



ESTUDIO DE CASO


**Abordaje de enfermería en el perioperatorio de una persona con craneofaringioma:
un estudio de caso**

**Nursing approach to the perioperative period of a person with craniopharyngioma:
a case study**

**Abordagem de enfermagem no perioperatório de uma pessoa com craniofaringioma:
um estudo de caso**

Larissa Pérez Estrada^{1a} , **Omar Edilberto Coot Tzuc**¹ ,
Carlos Iván Chi May¹ 

¹ Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, México. 

^a **Autor de correspondencia:** larissa00pe@gmail.com 

Como citar: Pérez Estrada L, Coot Tzuc OE, Chi May CI. Abordaje de enfermería en el perioperatorio de una persona con craneofaringioma: un estudio de caso. Rev. chil. enferm. 2025;7:79286. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2025.79286>

Fecha de recepción: 13 de junio del 2025

Fecha de aceptación: 15 de octubre del 2025

Fecha de publicación: 21 de octubre del 2025

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

Objetivo: Describir la aplicación del proceso de atención de enfermería guiado por el modelo de adaptación de Roy en el manejo perioperatorio de una paciente con craneofaringioma.

Descripción del caso: Se presenta un estudio de caso que detalla el cuidado perioperatorio de una persona sometida a resección tumoral, con antecedentes clínicos relevantes como hipotiroidismo, trastorno anímico, diabetes insípida e hipernatremia severa crónica. La atención se basó en el uso estructurado del Proceso de Enfermería, empleando para la valoración del estado postoperatorio el Modelo de Adaptación de Callista Roy, que permite identificar las áreas afectadas y las respuestas adaptativas de la persona. Para la planificación y ejecución de los cuidados, se utilizó la Taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, que facilita la identificación precisa de diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados esperados. **Discusión:** Destaca la importancia del Proceso de Enfermería como herramienta esencial para la atención sistemática y



personalizada, que evidencia que las intervenciones de enfermería especializadas contribuyen a la mejora significativa de los resultados. **Conclusión:** El caso enfatiza la necesidad de fortalecer la práctica enfermera mediante el uso riguroso de herramientas estandarizadas como la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y la Clasificación de Resultados de Enfermería, que favorece el registro documental, el análisis crítico y la evaluación continua de las intervenciones para optimizar la calidad del cuidado en personas con patologías complejas como el craneofaringioma.

Palabras claves: Craneofaringioma; Cuidados Intraoperatorios; Neurocirugía; Proceso de Enfermería; Diagnósticos de Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To describe the application of the nursing care process guided by Roy's adaptation model in the perioperative management of a patient with craniopharyngioma.

Case description: This is a case study detailing the perioperative care of a person undergoing tumour resection, with relevant clinical history including hypothyroidism, mood disorder, diabetes insipidus, and severe chronic hypernatraemia. Care was based on the structured use of the Nursing Process, employing Callista Roy's Adaptation Model to assess the postoperative status, which allows for the identification of affected areas and the person's adaptive responses. The American Nurses Association's Taxonomy II was used for the planning and execution of care, which facilitates the accurate identification of nursing diagnoses, interventions, and expected outcomes. **Discussion:** The importance of the Nursing Process as an essential tool for systematic and personalised care is highlighted, demonstrating that specialised nursing interventions contribute to significantly improved outcomes.

Conclusion: The case emphasises the need to strengthen nursing practice through the rigorous use of standardised tools such as the American Association of Nursing Diagnoses, the Nursing Intervention Classification, and the Nursing Outcome Classification, which promotes documentation, critical analysis, and continuous evaluation of interventions to optimise the quality of care for people with complex pathologies such as craniopharyngioma.

Keywords: Craniopharyngioma; Intraoperative Care; Neurosurgery; Nursing Process; Nursing Diagnoses.

