



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON
CORDOMA DE NASOFARINGE EN FASE TERMINAL

DAVILA TORRES CINDY KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LOPEZ ROMERO MARIA FERNANDA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON
CORDOMA DE NASOFARINGE EN FASE TERMINAL

DAVILA TORRES CINDY KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LOPEZ ROMERO MARIA FERNANDA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON CORDOMA DE
NASOFARINGE EN FASE TERMINAL

DAVILA TORRES CINDY KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LOPEZ ROMERO MARIA FERNANDA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JARA CASTRO HAYNE PATRICIA

MACHALA, 04 DE OCTUBRE DE 2021

MACHALA
2021

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON CORDOMA DE NASOFARINGE EN FASE TERMINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.utmachala.edu.ec

Fuente de Internet

1%

2

es.scribd.com

Fuente de Internet

1%

3

[Submitted to Universidad Técnica de Machala](#)

Trabajo del estudiante

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 40 words

Excluir bibliografía

Activo

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, DAVILA TORRES CINDY KATHERINE y LOPEZ ROMERO MARIA FERNANDA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON CORDOMA DE NASOFARINGE EN FASE TERMINAL, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

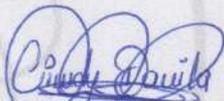
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

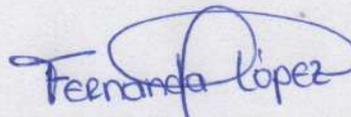
Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 04 de octubre de 2021



DAVILA TORRES CINDY KATHERINE
0706396769



LOPEZ ROMERO MARIA FERNANDA
0704313998

DEDICATORIA

A Dios, que nos ha otorgado paciencia, y perseverancia a lo largo de nuestra formación como profesionales en la carrera de enfermería.

A nuestros esposos por su apoyo incondicional, a nuestros hijos por ser nuestra mayor motivación, a nuestros padres, los cuales han sido pilares fundamentales para lograr nuestras metas, sin cada uno ellos no habríamos llegado tan lejos.

A nuestra tutora, quien permaneció durante todo el proceso de elaboración de nuestra tesis, con mucho carisma y buena voluntad impartió sus amplios conocimientos.

Cindy Dávila y Fernanda López.

RESUMEN

Introducción: los cuidados paliativos comprenden un conjunto de actividades realizadas con la finalidad de controlar o paliar síntomas, potenciar al máximo la calidad de vida del paciente terminal o con enfermedad mortal, tomando en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y espirituales y brindar apoyo a los familiares. Lo ideal en estos cuidados es la participación del equipo multidisciplinario.

El cordoma es un raro tumor óseo de origen notocordal, infrecuente, maligno, con una incidencia del 1-4% y que por su característica agresiva impacta directamente sobre la calidad de vida del paciente. Se cree que se origina a partir de restos notocordales, presentándose a nivel de base de cráneo hasta en región sacrococcígea. Entre los factores de riesgo para la enfermedad se mencionan: sexo masculino, raza blanca, difiere de la edad, posible predisposición genética o herencia familiar; el factor medioambiental no ha sido identificado. Los síntomas empiezan a mostrarse a partir de que el tumor alcanza un tamaño considerable. El dolor figura como una de las principales molestias, la falta de apetito y de sueño, los estados de ansiedad, depresión, desesperación o sufrimiento al final de la vida también ocurren con frecuencia, por ello es importante no solo atender síntomas físicos, sino fijarnos en el paciente como un todo.

Al llegar al diagnóstico, la enfermedad suele estar avanzada o ser recidivante, además de que es complejo para los galenos diferenciarla entre otras afecciones; para ello, la inmunohistoquímica ofrece la ventaja de poder determinar y distinguir las células tumorales tipo cordoma.

Cuando el paciente es diagnosticado con estadio avanzado y sin posibilidad de cura mediante tratamiento, el debería ser valorado por especialistas en cuidados paliativos lo más pronto posible, si bien la naturaleza de la patología es inevitable, mediante evidencia científica se conoce que la calidad de vida y el bienestar mental, físico y psicológico del paciente que está en cuidados paliativos se potencia a través de la aplicación de los mismos.

