

GUÍA

TUMOR DE HIPÓFISIS POST OPERATORIO INMEDIATO



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA – PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS DE TUMOR HIPOFISIARIO

1. CÓDIGO CIE X: D 35.2

2. DEFINICIONES Y SIGLAS: (TH)

Los Tumores Hipofisarios también llamados Adenomas Hipofisarios son tumores relativamente frecuentes que nacen desde la glándula llamada hipófisis, ubicada en la base del cráneo, y que cumple funciones vitales. Son tumores en su gran mayoría benignos. ¹

3. DESCRIPCIÓN O ASPECTOS GENERALES

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para extraer lesiones en la hipófisis, cada una se selecciona dependiendo del tamaño y tipo de tumor, así como las características del paciente.

Las principales técnicas son:

- **Abordaje transesfenoidal:** se hace a través de la nariz, es útil en tumores pequeños y no invasivos.
- **Abordaje transcraneal:** cirugía que se realiza en tumores hipofisarios que por su tamaño o localización, no pueden verse a través del abordaje transesfenoidal. ²

3.1 ETIOLOGÍA

No se conocen las **causas del tumor hipofisario**. No obstante, se sabe con certeza que en la mayoría de los casos este tumor se origina a partir de células degeneradas del lóbulo anterior de la hipófisis.

En casos aislados es posible atribuir tumor hipofisario a causas genéticas: el síndrome MEN 1 (neoplasia endocrina múltiple) es una enfermedad hereditaria infrecuente caracterizada por la predisposición congénita a la formación de tumores hipofisarios y tumores pancreáticos. ³

La mayoría de los tumores hipofisarios no son cancerosos (benignos). ⁴

3.2 FISIOPATOLOGÍA

- **Abordaje Transesfenoidal:** El que se hace a través de la nariz, perforando el hueso esfenoides en la base de la silla turca que contiene la hipófisis, donde se encuentra el tumor rodeado de las estructuras: arterias carotídeas, nervios ópticos y estructuras venosas.



- **Abordaje transcraneal:** Se realiza incisiones visibles en la cabeza y se accede de esta manera al tumor desde su base, y se realiza la resección del contenido de la cápsula tumoral. ^{1,3}

3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Alteraciones del Patrón Respiratorio.
- Dolor.
- Alteración Hemodinámico (FC, P/A, PAM y PVC).
- Alteración de AGA y Electrolitos.
- Alteración Endocrina (Diabetes Insípida).
- Convulsiones.
- Ansiedad. ⁵

3.4 EPIDEMIOLOGÍA

Los adenomas hipofisarios son lesiones frecuentes, que representan aproximadamente el 10% de todas las neoplasias intracraneales primarias.

Constituyen la tercera neoplasia por orden de frecuencia de todas las neoplasias intracraneales primarias, detrás de gliomas y meningiomas. ^{6,7}

Los prolactinomas tienen un predominio femenino de 4-5: 1, y se ven generalmente en adultos jóvenes. ^{6,7}

Los tumores de secreción de hormona del crecimiento tienen un predominio masculino de 2:1. ^{6,7}

La distribución de sexos muestra un discreto predominio de los tumores benignos en mujeres, mientras que los malignos y las cifras globales son mayores en varones. Las tasas de mortalidad de algunas estadísticas con tendencia ascendente serán de 6,5 x 1000,000 hab. Por año para varones y 4,5 para mujeres. ^{6,7}

En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el año 2012 se realizaron 139 cirugías de los cuales menores de 20 años 08 pacientes; de 20 a 39 años 43 pacientes, de 40 a 59 años 59 pacientes y mayores de 60 años 29 pacientes y con mayor predisposición es el sexo masculino y las cirugías más frecuentes son tumores hipofisarios. ⁸



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

3.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Los Tumores Hipofisarios con riesgo a ser sometidos de extirpación quirúrgica son los "no funcionantes" productores de ACTH y los de la Hormona de Crecimiento.
- Los adenomas productores de Prolactina, se realiza la operación cuando no responden al tratamiento endocrinológico, o cuando están poniendo en grave riesgo la visión del paciente.⁹

3.6 COMPLICACIONES

Período posoperatorio inmediato (primeras 24 horas).