RESUMO

Objetivo: Descrever a aplicação do processo de atendimento de enfermagem orientado pelo modelo de adaptação de Roy no manejo perioperatório de uma paciente com craniofaringioma. **Descrição do caso:** Apresenta-se um estudo de caso que detalha os cuidados perioperatórios de uma pessoa submetida a ressecção tumoral, com antecedentes clínicos relevantes como hipotireoidismo, transtorno de humor, diabetes insípida e hipernatremia crônica grave. A assistência baseou-se no uso estruturado do Processo de Enfermagem, empregando para a avaliação do estado pós-operatório o Modelo de Adaptação de Callista Roy, que permite identificar as áreas afetadas e as respostas adaptativas da pessoa. Para o planejamento e execução dos cuidados, foi utilizada a Taxonomia II da Associação Americana de Diagnósticos de Enfermagem, que facilita a identificação precisa de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados. **Discussão:** Destaca-se a

importância do Processo de Enfermagem como ferramenta essencial para o atendimento sistemático e personalizado, o que evidencia que as intervenções especializadas de enfermagem contribuem para a melhoria significativa dos resultados. **Conclusão:** O caso enfatiza a necessidade de fortalecer a prática de enfermagem por meio do uso rigoroso de ferramentas padronizadas, como a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem, a Classificação de Intervenções de Enfermagem e a Classificação de Resultados de Enfermagem, que favorece o registro documental, a análise crítica e a avaliação contínua das intervenções para otimizar a qualidade do cuidado em pessoas com patologias complexas, como o craneofaringioma.

Palavras-chave: Craneofaringioma; Cuidados Intraoperatórios; Neurocirurgia; Processos de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La atención integral y especializada de personas sometidos a procedimientos neuroquirúrgicos representa un desafío para el profesional de enfermería, debido a la complejidad clínica y las múltiples alteraciones fisiológicas, emocionales y sociales que afectan a esta población.¹ Entre los tumores intracraneales, el craneofaringioma (CF) se distingue por su ubicación estratégica en la región selar y supraselar, su comportamiento localmente agresivo y su alta tasa de recurrencia, características que complican el manejo quirúrgico y postoperatorio.²⁻⁶ Esta neoplasia, aunque histológicamente benigna, impacta funciones endocrinas y neurológicas esenciales, y su sintomatología inespecífica retrasa con frecuencia el diagnóstico oportuno.^{1,2,5-7} En este contexto, la planificación y ejecución de cuidados perioperatorios específicos se convierten en elementos cruciales para mejorar la recuperación y calidad de vida del paciente.

El caso que se describe es singular debido a la complejidad clínica inherente al CF y a los antecedentes multifactoriales de la persona, lo que exige una intervención de Enfermería sistemática, fundamentada y personalizada a las necesidades individuales. La literatura destaca la importancia de modelos teóricos que orienten el cuidado en estas condiciones, pero aún existen limitaciones en la documentación detallada del manejo perioperatorio de pacientes con CF bajo un enfoque integral de Enfermería.^{4,8,9} La justificación de este estudio radica en aportar evidencia clínica y metodológica que fortalezca la calidad y efectividad de los cuidados profesionales en contextos neuroquirúrgicos complejos, destacando el impacto fundamental del personal de enfermería en la optimización de los resultados tanto clínicos como psicosociales.^{2-4,10}

Para otorgar rigor teórico al estudio, se emplea el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, que conceptualiza al ser humano como un sistema adaptativo abierto que responde a estímulos mediante procesos fisiológicos, cognitivos y sociales.¹¹⁻¹⁴ Este marco facilita una valoración holística de las personas, lo que permitió identificar modos de adaptación comprometidos y diseñar intervenciones que promuevan respuestas adaptativas saludables. Además, se integra el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como metodología estructurada para la planificación, implementación y evaluación del cuidado individualizado, fortaleciendo la práctica basada en evidencia y centrada en el paciente.^{12,13}

El objetivo principal de este estudio de caso es describir la aplicación del PAE guiado por el Modelo de Adaptación de Roy en el manejo perioperatorio de una paciente con CF, identificando las necesidades y respuestas adaptativas para optimizar su atención integral. El desarrollo de este caso permite evidenciar cómo un enfoque teórico-metodológico promueve cuidados enfermeros por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) Especializados que impactan positivamente en la evolución clínica y funcional del paciente. Este estudio aporta a la disciplina de Enfermería un ejemplo concreto de integración entre teoría y práctica clínica en un contexto neuroquirúrgico, lo que fortaleció el conocimiento sobre el cuidado perioperatorio en tumores cerebrales complejos. Además, abre perspectivas para futuras investigaciones y prácticas que aborden de manera más sistemática las necesidades multidimensionales de la población, fomentando una atención humanizada y basada en estándares científicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes del paciente

La valoración se realizó mediante revisión documental con autorización expresa de la paciente. No se expone información clínica sensible ni datos personales vinculantes. Se trata de una mujer adulta de 35 años que inició síntomas en marzo de 2024, con cefalea intensa, pérdida de peso súbita y alteraciones en funciones mentales superiores, incluyendo deterioro de la memoria y dificultad ejecutiva, además de fotofobia exacerbada tras trabajo prolongado frente a pantalla.