El proceso de atención de enfermería basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon permite al profesional organizar la prestación de cuidados de salud

en base a once dominios propuestos por la teorizante Gordon, a su vez, se facilita el proceso de recolección de datos, identificación de un diagnóstico enfermero, planificación e intervención enfermera y evaluación continua del estado de salud del paciente que recibe cuidados paliativos, lo que garantiza una atención oportuna y optimiza recursos y tiempo.

Objetivo: determinar cuidados paliativos en paciente con cordoma de nasofaringe, mediante revisión bibliográfica y de historia clínica completa, para la propuesta de intervenciones de apoyo humanizado.

Metodología: mediante metodología cualitativa, transversal de carácter descriptivo, en base a los once patrones funcionales de Marjory Gordon, se diseñó un plan de cuidados de aquellos patrones alterados seleccionándose los prioritarios en base a la condición que presentó el paciente de nuestro caso clínico, quien fue captado en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paul. La información se obtuvo a partir de la historia clínica, observación directa, entrevista, también por búsqueda de más de 20 artículos científicos ubicados en bases de datos como: scielo, dialnet, pubmed, entre otras.

Resultados: a través de la valoración realizada bajo el modelo de Marjory Gordon “11 patrones funcionales”, se identificó alteración en los dominios: cognitivo-perceptivo, actividad-ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, sueño-descanso y valores-creencias; en donde los diagnósticos prioritarios en los que se basó la prestación de cuidados paliativos fueron los siguientes: patrón respiratorio ineficaz, hipertermia, dolor crónico, desequilibrio nutricional, discomfort, riesgo de sufrimiento espiritual, para lo cual se empleó el lenguaje enfermero NANDA-NIC-NOC. Las intervenciones ejecutadas lograron controlar y, en otros casos, paliar los síntomas o malestares referidos.

Conclusión: en el paciente de nuestro caso clínico el tumor se desarrolló en nasofaringe, lo que le provocó disnea, disfagia, sensación de masa a nivel afecto y dolor EVA: 7-8 por el crecimiento y afectación tumoral a tejidos vecinos. Varios factores, entre ellos la pérdida de continuidad del tratamiento, posiblemente ocasionaron la negativa respuesta al tratamiento y el progreso de la enfermedad a metástasis, por lo que necesitó de cuidados paliativos con la finalidad de controlar

los síntomas o malestares. Los planes de cuidados elaborados a partir de la valoración con los patrones funcionales de M. Gordon permitieron dirigir el accionar de enfermería hacia actividades prioritarias, no sólo en cuanto a síntomas físicos sino también a la parte psico-espiritual del paciente; la taxonomía NANDA-NIC-NOC empleada para trabajar y el PAE fueron herramientas útiles en la prestación de estos cuidados ya que se alcanzó el objetivo de brindar apoyo humanizado al paciente, en compañía de la familia, en esta última etapa.

Palabras clave: cordoma, nasofaringe, cuidados paliativos, proceso de atención de enfermería, patrones.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care comprises a set of activities carried out with the aim of controlling or alleviating symptoms, maximizing the quality of life of terminally ill patients or those with a fatal disease, taking into account the biological, psychological, cultural, social and spiritual dimensions and provide support to family members. The ideal in this care is the participation of the multidisciplinary team.

Chordoma is a rare bone tumor of notochordal origin, infrequent, malignant, with an incidence of 1-4% and that due to its aggressive nature directly impacts the quality of life of the patient. It is believed that it originates from notochord remains, appearing at the level of the skull base to the sacral-coccygeal region. Among the risk factors for the disease are mentioned: male sex, white race, differs in age, possible genetic predisposition or family inheritance; the environmental factor has not been identified. Symptoms begin to show after the tumor reaches a considerable size. Pain is listed as one of the main discomforts, lack of appetite and sleep, states of anxiety, depression, despair or suffering at the end of life also occur frequently, so it is important not only to attend to physical symptoms, but to look at in the patient as a whole.

When the diagnosis is reached, the disease is usually advanced or recurrent, in addition to being complex for physicians to differentiate it from other conditions; For this, immunohistochemistry offers the advantage of being able to determine and distinguish chordoma-type tumor cells.

When the patient is diagnosed with an advanced stage and without the possibility of cure through treatment, he should be evaluated by specialists in palliative care as soon as possible, although the nature of the pathology is inevitable, through scientific evidence it is known that the quality of life and the mental, physical and psychological well-being of the patient who is in palliative care is enhanced through its application.

