

C001

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA OCLUSIÓN OCULAR NOCTURNA DEL PACIENTE EN NEUROCIRUGÍA

Palabras Clave: Parálisis de Bell, Lagoftalmo, Neurocirugía

Introducción: El paciente de la unidad de Neurocirugía, puede presentar alteraciones en la oclusión ocular (cierre del párpado), tras realizarse una cirugía, traumatismos craneales o sufrir complicaciones secundarias durante su estancia hospitalaria prolongada, como haber permanecido varias semanas en una unidad de cuidados intensivos, precisando realizar una oclusión nocturna del ojo para evitar la aparición de úlceras corneales y más complicaciones secundarias. La finalidad de este trabajo es dar una educación sanitaria específica tanto al paciente como a los familiares.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica durante 3 meses en bases de datos científicas (PubMed, Cochrane, Cinahl, Scielo), entrevista con Dr. Jorge Torales, especialista del servicio de Neurocirugía del Hospital Clínic de Barcelona.

Resultados: El análisis de los datos obtenidos en la revisión bibliográfica, nos indica que no existe prácticamente información de los cuidados que realiza enfermería durante la estancia hospitalaria en la oclusión ocular nocturna, aún siendo una complicación potencial tras cirugías de base de cráneo (tumores, meningiomas), cirugía de aneurismas cerebrales (especialmente en el clipaje de la arteria comunicante posterior), cirugía de adenomas hipofisarios y neuralgia del trigémino. Las estancias prolongadas en UCI también pueden conllevar este tipo de complicaciones.

Discusión y conclusiones: Una correcta oclusión nocturna y educación sanitaria, tanto al paciente como a los familiares, evitará complicaciones potenciales como la aparición de úlceras corneales y garantizará que cuando el paciente marche de alta y acuda a las visitas de control con los servicios de oftalmología y fisioterapia, no presente nuevas complicaciones. Suele haber una recuperación entre el 85-91% de los casos con alteración en la oclusión ocular. La recuperación tiene un margen de 8-9 meses, tras pasado un año, si no existe un progreso evidente en la recuperación, se plantearán otros métodos oclusivos o cirugía.

Bibliografía:

- Carnota, P; Mascaró Zamora, F; Muñoz Quiñones, S. et. Al. Protocolo para el manejo oftalmológico de la parálisis facial. Annals de oftalmología 2007; 15 (1): 20-25. 2007 [revisado 15 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.annalsoftalmologia.com/articulos/a17219/of-15-1-003.pdf>

- Rani H Rita, M; Deepa M Gitanjali, V C; Tinu SR, Subbulakshmi B. et. Al. Lagophthalmos: An etiological lookout to frame the decision for management. Indian Journal of Ophthalmology. 2022 [revisado 03 de enero de 2026]. Disponible en:

https://journals.lww.com/ijo/fulltext/2022/08000/lagophthalmos_an_etiological_lookout_to_frame_the.63.aspx

- Calles Monar, PS; Márques Fernández, VE; Sánchez-Tocino, H. at. Al. Estudio retrospectivo de parálisis facial periférica en un hospital de tercer nivel a lo largo de 3 años. Sociedad española de Oftalmología. Volumen 98: pág. 132-141. 2023 [revisado de 02 febrero de 2026]. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173579423000117?via%3Dihub>