Posteriormente, tras la extracción instrumentada de un dispositivo intrauterino (DIU), la cefalea persistió e incrementó, acompañada de visión borrosa en el ojo izquierdo. Fue valorada inicialmente en medicina interna, donde se diagnosticó hipernatremia severa crónica; luego, en endocrinología se confirmó hipotiroidismo central. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral evidenció una lesión supraselar, por lo que fue canalizada a neurocirugía en segundo nivel y remitida a un centro de tercer nivel para manejo quirúrgico.

La evaluación imagenológica en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social mostró lesión a nivel de la silla turca con extensión supraselar y múltiples calcificaciones, compatible con craneofaringioma, por lo que se indicó intervención quirúrgica mediante abordaje interhemisférico.

Para la evaluación diagnóstica de la paciente, se realizaron diversos estudios complementarios que permitieron caracterizar la lesión tumoral, valorar la función visual y evaluar el perfil endocrino, elementos clave para definir el abordaje clínico y quirúrgico. Los principales métodos diagnósticos, sus fechas y hallazgos relevantes son los siguientes:

- a) El 1 de agosto de 2024, el perfil tiroideo reveló niveles disminuidos de TSH (<0.02 uIU/L) y T3 total (0.88 ng/mL), confirmando hipotiroidismo central.
- b) El 14 de septiembre de 2024 se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que mostró una lesión supraselar de morfología irregular, con márgenes parcialmente definidos, heterogénea, con componente mixto y calcificaciones, con dimensiones de 35 x 43 x 57 mm.

- c) El 29 de diciembre de 2024, una resonancia magnética (RM) craneal sin contraste evidenció una lesión selar y supraselar heterogénea con áreas sólidas que se extienden hasta el piso de los ventrículos laterales, causando efecto de volumen hacia el mesencéfalo, con medidas de 42 x 39 x 49 mm.
- d) El 14 de enero de 2025, la campimetría binocular indicó que el ojo derecho no presentaba alteraciones, mientras que el ojo izquierdo mostró cuadrantanopsia en el sector temporal inferior, con afectación de los 5° centrales en sectores nasal inferior y temporal superior.

Estos hallazgos fundamentaron la estrategia terapéutica multidisciplinaria.

Valoraciones de Enfermería

El estado de salud de la paciente se evaluó de forma integral a lo largo del proceso perioperatorio, desde su ingreso al área prequirúrgica hasta las primeras 24 horas postoperatorias en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA). En la Tabla N°1 se sintetizan los hallazgos clínicos más relevantes de la valoración de sus necesidades, que sustentan la planificación y ejecución del plan de cuidados en este caso específico.

Tabla N°1: Valoración clínica perioperatoria del paciente con tumor craneofaríngeo, incluyendo datos clave pre, trans y postoperatorios para la planificación de cuidados.