The process of nursing care based on the functional patterns of Marjory Gordon allows the professional to organize the provision of health care based on eleven

domains proposed by theorizing Gordon, in turn, the process of data collection, identification of a nursing diagnosis, planning and nursing intervention and continuous evaluation of the health status of the patient receiving palliative care, which guarantees timely care and optimizes resources and time.

Objective: to determine palliative care in a patient with chordoma of the nasopharynx, through bibliographic review and complete medical history, for the proposal of humanized support interventions.

Methodology: Using qualitative, cross-sectional descriptive methodology, based on the eleven functional patterns of Marjory Gordon, a care plan was designed for those altered patterns, selecting the priority ones based on the condition presented by the patient in our clinical case, who He was captured in the emergency area of the San Vicente de Paul Hospital. The seo information obtained from the clinical history, direct observation, interview, also by searching more than 20 scientific articles located in databases such as: scielo, dialnet, elsevier, pubmed, among others,

Results: Through the assessment carried out under the Marjory Gordon model "11 functional patterns", alteration was identified in the domains: cognitive-perceptual, activity-exercise, nutritional-metabolic, elimination, sleep-rest and values-beliefs; where the priority diagnoses on which the provision of palliative care was based were the following: ineffective respiratory pattern, hyperthermia, chronic pain, nutritional imbalance, discomfort, risk of spiritual suffering, for which the NANDA-NIC nursing language was used. NOC. The interventions carried out managed to control and, in other cases, alleviate the referred symptoms or discomforts.

Conclusion: In the patient in our clinical case, the tumor developed in the nasopharynx, which caused dyspnea, dysphagia, sensation of mass at the affected level and pain VAS: 7-8 due to tumor growth and involvement of neighboring tissues. Several factors, among them the loss of continuity of the treatment, possibly caused the negative response to the treatment and the progression of the disease to metastasis, for which he needed palliative care in order to control the symptoms or discomforts. The care plans elaborated from the evaluation with the functional patterns of M. Gordon allowed to direct the nursing actions towards priority activities,

not only in terms of physical symptoms but also the psycho-spiritual part of the patient; The NANDA-NIC-NOC taxonomy used for work and the PAE were useful tools in the provision of this care since the objective of providing humanized support to the patient, in the company of the family, was achieved in this last stage.

Keywords: chordoma, nasopharynx, palliative care, nursing care process, patterns.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	10
1. CAPITULO I.....	13
GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	13
1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio	13
1.2. Hechos de interés	14
1.3. Objetivo de la investigación	15
1.3.1. Objetivo General	15
1.3.2. Objetivos Específicos	15
CAPITULO II.....	16
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	16
1.4. Descripción del enfoque epistemológico de referencia	16
2.2.2. Clasificación de necesidades y/o problemas de salud según el modelo de Marjory Gordon	21
2.2.3. Diagnóstico	24
1.5. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	26
2.2.1 Tabla 1.	26
2.2.2. Tabla 2.	27
2.2.3. Tabla 3.	29
2.2.4. Tabla 4.	31
2.2.5. Tabla 5.	32
2.2.6. Tabla 6.	34
CAPITULO III	36
3.1. PROCESO METODOLÓGICO	36
3.1.1. Diseño o tracción de la investigación seleccionada	36
3.1.2. Método de estudio	37
3.1.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.1.4. Sistema de categorización en el análisis de información	39
3.1.5. Resumen del cuadro clínico	43
3.1.6. Resumen de evolución, tratamiento y complicaciones	44
CAPITULO IV	47
4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	47

4.1.1. Descripción de los resultados	47
4.2. Argumentación teórica de resultados	48
CONCLUSIÓN	52
RECOMENDACIONES.....	54
Bibliografía	55
ANEXOS	58

INTRODUCCIÓN

Un valor profesional fundamental en enfermería es la compasión, misma que se ha configurado como distintivo en el esfuerzo de mitigar el padecimiento y promover al máximo el confort de los pacientes en cuidados paliativos (1). Los cuidados paliativos se establecen como un planteamiento de mejora de la calidad de vida del paciente (niño o adulto) y de sus familiares cuando enfrentan problemas acarreados por una enfermedad que amenaza la vida, aliviando el sufrimiento en el proceso mediante la temprana identificación, valoración y correcto manejo del dolor y otras molestias, sean físicas, psicosociales o espirituales (2). El quehacer enfermero está centrado en el cuidado, mismo que está basado en actividades e intervenciones con base científica y de calidad humana. En este punto, los modelos y teorías de enfermería dirigen la ciencia y la práctica profesional y permiten su desarrollo a través de la interacción del conocimiento basado en evidencia que mejora el desenvolvimiento de la práctica en todas las áreas (3).

