



CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EL PROCESO POSTQUIRÚRGICO DE ADENOMA DE HIPÓFISIS POR VÍA TRANSESEFENOIDAL.

D^a. María Soledad Armengol Sánchez.
D^a. Olga Mestres Soler.
D^a. Teresa Molina Sánchez.

**Hospital General Vall D'Hebrón.
Barcelona.**

INTRODUCCIÓN

Los adenomas de hipófisis son tumores generalmente benignos de la glándula hipofisaria. Representan aproximadamente el 10% de todas las neoplasias intracraneales primarias, detrás de los gliomas y meningiomas. Se caracterizan por la secreción inadecuada de hormonas hipofisarias y por déficits del campo visual. El tratamiento de elección para la mayoría de estos tumores es la intervención quirúrgica por vía transesfenoidal. Es una técnica segura y efectiva, pero también comporta riesgo de complicaciones. A los pacientes intervenidos mediante esta técnica en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, se les personalizó el plan de cuidados enfermeros mediante el aplicativo informático Gacela Care, con el objetivo de poder detectar precozmente las posibles complicaciones postquirúrgicas.

Clasificación de los adenomas de hipófisis

Se clasifican:

Según su tamaño en microadenomas, menores de 1 cm y macroadenomas, mayores de 1 cm.

Según la secreción hormonal: funcionantes, que segregan hormonas, y no funcionantes, que no segregan hormonas.

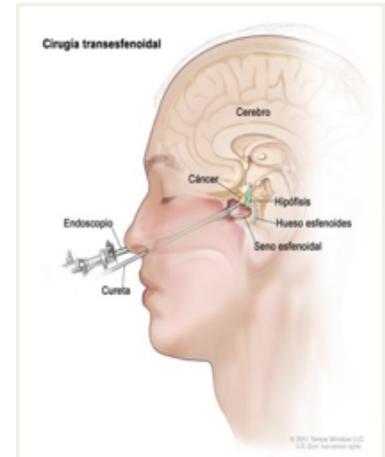
Manifestaciones clínicas

Trastornos neurológicos y oftalmológicos, debidos a la compresión o invasión de estructuras adyacentes, como el nervio óptico y nervios localizados al lado de la hipófisis.

Trastornos endocrinos, provocados por deficiencia o exceso en la producción de hormonas de la hipófisis.

Los signos y síntomas más frecuentes son: alteraciones visuales: hemianopsia bitemporal, atrofia óptica; cefalea y alteraciones hormonales: amenorrea-galactorrea, pérdida de la libido, impotencia, acromegalia o síndrome de Cushing y con menor frecuencia, presentan trastornos de pares craneales (III, IV, VI).

¿En qué consiste la cirugía por vía transesfenoidal del adenoma hipofisario?
Es una técnica quirúrgica (Fig.1) que consiste en la introducción de un endoscopio a través del orificio natural de la nariz hasta acceder a la base del cráneo, procediendo a la extirpación del tumor sin efectuar ninguna incisión en la cara, boca o cráneo, aspecto que favorece la autoimagen del paciente. Actualmente, más del 95% de los tumores hipofisarios se abordan por vía transesfenoidal. Esta técnica proporciona la ruta más corta a la lesión y confiere un traumatismo mínimo a las estructuras circundantes. En ocasiones es necesario extraer una pequeña porción de grasa del abdomen para colocarla en el espacio vacío que queda tras extirpar el tumor con el objetivo de prevenir complicaciones.



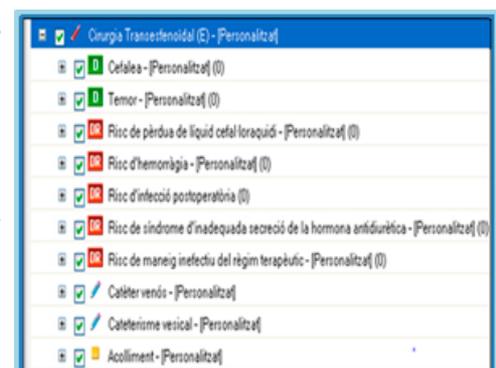
OBJETIVOS

Personalizar el plan de cuidados de enfermería en los pacientes que han sido intervenidos de adenoma de hipófisis por vía transesfenoidal y que están ingresados en la Unidad de Neurocirugía, para detectar de forma precoz las posibles complicaciones postquirúrgicas.