Fase	Valoración Clínica
Preoperatorio	Paciente femenina con tumor benigno del conducto craneofaríngeo, programada para cirugía de cráneo, cerebro y meninges. Presenta deterioro progresivo de memoria, desorientación temporal y confusión. Signos vitales estables: Tensión Arterial (TA) 98/52 mmHg, Frecuencia Cardíaca (FC) 40 latidos por minuto (lpm), Frecuencia Respiratoria (FR) 18 respiraciones por minuto (rpm), Temperatura (T°) 36.2 °C, Saturación de Oxígeno (SatO2) 98%. Piel y mucosas hidratadas, abdomen blando y sin dolor, extremidades simétricas con llenado capilar 2 segundos y fuerza muscular 5/5. Catéter vesical y catéter venoso periférico permeable. Laboratorio con anemia leve Hemoglobina (Hb) 10.2 g/dL, resto dentro de parámetros normales. Refiere visión borrosa y cefalea leve. Ayuno 12 h. Sin alergias. Manifiesta sentirse ansiosa y con miedo por la cirugía y al futuro incierto que los resultados del procedimiento representan.
Transoperatorio	Paciente ingresó a quirófano en decúbito supino con monitorización inicial: TA 70/40 mmHg, FC 57 lpm, FR 25 rpm, T 36 °C, SatO2 100%. Se colocaron catéter venoso central y línea arterial, y se administró anestesia general con intubación endotraqueal. Posicionada con cabezal de Mayfield. Craneotomía parasagital anterior con resección del 98% del tumor bajo neuro navegación. Durante la cirugía, signos vitales estables con ligera hipotensión (TA media 80/50 mmHg) y sangrado mínimo (250 ml). Se realizó hemostasia y cierre por planos. Traslado a UCI con soporte ventilatorio.
Postoperatorio	A las 24 h en UCIA, extubada y con soporte respiratorio por mascarilla reservorio. Estado inconsciente con respuesta a dolor mediante expresión facial y quejido. Monitorización: TA 79/54 mmHg, PAM 55-60 mmHg, FC 64 lpm, FR 16 rpm, SatO2 100%. Herida quirúrgica sin sangrado activo. Reposo absoluto, ayuno, sonda catéter vesical 2300 ml en 7 h (diuresis 9.5 ml/kg/h). Laboratorio sin alteraciones significativas. Sin fiebre. Evento epiléptico tónico-clónico reportado; TC muestra tumor residual, edema cerebral, neumoencéfalo, hematomas epidural y subdural, válvula de derivación ventricular en sitio adecuado.

Fuente: Elaboración propia.

Para complementar la valoración inicial y profundizar en el análisis del estado clínico de la paciente durante el postoperatorio avanzado, se aplicó el modelo de adaptación de Sor Callista Roy enfocado en las necesidades básicas a partir de las 72 horas tras la intervención quirúrgica,¹² cuyos resultados se presentan en la Tabla N°2. Este enfoque multidimensional

favorece una evaluación sistemática que permite orientar de manera precisa la planificación y ejecución del cuidado de enfermería en esta etapa crítica del proceso recuperativo.

Tabla N°2. Valoración postoperatoria multidimensional según el modelo de adaptación de Sor Callista Roy

MODO		VALORACIÓN	ESTADO
Fisiológico – Físico	Necesidad de oxigenación	Tórax simétrico, con mecánica ventilatoria conservada. Presenta hipotensión, con presiones arteriales medias persistentemente inferiores a 60 mmHg. En la gasometría arterial de control, se identifican valores relevantes: una Presión parcial arterial de dióxido de carbono (PaCO ₂) de 46 mmHg, que indica una leve retención de dióxido de carbono, y una Presión parcial arterial de oxígeno (PaO ₂) de 31 mmHg, correspondiente a un grado severo de hipoxemia.	Se identificaron conductas ineficaces que evidencian un nivel de adaptación comprometido.
	Necesidad de protección	Herida quirúrgica, cubierta con gasas secas, sin evidencia de sangrado activo. En los exámenes de laboratorio se reporta una hemoglobina de 7.9 g/dL, compatible con anemia moderada, y un recuento de neutrófilos del 91%, lo que sugiere una respuesta inflamatoria o infecciosa activa.	
	Proceso complejo (Función neurológica)	Presenta desorientación en tiempo y espacio, pero mantiene orientación en persona y circunstancia. Se evidencian alteraciones en funciones mentales superiores, principalmente en la memoria a corto plazo, mientras que el cálculo, juicio, abstracción, praxia y gnosia se encuentran preservados. Refiere visión borrosa de ojo izquierdo, atribuida a antecedentes de CF. Se reportó crisis epiléptica tónica – clónica a las 24 horas del postoperatorio. Se observan movimientos involuntarios y temblores constantes en miembros superiores.	
	Proceso complejo (Función endocrina)	Presenta diagnóstico de panhipopituitarismo central, hipotiroidismo en tratamiento, diabetes insípida y síndrome quiasmático. Al interrogatorio, la hermana refiere antecedentes de amenorrea de dos años de evolución, secundaria a CF.	
Autoconcepto		Refiere debilidad, dolor generalizado y sensación de frío, síntomas atribuibles a la cirugía a la que fue sometida. Desde el punto de vista físico, presenta cansancio, tristeza y temblores bilaterales en las manos. No se evaluaron aspectos relacionados con la imagen corporal, el yo personal, ni la función sexual, debido a dificultades en la formulación de oraciones que limitan la valoración de estas dimensiones.	Se identificaron conductas ineficaces que evidencian un nivel de adaptación comprometido.
Función del Rol		La paciente únicamente reconoce su edad (34 años) y no recuerda si tiene familia ni cómo está conformada. Según el relato de la familiar acompañante (hermana), la paciente tiene esposo e hijo de 11 años, sin embargo, en ocasiones solo reconoce a la hermana y llama a su madre. Actualmente, todos sus roles sociales y familiares se encuentran afectados, requiriendo apoyo constante de la hermana para su desempeño.	Se identificaron conductas ineficaces que evidencian un nivel de adaptación comprometido
Interdependencia		La paciente presenta dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria, requiriendo el apoyo completo de su hermana para el cuidado personal, vestimenta, baño y alimentación. Aunque tiene un esposo y un hijo, la paciente no los recuerda y refiere que las personas más importantes en su vida son su hermana y su madre, quienes constituyen su principal sistema de apoyo.	Se identificaron conductas ineficaces que evidencian un nivel de adaptación comprometido.