Un aproximado de 80% de pacientes oncológicos en etapa terminal requieren de cuidados paliativos, basados en una atención integral y humanizada, comprendiendo que la humanización considera al ser humano en todos sus ámbitos: biológico, psicosocial y espiritual (4), y no a las molestias físicas únicamente (5).

Una neoplasia rara se da lugar cuando su origen histológico o su presentación en un lugar anatómico es poco frecuente, por una mutación poco común en sus genes, porque son de difícil estudio o su desarrollo es inusual en determinado paciente (6). El cordoma es un raro tumor, de baja frecuencia, aunque con lento crecimiento son de naturaleza agresiva y maligna (7), (8) esta última característica es el factor que más influye en la calidad de vida del paciente (9) Se cree que su origen son restos notocordales ubicados en discos intervertebrales (en su núcleo pulposo), remanentes ectópicos anormales, algunos de ellos localizados en la región esfeno-occipital (clivus y en cara posterior de nasofaringe), en las vértebras o tejidos circundantes (10). En la mayoría de casos estos tumores se desarrollan en base de cráneo y región sacro-coccígea, siendo de localización cervical solo en un 6% (11).

De todos los tumores malignos óseos, el cordoma representa entre el 1 a 4% (12) (13), según los datos recopilados de Surveillance Epidemology and End Results la incidencia es de 0.18-0.84/ millón/ año, es decir, un aproximado de 400 casos, con inclinación hacia el sexo masculino (60%) (14), presentándose en mayor número en personas de tez blanca (91.2%) y, al diagnóstico, es de 58.5 años la mediana de edad. Menos del 5% de casos corresponden a menores, entre niños y adolescentes (9). La presentación a nivel de sacro ocurre generalmente en hombres y en grupos de edad más avanzados, por encima de los 40 años; mientras que, predomina en la base de cráneo en mujeres y típicamente en más jóvenes. Son de manifestación tardía, el crecimiento tumoral suele causar la aparición de síntomas y suele tener un tamaño considerable al momento de ser diagnosticado. Un diagnóstico oportuno se apoya en pruebas de imagen, la resonancia magnética con ventana ósea y con contraste son óptimas, pero aisladas no son suficientes por lo que es indispensable el análisis histológico, donde los estudios inmunohistoquímicos juegan un papel predominante (9).

El tratamiento quirúrgico será determinado por un equipo médico multidisciplinario en busca de realizar una resección quirúrgica completa del tumor, cuidando estructuras delicadas adjuntas, para posteriormente aplicar radioterapia. Aun así, existe elevada probabilidad de recidiva, con promedio de supervivencia de 6.29 años para los usuarios que recibieron tratamiento y este tiempo se reduce a 2 años en los que no lo recibieron (9). Según Walcott y col. (14), el 5% de casos presentan metástasis a piel, huesos, cerebro y pulmón en el diagnóstico inicial; este porcentaje puede llegar a 65% en casos avanzados. Ronai & Varga sostienen que (9), la metástasis se presenta tras recidivas, más a menudo a nivel sacro que de base de cráneo, 73% versus 9% respectivamente.

Se describe el caso de un joven paciente, sexo masculino, con antecedentes de angiofibroma malar derecho, quien recibió tratamiento previo con imatinib y sunitinib, se sometió a una intervención quirúrgica para resección marginal de masa (translocación facial) y asistió a sesiones de radioterapia en 2018, la muestra obtenida fue analizada por servicio de anatomía patológica y se determinó diagnóstico a favor de cordoma de nasofaringe. Al presentarse progresión de la

lesión hacia partes blandas, se inicia tratamiento con imatinib a dosis altas en enero/ 2020, la administración de sunitinib no fue autorizada. Aun habiendo recibido tratamiento (hasta mayo/ 2020), su evolución actual sugiere resistencia tumoral y tomografía muestra invasión de tejidos de base de cráneo; paciente llega en compañía de familiar a esta casa de salud por presentar alza térmica, dificultad para respirar, SpoO2 94%, posterior a la valoración médica y tratamiento, paciente desciende en escala de valoración Karnofsky de 80% a 50% pasando a cuidados paliativos.

