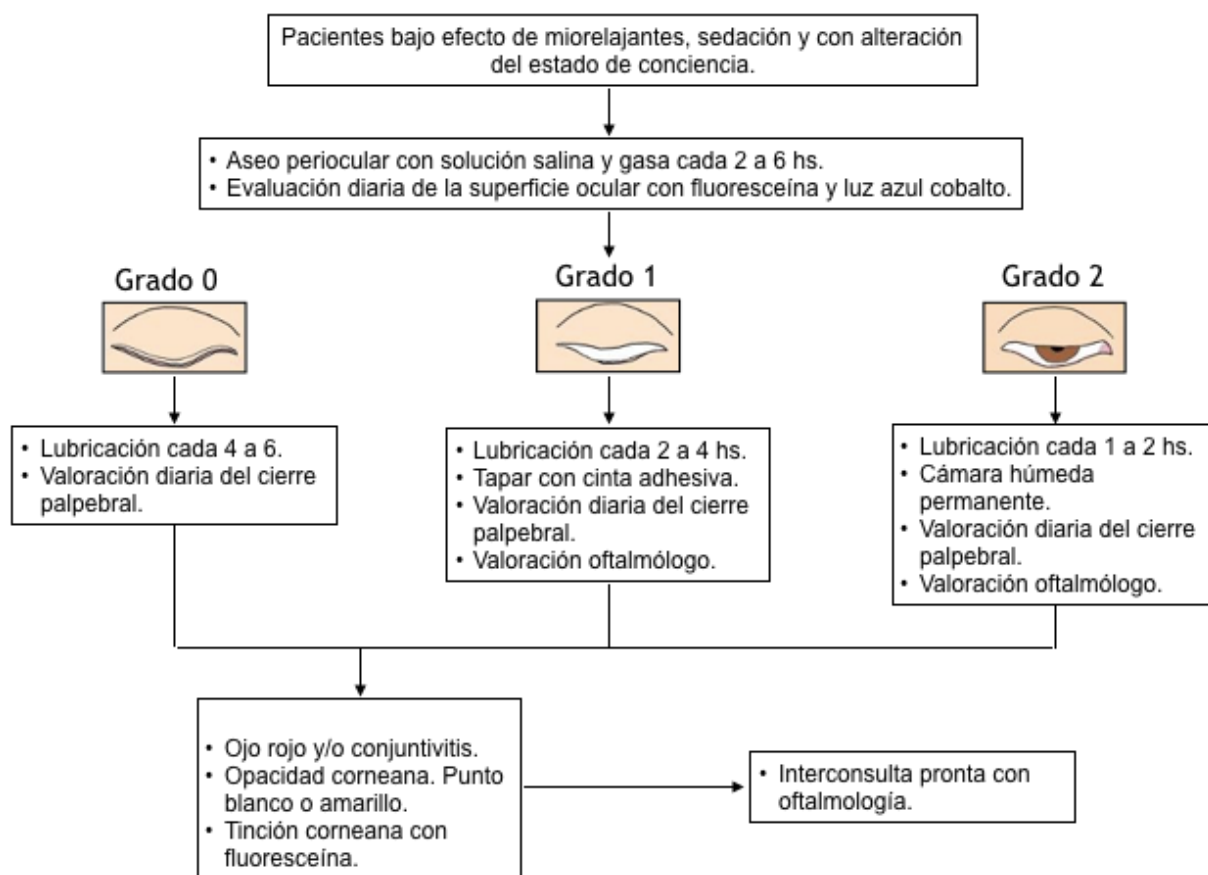
- En pacientes con cierre palpebral grado 2.
- Es una barrera contra la evaporación de la película lagrimal.
- Es una barrera física para microorganismos y prevención de sobreinfecciones del tracto respiratorio.

Tegaderm

- Protección sobre córnea y colocación de gel.
- Película transparente de poliuretano semipermeable.

Diagrama de triage

(Ver en la página siguiente)



Referencias

1. Stafford G Sansome, Pei-Fen Lin. Eye care in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. **British Journal of Hospital Medicine** Vol. 81, No. 6 <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0228>.
2. Bird B, Dingley S, Stawicki SP, Wojda TR. Exposure keratopathy in the intensive care unit: do not neglect the unseen. 2017. Vignettes in Patient Safety. Ch. 9. Crossref (accessed 29 May 2020).
3. Chang SH, Miller NR. The incidence of vision loss due to perioperative ischemic optic neuropathy associated with spine surgery: The Johns Hopkins Hospital experience. *Spine*. 2005;30(11):1299–1302. Crossref PubMed.
4. Cheng MA, Todorov A, Tempelhoff R et al. The effect of prone positioning on intraocular pressure in anesthetized patients. *Anesthesiology*. 2001;95(6):1351–1355. Crossref Crossref. PubMed.



5. Christ SL, Zheng DD, Swenor BK et al. Longitudinal relationships among visual acuity, daily functional status, and mortality: the Salisbury eye evaluation study. *JAMA Ophthalmol.* 2014;132(12):1400–1406. Crossref PubMed.
6. Grixti A, Sadri M, Datta AV. Uncommon ophthalmologic disorders in intensive care unit patients. *J Critical Care.* 2012;27(6):746.e9–746.22. Crossref
7. Grixti A, Sadri M, Watts MT. Corneal protection during general anesthesia for nonocular surgery. *Ocular Surface.* 2013;11(2):109–118. Crossref PubMed.
8. Guerin C, Gaillard S, Lemasson S et al. Effects of systematic prone positioning in hypoxemic acute respiratory failure: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;292(19):2379–2387. Crossref PubMed.
9. Hearne BJ, Hearne EG, Montgomery H, Lightman SL. Eye care in the intensive care unit. *J Intens Care Soc.* 2018;19(4):345–350. Crossref PubMed.

Participaron en la confección de este documento

-Autores: Dres. Rubén Lorenzetti y Nadia Flores.

-Documento avalado por la Comisión de Prevención de Infecciones Oculares del Consejo Argentino de Oftalmología. Dirección médica: Dra. María Julia Zunino. Coordinación general: Lic. IQ Julia Casale.