Identificar las complicaciones postquirúrgicas más prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la personalización de los cuidados enfermeros a los pacientes intervenidos de adenoma de hipófisis por vía transesfenoidal, se utilizó el aplicativo informático Gacela Care (Fig.2). Las primeras 24 horas después de la intervención, el paciente permanecerá en el Servicio de Reanimación donde se le realizará un seguimiento más estricto, posteriormente ingresará en la Unidad de Neurocirugía, donde tras la valoración inicial de las 14 necesidades de Virginia Henderson se individualizarán estos cuidados, adaptándolos a las particularidades de cada paciente.



La ejecución de todas las intervenciones y actividades de enfermería planificadas va a ser determinante para poder detectar las principales complicaciones:

DIABETES INSÍPIDA: consiste en la alteración de la retención renal de agua como consecuencia de una deficiencia de la hormona antidiurética (ADH). Los síntomas clásicos son polidipsia, poliuria y orina diluida.

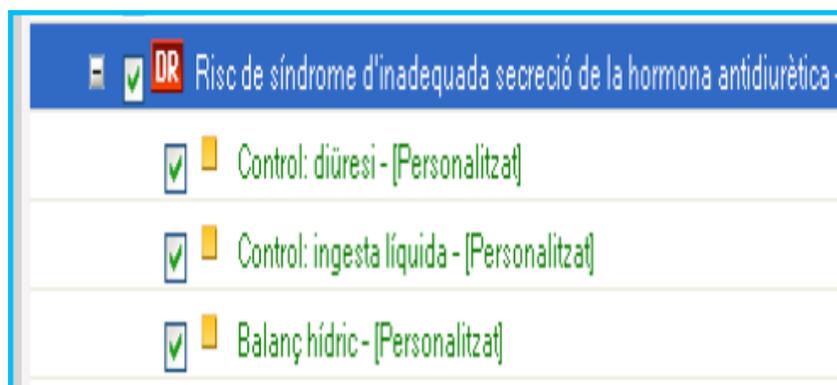
Intervenciones de enfermería (Fig.3):

Prevenir la deshidratación mediante una adecuada ingesta de líquidos.

Control de la ingesta líquida.

Balance hídrico: si diuresis

> 1.500 cc en 12 horas, administración de vasopresina por vía subcutánea, según pauta médica.



FÍSTULA DE LCR (RINORREA): salida de LCR por las fosas nasales, con riesgo de meningitis.

Intervenciones de enfermería (Fig.4):

Control del apósito nasal.

Educación sanitaria al paciente sobre: presencia de sabor salado al tragar saliva.

No sonarse; toser y estornudar con la boca abierta,
evitar esfuerzos.

Observar la presencia de halo en la almohada del paciente.

Observar el goteo de LCR por fosa nasal.

Diferenciar entre mucosidad y LCR: realizar análisis de LCR en tira reactiva, si es positivo para la glucosa, confirma que es LCR.

Fig.4

Si se sospecha la fístula de LCR: administración profiláctica de vacuna neumocócica, según pauta médica.





XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS.
"NEUROENFERMÍA ANTE
LA PATOLOGÍA TUMORAL Y DEGENERATIVA"



MENINGITIS: es la complicación más grave y se asocia en muchas ocasiones a la fistula de LCR. El paciente presenta fiebre, rigidez de nuca y en ocasiones vómito en escopetazo.

Intervenciones de enfermería:

- Control de la temperatura.
- Control de vómitos.
- Valoración de cefalea, inquietud y rigidez de nuca.
- Administración profiláctica de antibioterapia, según pauta médica.

HEMORRAGIA: deberemos diferenciar entre hemorragia nasal (epistaxis) y hemorragia intracraneal.

Intervenciones de enfermería:

Hemorragia nasal

- Control del apósito nasal "bigotera".
- Control ocular de sangrado por fosa nasal.

