

Recomendaciones para la protección ocular durante la anestesia general

Dras. Ana M. Rodríguez*, Jimena Areco*, María Elena Vergara†, Carolina Crocco†, Mercedes Álvarez†, Ana Vázquez†, Prof. Dr. Marcelo Gallarreta†

La práctica del cuidado ocular es importante durante la anestesia general. Si bien las úlceras de córnea tienen en general un pronóstico favorable a corto plazo, no es deseable que un paciente que se somete a una intervención quirúrgica resulte afectado de una lesión ocular inesperada que obligará –en el mejor de los casos– a un alta hospitalaria dolorida y con los ojos tapados, retrasando el reintegro a sus actividades normales.

Priorizar la seguridad del paciente nos hace ser inflexibles a la hora de evitar eventos adversos, en su mayor parte prevenibles, si tomamos medidas adecuadas, que para el caso que nos ocupa son muy simples. Debemos ocuparnos de no agregar un daño innecesario, que puede y debe prevenirse, a los pacientes que llegan a un block quirúrgico buscando soluciones a sus patologías.

Una revisión sistemática acerca de las lesiones de córnea encontró una tasa de 0,64% en cirugía no ocular. Aunque en el ámbito nacional desconocemos la casuística, tenemos la percepción de que hemos naturalizado este tipo de eventos y, por lo tanto, cuando ocurren, no se realiza un seguimiento ni se investigan las posibles causas. Desde la reciente incorporación en Uruguay de la plataforma SENSAR, encontramos un reporte reiterado de este evento adverso. Si bien las medidas de protección ocular son práctica común en la especialidad, cada anestesista procede en forma diferente.

El objetivo es dar a conocer el procedimiento recomendado por los departamentos de Anestesiología y de Oftalmología de la Facultad de Medicina.

Se denomina abrasión o úlcera corneal a la pérdida de parte del epitelio corneal con tinción positiva para la fluoresceína. Se manifiesta por dolor ocular, fotofobia y lagrimeo. Al examen, la tinción positiva con fluoresceína confirma el diagnóstico clínico.

La úlcera corneal estéril no constituye una patología grave y se suele resolver espontáneamente en 24 a 48

horas. Sin embargo, su infección es una complicación de potencial gravedad, por lo que su presencia es indicación de valoración por oftalmólogo.

El mecanismo de las complicaciones oculares es multifactorial; sin embargo, durante las cirugías con anestesia general el 59% de los pacientes permanecen con los ojos entreabiertos y la inadecuada oclusión palpebral determina exposición de la superficie ocular, pudiendo causar ulceración secundaria a agentes físicos (roce con campos quirúrgicos estériles, gasas colocadas sobre los ojos aún ocluidos) o químicos (contacto con clorhexidina alcohólica). Por otra parte, durante la anestesia general también se pierde el fenómeno de Bell (movimiento del globo ocular hacia arriba y afuera cuando se cierra el párpado que protege a la córnea), se deja de parpadear y disminuye la producción basal de las lágrimas y su estabilidad.

Estas lesiones se asocian mayormente a cirugías de cabeza y cuello, cirugías prolongadas, posición lateral o prona, hipotensión perioperatoria, presencia de anemia, desinfección con clorhexidina en la región orbitaria y apoyo en región orbitaria.

A pesar de las mejores estrategias de protección de los ojos, pueden producirse lesiones, por lo que es importante dar la información adecuada a los pacientes, así como tomar las siguientes medidas de precaución intraoperatorias:

1. Una vez anestesiado el paciente, realizar el cierre palpebral elevando la piel del párpado inferior desde la mejilla hacia el párpado superior con el dedo índice (figura 1).
2. Colocar una cinta de micropore (de preferencia) para mantener una oclusión segura y permanente durante todo el procedimiento. Pueden usarse apósitos autoadhesivos transparentes.