Fuente: Elaboración propia con base en modelo de Sor Callista Roy.¹¹

Plan de cuidado estandarizado

El PAE en el contexto perioperatorio es fundamental para garantizar una atención integral y segura, orientada a las necesidades específicas del paciente en cada fase del proceso quirúrgico. Para estructurar esta planificación, se emplean taxonomías estandarizadas que facilitan la identificación precisa de diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería.^{12,13}

En este estudio se diseñó un plan de cuidado estandarizado que abarca las etapas preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria. Para cada una de estas fases, se definieron diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés) en la tabla 3.¹⁵ Se establecieron los resultados esperados basados en la clasificación de resultados de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés) en las tablas 4, 6 y 8.¹⁶ Además se especificaron las intervenciones correspondientes siguiendo la guía de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) en las tablas 5, 7 y 9.¹⁷ Esta estructura permite una gestión integral y fundamentada en evidencia, adaptada a las necesidades clínicas y psicosociales específicas de la paciente en cada etapa del proceso quirúrgico.

Tabla N°3. Diagnósticos de enfermería NANDA II prioritarios durante el proceso perioperatorio.

Fase	Dominio	Clase	Diagnóstico de enfermería (NANDA)
Preoperatoria	5. Percepción/Cognición	4. Cognición.	00131. Deterioro de la memoria relacionado con trastornos cognitivos evidenciado por dificultad para adquirir nueva información, se le olvida constantemente las cosas.
Transoperatoria	4. Actividad y reposo.	4. Respuestas cardiovasculares - pulmonares	00201. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con lesión cerebral (craneotomía con extirpación de CF).
Postoperatoria	11. Seguridad/Protección.	2. Lesión física.	00464. Riesgo de deterioro de la recuperación quirúrgica relacionado con anemia, procedimientos quirúrgicos extensos y dolor persistente

Fuente: Elaboración propia con base en NANDA.¹⁵

Tabla N°4. Resultados de enfermería (NOC) memoria (0908) en periodo preoperatorio.

Resultados de enfermería (NOC) Memoria (0908)		
Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Neurocognitiva (J)		
Indicadores	Puntuación diana	
	Mantener	Aumentar
090801-Recuerda información inmediata de forma precisa.	3	4
090802-Recuerda información reciente de forma precisa.	3	4
090803-Recuerda información remota de forma precisa.	2	4

Fuente: Elaboración propia con base en NOC.¹⁶

Tabla N°5. Intervenciones de enfermería (NIC) durante el periodo preoperatorio, organizadas por dominio y clase.

Dominio	Clase	Intervención	Acciones
Conductual (3)	Terapia cognitiva (P)	4720 - Estimulación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. - Reforzar o repetir la información. - Proporcionar información de forma pautada y progresiva - Solicitar al paciente que repita la información. - Proporcionar instrucciones orales y escritas. - Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
Conductual (3)	Cuidados perioperatorios (J)	2880 - Coordinación preoperatoria	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la cirugía programada. - Realizar una valoración física completa. - Confirmar la información suministrada por otros profesionales. - Dar tiempo al paciente y a los allegados para que hagan preguntas y manifiesten sus inquietudes - Crear un ambiente seguro para el paciente. - Medidas de seguridad mediante barandillas laterales.
Conductual (3)	Ayuda para el afrontamiento (R)	5270 - Soporte emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Permanecer con el paciente y fomentar sentimientos de seguridad durante los períodos de ansiedad.