Este trabajo tiene como objetivo determinar cómo el profesional de enfermería puede brindar cuidados paliativos a pacientes oncológicos con este diagnóstico basando su plan de cuidados en los patrones funcionales de Marjory Gordon.

1. CAPITULO I

GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio

La problemática que se presenta es el cordoma en cavidad nasofaríngea, con mala evolución clínica y que progresa hacia carcinoma cerebral maligno en un paciente joven, de 23 años, sexo masculino, atendido en el servicio de medicina interna del Hospital Básico San Vicente de Paúl de la ciudad de Pasaje en el mes de abril del presente año.

Paciente masculino de 23 años, procedente de Quito, vive en la parroquia Ochoa León de la ciudad de Pasaje, con antecedentes patológicos de angiofibroma malar derecho, por lo que recibió tratamiento: imatinib 400mg VO QD (inicio en 2018), 20 sesiones de radioterapia sobre nasofaringe y base de cráneo, sometido a una intervención quirúrgica (translocación facial) para extirpar el tumor en ese mismo año, además, el informe de los fragmentos de tejidos recogidos durante la intervención y analizados por el servicio de anatomía patológica emitieron diagnóstico para cordoma de nasofaringe, con secuelas permanentes visibles tras la intervención: amaurosis y neuropatía crónica; continuó con tratamiento: imatinib 600 mg (sin embargo, por tema de pandemia solo recibió hasta el mes de mayo/ 2020). En septiembre/ 2020, la tomografía evidenció progreso de la enfermedad por invasión a tejidos de la base del cráneo (carcinoma cerebral maligno) e inició con sunitinib (en septiembre/ 2020), cabe mencionar que la opción quirúrgica se descartó por no cumplir criterio. En un informe médico del 23 de marzo del año en curso se detalló que paciente presentó reacción adversa de toxicidad a sunitinib por lo que quedó suspendido y pasó a cuidados paliativos, Karnofsky: 50%. Paciente en compañía de familiar, ingresa el 02 de abril de 2021 a la casa de salud antes mencionada, por presentar alza térmica y refiriendo falta de oxígeno, con signos vitales: 120/70 mmHg (presión arterial), 102 latidos/ minuto (frecuencia cardiaca), 24 respiraciones/ minuto (frecuencia respiratoria), 38°C (temperatura), SpO2 94% (saturación de oxígeno), tono y fuerza muscular totalmente disminuido y 15/15 en la escala de Glasgow. Su diagnóstico de ingreso: cordoma cerebral maligno,

medico valoró, ordenó exámenes de laboratorio y otras pruebas complementarias, los valores leucocitarios revelaron un proceso infeccioso.

1.2. Hechos de interés

La notocorda, estructura cilíndrica que concreta el eje primitivo del embrión, se adhiere a partes caudales y basilares de los huesos esfenoides y occipital, correspondientemente. A menudo, restos del proceso y ectopias cordales benignas (*ecchordosis physaliphora*) se localizan en clivus. Esto ocurre durante el desarrollo cráneo basal. En la actualidad, se conoce que las células residuales del proceso embrionario son el origen de cordomas y se plantea como hipótesis que una forma precursora de estos tumores es la *ecchordosis physaliphora* (14) (7) (15).

La primera observación que detallaba una anomalía en el clivus y que correspondía a cordoma fue realizada por Rudolf Virchow en 1846; las células vacuoladas “fossilíferas” fueron descritas por Von Luschka en 1857 y, un año después, el origen notocordal del tumor fue sugerido por Müller. En 1900, por primera vez el término de cordoma era publicado, su autor fue Ribbert (13).

En sus inicios el cordoma era catalogado como alteración benigna, eso cambió tras el estudio de varios casos ocurridos en 1900, donde se observó comportamiento clínicamente maligno, de carácter mortal (9). Uno de los casos se reportó en 1961, una joven de 24 años de edad presentó disfagia, dolor de cuello y garganta y habla nasal por 6 meses, a causa de un tumor en nasofaringe de 4cm de tamaño. Tras la extracción, el análisis patológico reveló moco en el interior del tumor (13).