- Edema cerebral.
- Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas.
- Hidrocefalia.
- Hematoma en las siguientes localizaciones: Lecho quirúrgico, Epidural y Subdural.¹⁰

4. DIÁGNOSTICO DE ENFERMERÍA

- Patrón Respiratorio Ineficaz R/C depresión del centro respiratorio: efectos colaterales de anestesia general.
- Dolor agudo R/C agente lesivo físico / biológico: Intervención quirúrgica.
- Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R deterioro de los mecanismos reguladores de la hormona antidiurética.
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz F/R incremento de la presión intracraneana: edema cerebral, sangrado.

Riesgo de infección F/R efectos adversos a procedimientos invasivos: CVC, catéter de línea arterial, CUP, TET y drenajes quirúrgicos.



5. OBJETIVO

- Estandarizar el cuidado de enfermería en forma integral, oportuna y segura en pacientes post operados inmediatos de Tumor Hipofisiario.
- Homogenizar criterios de cuidado que permitan mejorar su estado neurológico basal y disminuir complicaciones.



6. POBLACIÓN OBJETIVO

Paciente adulto post operado inmediato de Tumor Hipofisiario.

7. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

8. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado IV

9. PLAN DE CUIDADOS

Algoritmos.





Algoritmo 1

VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DEL PACIENTE POST OPERADO DE TUMOR HIPOFISIARIO

- ❑ Efectos de anestesia general: Disminución de la ventilación minuto, alteración de los movimientos torácicos, SaO₂ > 94%, secreciones orobronquiales.
- ❑ Incisión quirúrgica: Tejido cerebral resecaado, cambios en la Presión Arterial y Frecuencia Cardíaca, dilatación de pupilas, informe codificada (Escala de EVA), fascie dolorosa.
- ❑ Riesgo de diabetes insípida por alteración de la secreción de hormona anti-diurética.
- ❑ Riesgo a presentar HIC: Edema cerebral, Hematomas (Lecho quirúrgico, Epidural, Subdural).
- ❑ Procedimientos invasivos: TET, CVC, CVP, línea arterial, CUP, drenajes quirúrgicos.

VALORACION

Coordine:

Interconsultas:

UCI
 Emergencia
 Anestesiología
 Neurocirugía
 Endocrinología

Exámenes:

Imagenológico:

Resonancia Magnética, TAC, Rayos X de tórax.

Laboratorio:

AGA, electrolitos, glicemia, Hemograma, Hematocrito, TP, TTP.

Otros:

Estudio anatomo patológico del tejido tumoral resecaado.

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

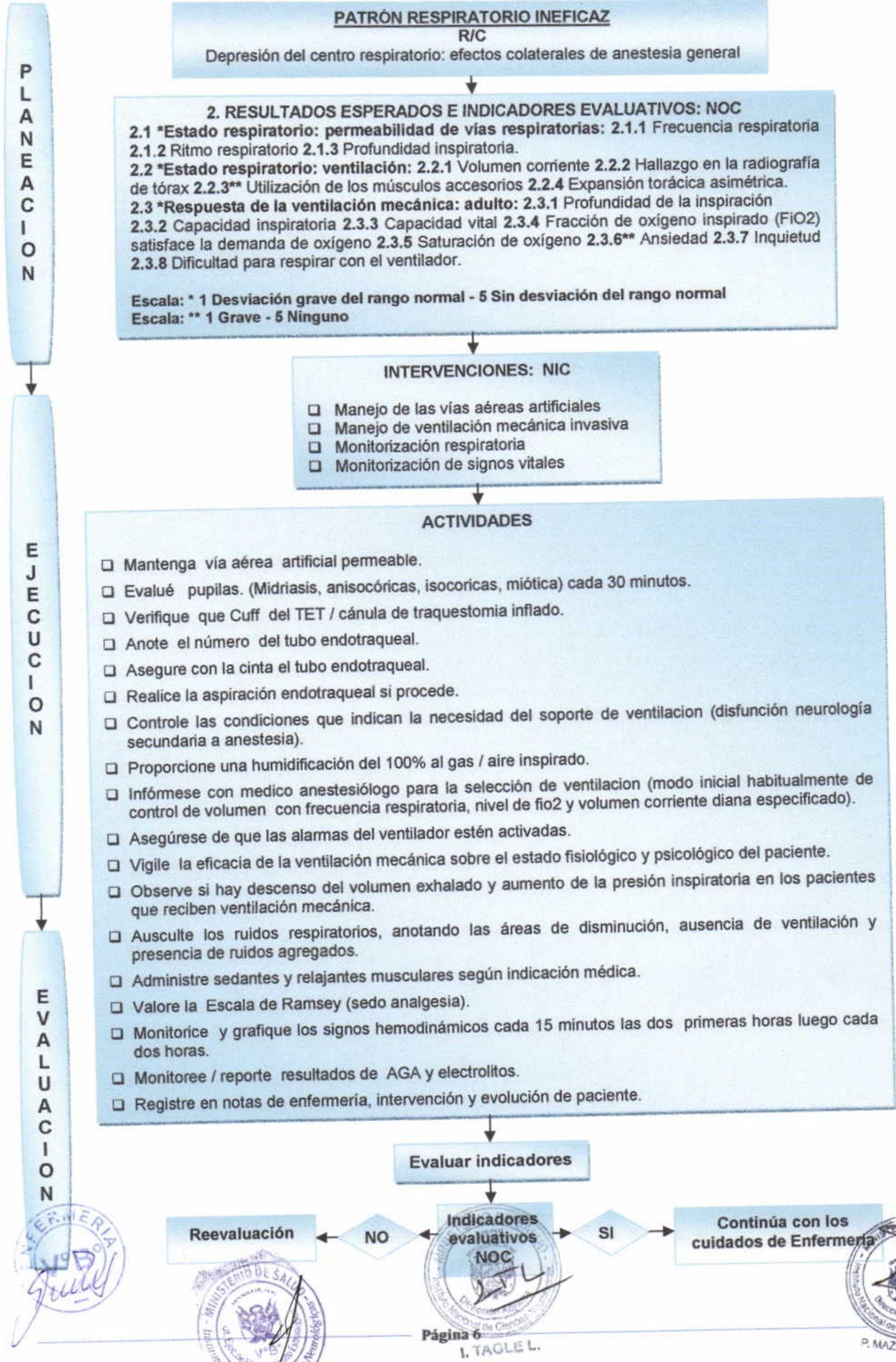
DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA





Algoritmo 2



ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional de Salud

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional de Ciencias Nefrológicas
 P. MAZZETTI S



Algoritmo 3

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

DOLOR AGUDO
R/C

Agente lesivo biológico / físico: Intervención quirúrgica

3. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

- 3.1 ***Control Del dolor:** 3.1.1 Refiere dolor controlado 3.1.2 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario 3.1.3. Reconoce factores causales.
3.2 **Nivel del dolor: 3.2.1 Expresiones faciales del dolor 3.2.2 Frotarse el área afectada 3.2.3 Agitación 3.2.4 Náuseas 3.2.5* Frecuencia respiratoria 3.2.6 Frecuencia del pulso radial 3.2.7 Presión arterial 3.2.8 Sudoración.
3.3 **Nivel de malestar: 3.3.1 Dolor 3.3.2 Ansiedad 3.3.3 Miedo 3.3.4 Tensión facial.
3.4 **Satisfacción del paciente: manejo del dolor:** 3.4.1 Dolor controlado 3.4.2 Nivel de dolor controlado regularmente 3.4.3 Acciones tomadas para aliviar el dolor.

- Escala: * 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal
 Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno
 Escala: *** 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado
 Escala: **** 1 No del todo satisfecho - 5 Completamente satisfecho

INTERVENCIONES: NIC

- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos

ACTIVIDADES

- Aplique la Escala Evaluativa del Dolor EVAN (1 al 10 sin sedación).
- Realice valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Monitoree signos vitales (aumento de Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial, Temperatura y Saturación de Oxígeno visualizado en monitor con sedación) cada 30 minutos.
- Observe claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegúrese que paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Proporcione a la persona un alivio de dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Evalúe la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración.
- Determine la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente.
- Asegúrese las estrategias de analgesia de pre tratamiento y/o farmacológico antes de los procedimientos dolorosos.
- Controle los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias, iluminación, temperatura y ruidos de la habitación.
- Evalúe la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Notifique al médico Neurocirujano si las medidas no tienen éxito para su revaloración.
- Registre en notas de enfermería intervenciones y evolución del dolor.