Fuente: Elaboración propia con base en NIC.¹⁷

Tabla N°6. Resultados de enfermería (NOC) perfusión tisular cerebral (0406) en periodo transoperatorio.

Resultados de enfermería (NOC) Perfusión tisular cerebral (0406)		
Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardio pulmonar (E)		
Indicadores	Puntuación diana	
	Mantener	Aumentar
040602 - Presión intracraneal	2	3
040603 - Cefalea	2	3
040607 - Ansiedad inexplicada	2	3

Fuente: Elaboración propia con base en NOC.¹⁶

Tabla N°7. Intervenciones de enfermería (NIC) durante el periodo transoperatorio, clasificadas por dominio y clase.

Dominio	Clase	Intervención	Acciones
Seguridad (4)	Control del riesgo (V)	4250 - Manejo del shock	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar signos vitales, presión arterial ortostática, estado mental, diuresis, estado de hidratación y entradas y salidas - Colocar al paciente en posición que optimice la perfusión - Insertar y mantener vía i.v. de gran calibre - Administrar líquidos i.v. controlando presiones hemodinámicas y diuresis.
Conductual (3)	Cuidados perioperatorios (J)	2900 - Asistencia quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al equipo quirúrgico a ponerse bata y guantes. - Adoptar posición que permita mantener el campo quirúrgico visible durante toda la intervención. - Prever y proporcionar suministros e instrumentos necesarios. - Proporcionar instrumentos de modo seguro y adecuado.
Conductual (3)	Cuidados perioperatorios (J)	2910 - Manejo de la instrumentación	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar equipos, instrumentos y materiales necesarios para cuidados quirúrgicos y organizar su disponibilidad. - Mantener objetos cortantes y punzantes separados para evitar lesiones - Montar equipos, instrumentos y materiales para cirugía. - Colocar mesas con instrumentos y equipos en áreas apropiadas.

Fuente: Elaboración propia con base en NIC.¹⁷

Tabla N°8. Resultados de enfermería (NOC) recuperación quirúrgica convalecencia (2304) en periodo transoperatorio.

Resultados de enfermería (NOC) Recuperación quirúrgica convalecencia (2304)		
Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta terapéutica (AA)		
Indicadores	Puntuación diana	
	Mantener	Aumentar
230505 - Temperatura corporal.	2	3
230515 - Diuresis.	3	4
230522 - Dolor.	2	3
230528 - Cefalea	2	3

Fuente: Elaboración propia con base en NOC.¹⁶

Tabla N°9. Intervenciones de enfermería (NIC) durante el periodo postoperatorio, clasificadas por dominio y clase.

Dominio	Clase	Intervención	Acciones
Fisiológico complejo (2)	Control de fármacos (H)	2380 - Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. - Vigilar niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos). - Enseñar al paciente y familiares el método de administración. - Observar efectos adversos derivados de los fármacos. - Lograr adherencia al cumplimiento del tratamiento médico.
Fisiológico complejo (2)	Control de piel/heridas (L)	3660 - Cuidados de la herida	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar características de la herida: color, tamaño y olor. - Enseñar procedimientos de cuidado de la herida a paciente y familiares. - Enseñar signos y síntomas de infección. - Documentar localización, tamaño y aspecto de la herida.
Fisiológico complejo (2)	Control neurológico (I)	2620 - Monitorización neurológica	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas. - Constatar nivel de consciencia. - Monitorizar signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones. - Valorar características del habla: fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras.
Conductual (3)	Ayuda para el afrontamiento (R)	5330 - Control del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar capacidad y ayudar en el autocuidado. - Controlar y regular nivel de actividad y estimulación ambiental. - Utilizar ayuda para la memoria y pistas visuales. - Animar al paciente a adoptar papel activo en tratamiento y rehabilitación. - Remitir a psicoterapia conductiva-conductual y de lenguaje. - Administrar y valorar la efectividad de medicamentos estabilizadores del ánimo. - Proporcionar orientación sobre desarrollo y mantenimiento de los sistemas de apoyo.