Los cordomas son tumores que por 150 años han asombrado a la comunidad científica por sus características particulares, pueden aparecer a cualquier edad, siendo de común presentación en la 4ta década de vida y raros casos aparecen antes de los 20 años, la enfermedad está marcada por la invasión circundante o incluso a otros órganos, implantación quirúrgica y alta recidiva (15).

1.3. Objetivo de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- ❖ Determinar cuidados paliativos de enfermería en paciente con cordoma de nasofaringe, mediante revisión bibliográfica y de historia clínica completa, para la propuesta de intervenciones de apoyo humanizado.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir el cordoma de nasofaringe mediante revisión bibliográfica
- Relacionar la teoría empleada con el abordaje paliativo al paciente y familia.
- Determinar plan de cuidados paliativos basados en los once patrones funcionales.
- Proponer intervenciones de enfermería con apoyo humanizado.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

1.4. Descripción del enfoque epistemológico de referencia

El enfoque epistemológico describe la historia natural de la enfermedad y cómo los factores de riesgo interactúan con el huésped para su presentación y evolución.

Prepatogénico

Si bien en esta etapa no se desarrolla la enfermedad como tal, la combinación de factores puede predisponer su aparición, estos son:

Agente: residuos embrionarios de notocorda primitiva (10) (14) (16) (17) (18).

Huésped: en cualquier momento dado, aleatoriamente, menos de 1 por cada 100000 personas vive con cordoma. Un polimorfismo de base única (SNP) en el ADN del gen braquiuria puede predisponer el desarrollo de estos tumores en los individuos (14) (8) .

Ambiente: no existe factor ambiental predisponente (8).

Patogénico

Generalmente, debido a su lento crecimiento, el individuo cursa de manera asintomática el inicio de la enfermedad (19) (14). (18) (8). La nasofaringe no es un sitio común para el cordoma y se ha postulado la hipótesis de que el canal basal medial es la vía cefálica de salida de la notocorda hacia tejidos blandos nasofaríngeos, moviéndose desde su ubicación intra clivus (7) (13).

2.2. Bases teóricas de la investigación

2.2.1. Cordoma de nasofaringe

2.2.1.1. Definición

El cordoma es un tumor óseo, agresivo, maligno (20) (21) (14), infrecuente (19) (11) (9) (17), que puede desarrollarse longitudinalmente en la notocorda embriogénica y de forma típica en el esqueleto axial (19): 50% se presentan en columna sacrococcígea, 35% en zona esfeno-occipital (18) y 15% son toraco-lumbar (16). Los cordomas cráneo-cervicales frecuentemente son los responsables de invadir el dorso de la silla, clivus y rara vez la nasofaringe (17) (7); en adición, la literatura ha descrito cordomas esfeno-occipitales capaces de formar masas en nasofaringe (21), aunque su presentación es muy rara y puede confundirse con otras lesiones (13).

2.2.1.2. Clasificación

Se clasifica en: convencional o clásico, es abundante en células fisalíforas y el que mayormente se presenta (17); des diferenciado: posee áreas sarcomatosas compuestas de células en forma de huso y poligonales y es muy agresivo, cuyo pronóstico es poco alentador; condroide: semejante al cordoma y al condrosarcoma, con mejor pronóstico que los anteriores (17) (7).

Según Qaqish & Gaillard (17), son formas malignas con muy mal pronóstico aquellas que poseen tanto áreas de cordoma típico como de indiferenciado. En el estudio microscópico de la muestra del tumor de región maxilar derecha del paciente se detalla la presencia tanto de células fisalíforas (grandes vacuoladas con abundante matiz mucoide) como de islotes de células poligonales (con núcleos redondos uniformes).

2.2.1.3. Manifestaciones clínicas

En cordomas intracraneales, el síntoma predominante es la obstrucción nasal, también se incluyen: disfagia, sensación de masa nasal, paranasal o en nasofaringe (18), apnea obstructiva y ptosis palpebral (7); el paciente de nuestro caso si presentó esta clínica durante el transcurso de su enfermedad. También puede aparecer discapacidad auditiva, cefalea, xerostomía, diplopía, parestesias, disnea, habla nasal (7) y epistaxis (7) (14).