Evaluar indicadores

NO

Indicadores
 evaluativos
 NOC

SI

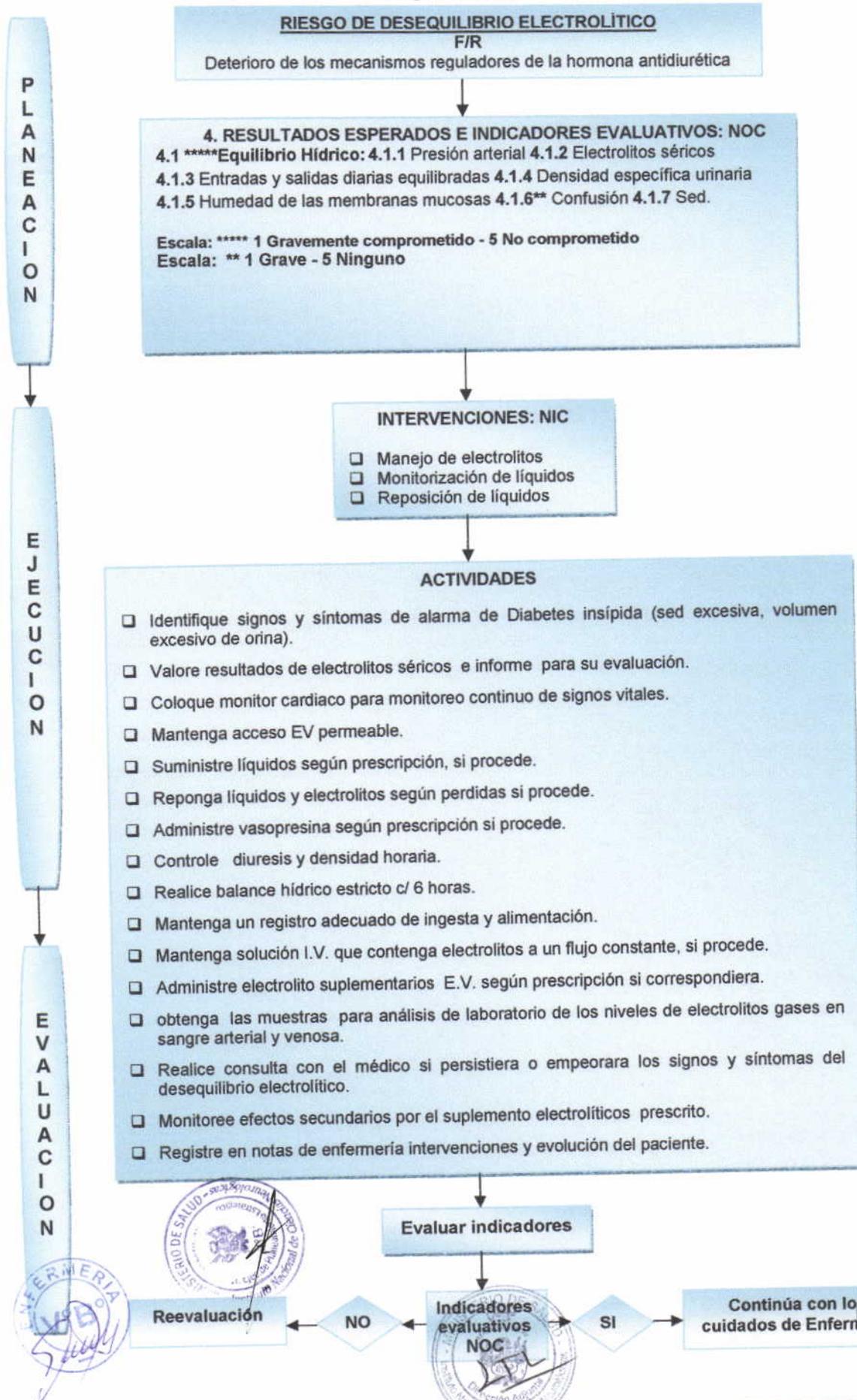
Reevaluación

Continúa con los
 cuidados de Enfermería



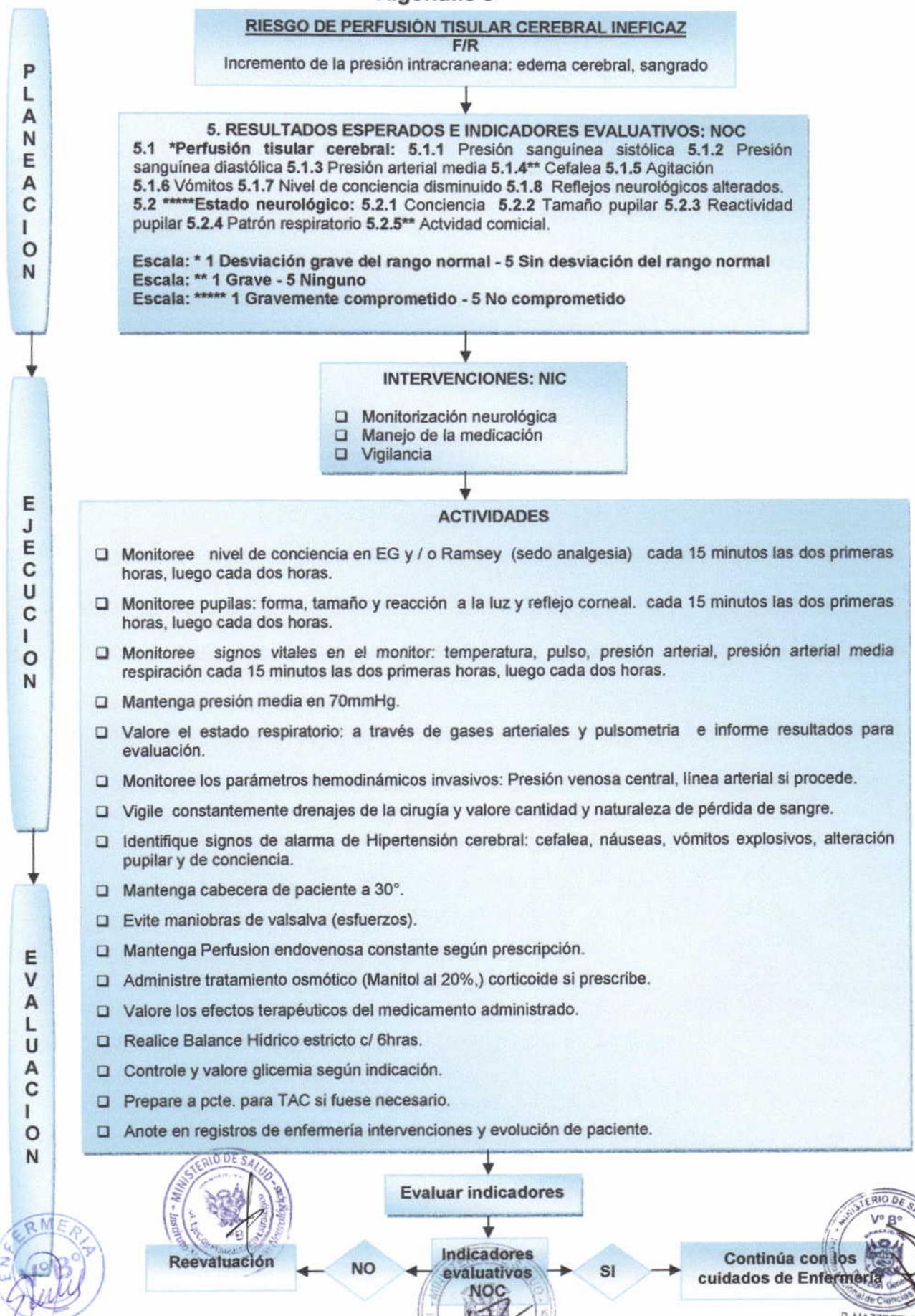


Algoritmo 4





Algoritmo 5

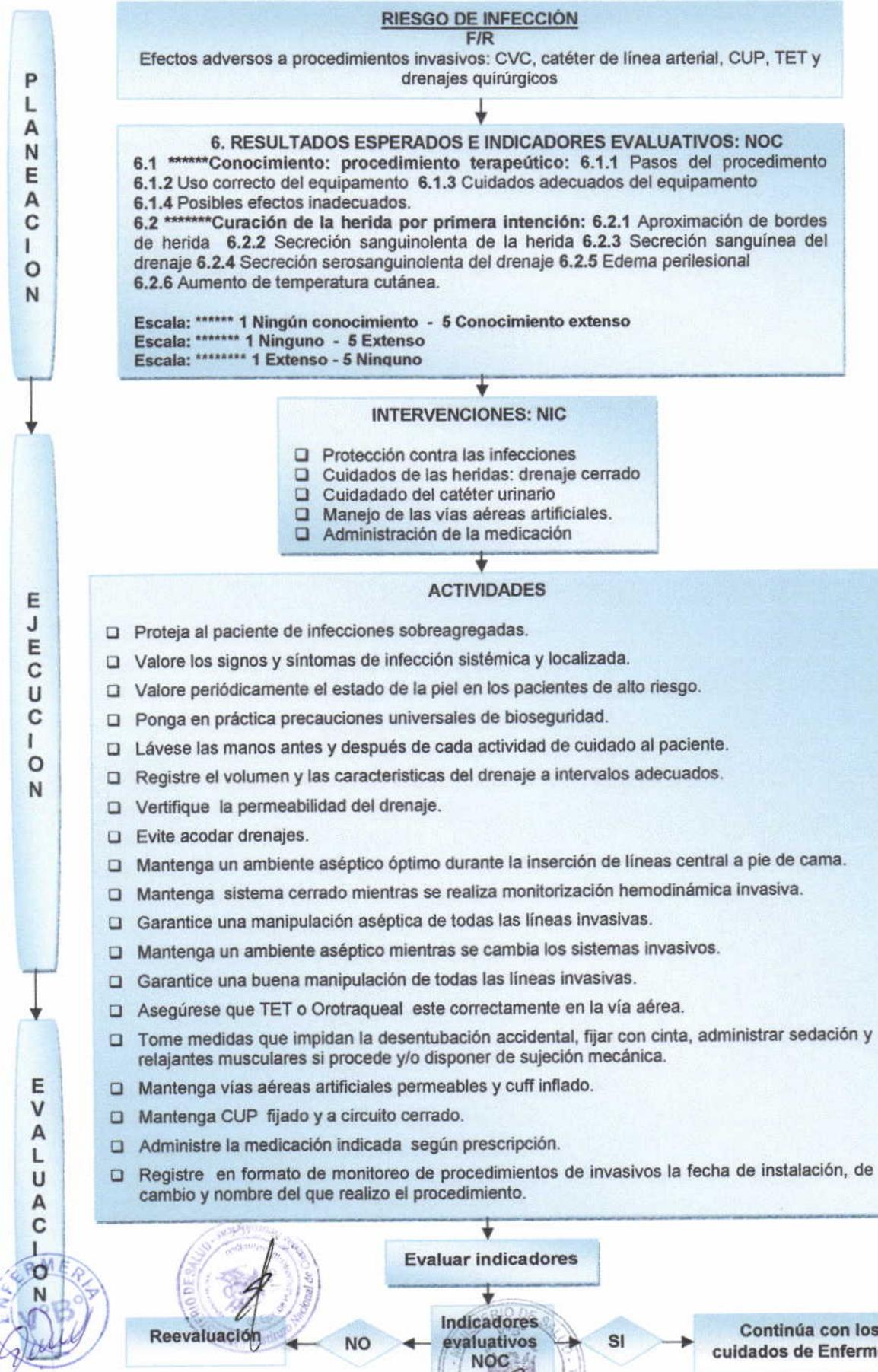


ENFERMERIA
 10/03/00
 [Signature]





Algoritmo 6





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Tumores de Hipófisis - Neurología | Neurocirugía. Cefalea ...
www.neuromed.cl/mostrar_detalle.php?id=27
- (2) Cirugía Hipófisis.
www.endocrinologia.org.mx/imagenes/.../cirugia%20de%20hipofisis.pdf
- (3) Tumor hipofisario Causas - Onmeda
www.onmeda.es > Enfermedades > Tumor hipofisario
- (4) Guía Práctica Clínica Dpto. Neurocirugía.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000704.htm>
- (5) Kleihues P, Burger PC Scheithauer. The New WHO Classification of Brain Tumors. Brain Pathol. 1993; 3: 255-268.
- (6) Villa Freixa s. Tumores intracraneales. Epidemiología y clasificación. Rev. Cáncer 2000; 14: 1-9.
- (7) American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2012. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2012.
- (8) Según Oficina de Estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- (9) Adenomas de la Hipófisis. Dra. Rodríguez Barceló... -Ctv.
www.ctv.es/USERS/tortosa/.../divulgacion.adenomas.html
- (10) Guías de manejo clínico - Instituto Nacional de Neurología y ...
www.innn.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/gnc.pdf
- (11) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) Quinta edición. 2112 Elsevier – España
- (12) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Quinta edición. 2012 Elsevier – España
- (13) NANDA INTERNACIONAL (2009) Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier – España.
- (14) Marion Johnson, Sue Moorhead, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. VÍNCULOS DE NOC Y NIC A NANDA – I Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. Tercera edición. 2012 Elsevier - España
- (15) Ley del Trabajo de la Enfermera (0), Ley N 27669
- (16) Norma Técnica de Compendio de Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias y Desastres Resolución Ministerial 996 -2005/MINSA