Fuente: Elaboración propia con base en NIC.¹⁷

DISCUSIÓN

El CF es un tumor benigno de origen epitelial derivado de restos embrionarios de la bolsa de Rathke, localizado típicamente en la región selar y supraselar.^{3,4} Aunque predomina en población pediátrica,¹⁸ también puede manifestarse en adultos jóvenes, como la paciente femenina de 35 años presentada en este caso, quien inicialmente experimentó síntomas inespecíficos como cefalea intensa, alteraciones visuales y disfunción endocrina con hipotiroidismo central e hipernatremia crónica. Estos hallazgos son consistentes con lo

reportado en la literatura,^{1,3-7,9} donde se destacan las manifestaciones clínicas heterogéneas y la dificultad para un diagnóstico temprano.

La evaluación diagnóstica integral mediante TAC, resonancia magnética y campimetría ocular fue fundamental para determinar la extensión tumoral y las complicaciones asociadas, información clave para la planificación quirúrgica. La resección del 98% del tumor mediante craneotomía y técnicas avanzadas como neuro-navegación y aspiración ultrasónica coincide con prácticas recomendadas para minimizar la lesión tisular y reducir la recurrencia.^{1,5,6} Sin embargo, la naturaleza semimaligna y la localización profunda del CF implican riesgos continuos, incluidos déficits neuroendocrinológicos persistentes y recurrencias frecuentes.

Desde la perspectiva enfermera, la aplicación estructurada del PAE, fundamentado en el Modelo de Adaptación de Roy,¹² fue esencial para abordar las múltiples dimensiones afectadas. Durante la fase preoperatoria, las intervenciones dirigidas a la estimulación cognitiva y la coordinación preoperatoria ayudaron a mitigar la ansiedad y facilitar la adaptación psicológica. En el intraoperatorio, la monitorización rigurosa de la perfusión cerebral contribuyó a prevenir complicaciones isquémicas, mientras que en el postoperatorio inmediato, los cuidados intensivos orientados al manejo del dolor, control neurológico y apoyo emocional favorecieron una evolución clínica favorable a pesar de complicaciones tempranas como edema cerebral y crisis convulsivas.

Las estrategias de manejo ambiental y el apoyo emocional demostraron ser efectivas para estabilizar parámetros hemodinámicos y reducir la ansiedad, lo que subraya la importancia de un entorno terapéutico adecuado para la recuperación neurocognitiva. El seguimiento estricto del balance hídrico y electrolitos permitió un manejo endocrinológico oportuno, vital dada la presencia de diabetes insípida y panhipopituitarismo. A nivel neurológico, la mejoría progresiva del nivel de respuesta y la intervención multidisciplinaria para el manejo de secuelas motoras evidencian el impacto positivo de una atención integral basada en evidencia.

Este caso ejemplifica cómo la integración del PAE y el modelo teórico de Roy facilita una atención enfermera holística que promueve la adaptación física, cognitiva y psicosocial, fortaleciendo la autonomía y la calidad de vida del paciente. Además, resalta la necesidad de incluir a la familia como parte activa del proceso de cuidado para optimizar los resultados.

CONCLUSIONES

Las intervenciones especializadas de enfermería, estructuradas a través del PAE y fundamentadas en el Modelo de Adaptación de Roy, constituyen un componente esencial en el manejo integral del paciente con CF. Este enfoque permitió implementar cuidados individualizados contribuyendo a una estabilización clínica efectiva y a una evolución favorable durante el tratamiento quirúrgico y postoperatorio.

Si bien la resección quirúrgica sigue siendo la principal estrategia terapéutica, la complejidad anatómica y biológica del tumor demanda una vigilancia constante para prevenir recurrencias y manejar complicaciones asociadas. Las intervenciones enfermeras oportunas y especializadas, así como la evaluación de riesgos constante durante el postoperatorio inmediato fueron decisivas para controlar complicaciones como convulsiones y edema cerebral, así como para manejar secuelas neurológicas leves.

Este estudio evidencia la relevancia de emplear modelos teóricos que permitan abordar las múltiples dimensiones de la salud humana, fomentando una atención holística que considere aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y sociales. Además, destaca la importancia de fortalecer la formación y el uso riguroso de herramientas estandarizadas como NANDA, NIC y NOC para mejorar la calidad y sistematización del cuidado enfermero.

Finalmente, la integración efectiva del PAE sustentado en modelos teóricos avanzados y prácticas basadas en evidencia es un pilar fundamental para optimizar resultados clínicos y promover la recuperación integral de pacientes con condiciones clínicas complejas como el CF, contribuyendo al avance científico y a la mejora continua de la atención en enfermería.