Hemorragia intracraneal:

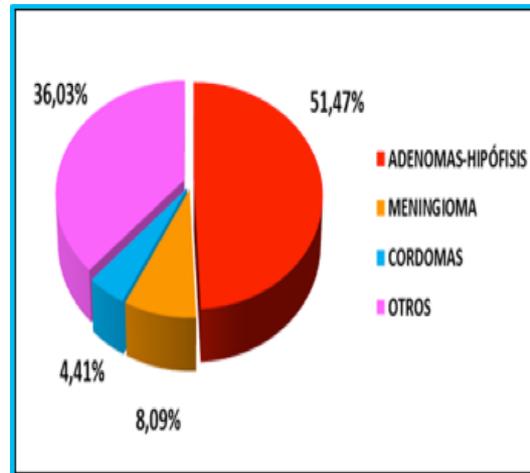
- Control de constantes vitales.
- Control de cambios neurológicos: control test de Glasgow, inquietud, agitación, control pupilas (anisocoria).

Si el paciente no presenta ninguna complicación, será dado de alta hospitalaria entre el tercer o cuarto día. Deberá ser controlado para su seguimiento postquirúrgico, por el Servicio de Neurocirugía, Oftalmología y Endocrinología.

Para identificar las complicaciones postquirúrgicas más prevalentes, se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con adenomas de hipófisis que fueron intervenidos mediante abordaje transesfenoidal en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2013. Se creó una base de datos Excel específica para este estudio a partir de la historia clínica informatizada de los pacientes, recopilando toda la información registrada de las complicaciones.

RESULTADOS

De los 136 pacientes ingresados con patología selar (Fig.5), durante el período comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2013, en la Unidad de Neurocirugía, el 51,4% fueron diagnosticados de adenoma de hipófisis, el 8% meningiomas, el 4,5% cordoma de clivus y el 36 % correspondieron a otras patologías. Las complicaciones postquirúrgicas más prevalentes fueron: un 20% déficit hormonal, 2,8% fístula LCR y 1,4% diabetes insípida, hemorragia y meningitis. A todos los pacientes intervenidos de adenoma de hipófisis con cirugía transesfenoidal se les personalizó el plan de cuidado Gacela Care para poder detectar de forma precoz las posibles complicaciones.



CONCLUSIONES

Según el estudio realizado sobre los pacientes intervenidos de adenoma de hipófisis por vía transesfenoidal se observa que el 64 % de los pacientes no presentaron ninguna complicación, el resto de pacientes presentaron complicaciones de diferente gravedad, siendo la más prevalente el déficit hormonal.

La individualización del plan de cuidados estandarizados de enfermería es clave para detectar precozmente las posibles complicaciones postquirúrgicas, aumentando la calidad asistencial y disminuyendo la estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hung S. Estudios en pacientes con tumores hipofisarios y silla turca vacía primaria. Trabajo para optar por el grado de Doctor en Ciencias Médicas. Ciudad Habana, 1993.
2. Lubke D, Saeger W. Carcinomas of the pituitary: Definition and Review of the literature. Gen Diagn Pathol , 1995 ; 141 : 81-92
3. Wang CJ, Howng SL. Surgical management of TSH-secreting pituitary adenomas. Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih, 1996; 12 (10): 590-4.
4. Saeger W, Bosse V, Pflingst E, Schierke G, Kulinna H, Atkins D, Gullotta F. Prolactin producing hypophyseal carcinoma. Case report of an extremely rare metastatic tumor. Pathologie, 1995; 16 (5): 354-8.
5. Beauchesne P, Trouillas J, Barral F, Brunon J. Gonadotropic pituitary carcinoma. Case report. Neurosurgery, 1995; 37 (4): 810-6.
6. Kamel N, Vysal AR, Cesur V, Erdogan G, Baskal N. Normal growth and pubertal development during bromocriptine therapy in two patients with prolactinoma. J Endocr, 1995; 42 (4): 581-6.
7. Chanson P. Medical treatment of pituitary adenoma. Rev Prat, 1996; 46(12):1509-13.
8. Vázquez JE, Vázquez E. Tratamiento de los estados hiperprolactinémicos con lisurida en un estudio simple abierto. Ginec Obstet Méx, 1991; 59: 202-5.