2.2.1.4. Factores de riesgo

- **Sexo:** prevalece en el sexo masculino (57.1%) en contraste con el (42.8%) del femenino (19) (22) (8) (7).
- El **rango etario** de los afectados oscila entre 40 y 60 años (19) (21) (7), aunque puede ocurrir a cualquier edad (16).
Con mayor frecuencia la afectación esfenocipital se observa en pacientes jóvenes entre 20-40 años y típicamente a nivel sacrococcígeo en edades mayores, alrededor de los 50 años (17).
- **Raza:** la raza blanca predomina con (91.2%) (21), a diferencia de los asiáticos (6.3%) y afroamericanos (2%) (9).
- **Herencia:** una duplicación en el gen T ha sido identificado como precursor del tumor en un reducido número de familias con algunos miembros afectados (18).
- **Genética:** el polimorfismo de base única SNP identificado en la secuencia ADN del gen braquiuria está presente en más del 95% de personas con cordoma (8) (22), el (75%) posee la variación en ambas copias del gen, la diferencia solo en una copia. Este polimorfismo incrementa cinco veces el riesgo de padecer la enfermedad, lo que sugiere que actúa como impulsor tumoral para su inicio y propagación (23) (14).
- No se ha vinculado factor medioambiental, alimentario o de estilo de vida (8).

2.2.1.5. Diagnóstico

Pruebas de imagen:

Tanto la tomografía computarizada (TC) como la resonancia magnética (RM) se utilizan en la evaluación del cordoma (21), aunque las características de ambas pruebas son inespecíficas, poseen un margen bien definido que puede sugerir un cordoma, su ubicación en línea media y masas de tejidos blandos (lobulillar o expansible). La TC es ideal para evaluar afectación a nivel ósea, la RM es la prueba *gold standar* que valora tejidos blandos circundantes, extensión de la lesión a estructuras adyacentes (7) (17) y evalúa esta entidad pre y post tratamiento (21); a

pesar de esto, la RM tiene menos capacidad valorativa de calcificación y daño de la osteólisis y agujeros de base de cráneo que la TC (17).

Angiografía: aunque es idónea para observar encapsulamiento y desplazamiento de vasos sanguíneos, generalmente no muestra vascularización tumoral significativa (17).

Inmunohistoquímica: se ha planteado la tinción de Brachyury como el marcador diagnóstico más específico de cordoma por su factor de transcripción, fundamental para el desarrollo notocordal en la embriogénesis y por la capacidad de diferenciarla de otras lesiones condroides (7) (14).

“Inmunohistoquímicamente las células neoplásicas muestran reactividad para: proteína s100, proteína gliofibrilar ácida, queratina, antígeno epitelial de membrana, Hbme-1, catepsina k, E-caderina y raramente para antígeno carcinoembrionario” (18).

2.2.1.6. Histopatología:

Macroscópicamente el cordoma se compone de masas friables, cuyo interior contiene sustancias mucoides gelatinosa y líquidas, color blanco azulado o gris; microscópicamente se caracteriza por su patrón lobular delimitado por tabiques fibrosos, células fisalíforas neoplásicas sumergidas en una matriz mixoide y su extensión distal probablemente explicaría las recurrencias de los tumores (17) (10).

2.2.1.7. Tratamiento

En el estudio de Dwianingsih y col., se considera que (7), la cirugía es el tratamiento de elección frente a la radio y quimioterapia, ambas con poca sensibilidad. No obstante, se opta por combinar la radioterapia más la resección quirúrgica total o subtotal para pacientes seleccionados (17). La tasa de supervivencia es directamente proporcional a la exéresis del tumor, a mayor extirpación más alta la tasa, de no lograrse, la recidiva local o distal es frecuente (21) (22).

2.2.1.8. Complicaciones

Aproximadamente en 30-40% de pacientes el tumor se disemina a otras partes del cuerpo, esto se conoce como metástasis (17) (8), estudios reportados de casos de cordomas señalan que se diseminan principalmente hacia peritoneo, pleura, hígado, ganglios linfáticos, tejidos blandos, pulmón, hueso, piel y cerebro (17) (14) (14) (12) (7). En un informe médico, el paciente de nuestro estudio fue diagnosticado con carcinoma cerebral maligno debido al progreso tumoral hacia base de cráneo, esfenoides, lámina basilar en la zona supratentorial y tejidos blandos.