*Departamento de Anestesiología. Facultad Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Departamento de Oftalmología. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

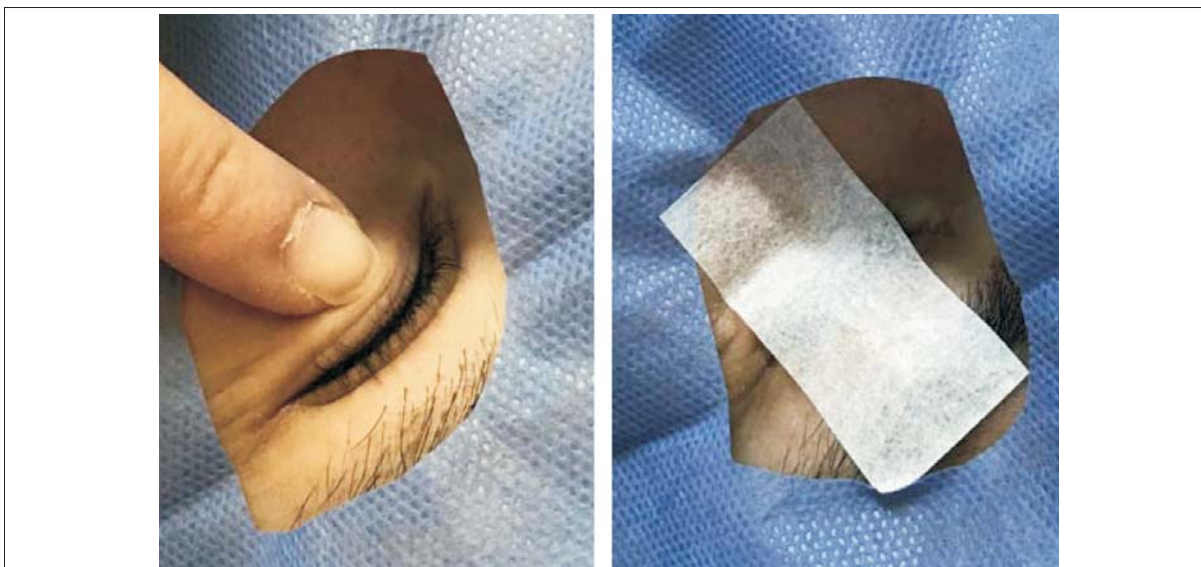


Figura 1

3. No se recomienda colocar gasas sobre los ojos, dado que en caso de abrirse pueden causar lesión.
4. De contar con lágrimas en gel o ungüento oftálmico, pueden utilizarse previo a la oclusión, teniendo en cuenta que los ungüentos de base acuosa y sin conservantes son mejor tolerados
5. En cirugías de cabeza y cuello:
 - a) No se recomienda la desinfección con clorhexidina (tanto acuosa como alcohólica) dado el efecto irritante sobre los ojos y mucosas. Como opción contamos con la iodopovidona (yodofón).
 - b) Evitar el apoyo mecánico involuntario por parte del equipo quirúrgico sobre el área ocular.
6. Tras finalizar la cirugía, retirar el micropore e higienizar la zona con gasa estéril.
7. De existir contacto ocular con productos químicos (clorhexidina), debe realizarse un lavado ocular profuso con abundante suero ringer lactato o suero fisiológico para eliminar el producto de la superficie ocular y realizar interconsulta urgente con oftalmólogo.
8. Al despertar frente a síntomas, consulta con oftalmólogo, quien, en caso de confirmar la lesión, indicará

tratamiento de oclusión, antibiótico y lubricación, según corresponda.

Bibliografía

1. **Papp AM, Justin GA, Vernau CT, Aden JK, Fitzgerald BM, Kraus GP, et al.** Perioperative corneal abrasions after nonocular surgery: a systematic review. *Cornea* 2019; 38(7):927-32.
2. **Grixti A, Maziar S, Mark MT.** Corneal protection during general anesthesia for nonocular surgery. *Ocul Surf* 2013; 11(2):109-18.
3. **Yu HD, Chou AH, Yang MW, Chang CJ.** An analysis of perioperative eye injuries after nonocular surgery. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2010; 48(3):122-9.
4. **Vetter TR, Ali NM, Boudreaux AM.** A case-control study of an intraoperative corneal abrasion prevention program: holding the gains made with a continuous quality improvement effort. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012; 38(11):490-6.
5. **Snow JC, Kripke BJ, Norton ML, Chandra P, Woodcome HA.** Corneal injuries during general anesthesia. *Anesth Analg* 1975; 54(4):465-7
6. **Prakash S.** Perioperative eye protection under general anesthesia. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2013; 29(1):138-9..