CONFLICTOS DE INTERES: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

LPE: Conceptualización, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

OCT: Conceptualización, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

CCM: Supervisión, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Venegas E, Concepción B, Martín T, Soto A. Guía práctica del manejo y tratamiento de los craneofaringiomas y otras lesiones paraselares. *Endocrinol. Nutr.* 2015;62(1):e1–e13. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2014.05.005>
2. Arráez M. Craneofaringiomas. Abordaje transcranial. *Rev. Esp. Endocrinol. Pedriátrica* 2017; No. 8 Suppl. <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2017.Apr.393>
3. Hernández M, Ibeas C, Gómez M, Valenzuela S, Ivanovic-Zuvc D, Fernández P. ¿Qué sabemos de craneofaringioma? Una revisión actualizada de los principales avances y la experiencia local. *Rev. Médica Chile* 2024; 152(2):211–224. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872024000200211>
4. Massa D, Glerean M, Rasmussen J, Altszul M, Fainstein-Day P, Ajler P. Craneofaringiomas: experiencia y resultados. *Neurocirugía* 2021; 32(3):105–113. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2020.03.008>
5. Baraquiso Pazos M, Guier Bonilla L, Mendelewicz Montero A. Actualización en craneofaringioma, revisión de tema. *Rev. Cienc. Salud Integrando Conoc.* 2020; 4(6). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i6.230>
6. Ortiz Machín M, López Arbolay O, Vargas Gálvez R. Consideraciones diagnósticas de los tumores de la región selar según su geometría de crecimiento vectorial. *Neurocirugía* 2025; 36(3):179–184. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2024.11.004>
7. Peralta Watt M, Peñalver Talavera D. Panhipopituitarismo por craneofaringioma asociado a hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow. *Endocrinol. Nutr.* 2008; 55(7):297–300. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(08\)72184-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(08)72184-3)
8. Tena-Suck M, Moreno-Reyes I, Moreno-Jiménez S, Rembao D, Vega R, Salinas-Lara C, Castillejos-López M, J, Fernández-Plata R, Martínez-Briseño D. Craniopharyngioma, clinicopathological study. Fifteen years of the National Institute of Neurology and Neurosurgery “Manuel Velasco Suárez.” *Gac. Med. Mex.* 2009; 145(5):361–368.
9. Carvajal Martínez F. Tratamiento con hormona de crecimiento y craneofaringioma: presentación de caso. *Cienc. Salud* 2018; 2(1):15–20. <https://doi.org/10.22206/cysa.2018.v2i1.pp15-20>

10. Ardila Botero D, A, Céspedes Trujillo L. Craneofaringioma con presentación hemorrágica y alteración visual en gestante: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* 2024;75(4):4215. <https://doi.org/10.18597/rcog.4215>
11. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos M, Gallego de Pardo P, Gómez B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, Gutiérrez de Giraldo M, Hernández Á, Londoño J, Moreno M, E, Pérez B, Rodríguez C, Rozo C, Umaña C, Valbuena S, Vargas R, Venegas B. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan* 2002;2(1):19–23.
12. Rivera L, Torres J, Jiménez M, Santa María P. Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de adaptación de Callista Roy a una persona con respuesta conductual principal de traumatismo craneoencefálico. *Cienc. Lat. Rev. Científica Multidiscip.* 2024;8(5):8682–8701. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14269
13. Alfaro-LeFevre R, Luis M. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso, 4a ed.; Springer Verlag Ibérica: Barcelona, 1999.
14. Selfa A, Arráez C, Ros Á, Linares J, Cerro L, Arráez M. Ectopic recurrence of craniopharyngioma in the posterior fossa: case report and review of the literature. *Neurocirugía* 2023;34(1):32–39. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2022.02.001>
15. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026, 13a ed.; Herdman H, Kamitsuru S, Eds.; Elsevier Health Sciences: España, 2024.
16. Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 7ma ed.; Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Eds.; Elsevier Health Sciences: España, 2024.
17. Wagner C, Butcher H. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 8va ed.; Elsevier Health Sciences: España, 2024.
18. Iglesias S, Munarriz P, M, Saceda J, Catalán-Uribarrena G, Miranda P, Vidal J, Fustero D, Giménez-Pando J, Rius F. Multicentric and collaborative study of Spanish neurosurgical management of pediatric craniopharyngiomas: S-PedCPG.Co. *Neurocirugía* 2023;34(2):67–74. <https://doi.org/10.1016/j.neucir.2022.01.003>