Debido al comportamiento agresivo de estos tumores, la supervivencia a 10 años es de aproximadamente 40% de pacientes (17).

2.2.1.9. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se presentan como una forma innovadora de brindar cuidado de forma integral, mejorando la calidad de vida posible (24) (25), mediante una atención compasiva en el final de la vida, la prevención y manejo de síntomas en el paciente enfermo de gravedad, en fase terminal sin respuesta a tratamiento curativo (26) (27); según Andreassen, Enmarker & Hellezan (1), la compasión es un valor humano esencial dentro de la labor enfermero en los cuidados paliativos.

El abordaje dirigido al paciente de manera integral y al necesidad de paliar síntomas o malestares de la esfera física, social, emocional o espiritual convierten esta práctica en un trabajo necesariamente multidisciplinario, interprofesional, donde intervendrán: médico, equipo de enfermería, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocasional, fisioterapeuta, nutricionista, asistente espiritual acorde a la preferencia religiosa del paciente (26).

Se publicó un estudio de alto impacto para el campo, donde se comparó la asistencia brindada bajo el modelo comúnmente usado y el modelo de los cuidados paliativos, donde se observó que el grupo que recibió cuidados paliativos tuvo mejores puntuaciones en calidad de vida y bajo puntaje en escalas de trastornos de estado de ánimo; además, la sobrevivencia fue 3 meses en promedio mayor al grupo

que recibió cuidados con el modelo tradicional. A raíz de esto, se ha estudiado la importancia de los cuidados paliativos, este modelo recomendado por la OMS, cuya puesta en práctica es viable y de impacto positivo en la calidad de vida del paciente (26).

Se ubican pautas que guían el accionar de enfermería en cuidados paliativos, trabajar con especial importancia en prevención y manejo de los síntomas, intervenciones de apoyo psicológico y espiritual al paciente y familiares, formación de una red de apoyo mutuo de los familiares al paciente, potenciación de la autonomía e independencia para adecuado confort, comunicación y laborar en equipo multidisciplinario (26).

2.2.2. Clasificación de necesidades y/o problemas de salud según el modelo de Marjory Gordon

Marjory Gordon, enfermera de profesión, postuló su modelo “11 patrones funcionales” organizando en dominios preguntas pautadas dirigidas a valorar al paciente (28); Gordon señala que “un patrón de salud funcional evoluciona a partir de la interacción usuario-entorno, cada patrón es una expresión de la integración biopsicosocial y no puede entenderse sin el conocimiento de los otros patrones” (29). Así mismo, se conoce que un patrón funcional comprende comportamientos saludables; lo contrario ocurre en procesos de enfermedad donde el patrón será disfuncional en algún aspecto (29).

La enfermera tiene un papel clave en el cuidado, el PAE (proceso de atención de enfermería) le permite organizar su trabajo a través de su aplicación, considerada una herramienta útil para la prestación de servicios de salud y el desarrollo científico profesional enfermero (30), el cual se compone de cinco pasos interrelacionados y dinámicos (29), con el objetivo de planificar y poder dar cuidados pertinentes (31). Dominar la aplicación de esta herramienta en el quehacer enfermero fortalece la identidad de la profesión, enmarca las competencias (31), dispone de recursos para la valoración y organiza las acciones prioritarias, optimizando tiempo y calidad de atención (29).

Valoración: En el primer paso, el enfermero toma contacto con el paciente y este primer momento permite el proceso de recolección y análisis de información a partir de distintas fuentes, la más importante: el paciente, que a su vez determinará las preocupaciones, interrogantes, necesidades o problemas de salud que presenta o que está en riesgo de sufrir (29). En este punto se aplican técnicas como la observación, la entrevista y el examen físico (31).

Mediante una guía para valoración por patrones funcionales (32), se analizan todas las necesidades que presentó el paciente del caso clínico. El plan de cuidados se basa en herramientas para identificar qué problema tiene el paciente, si presenta algún signo y síntoma, si hay alteración o no y trabajar en aquellos de atención prioritaria.

Percepción - mantenimiento de la salud

- Diagnosticado de tumor en base de cráneo a los 17 años.
- Sometido a una translocación facial para resección marginal del tumor en 2018 en el HEE de la ciudad de Quito.
- Por motivo de la pandemia, tomó su tratamiento farmacológico (imatinib) hasta mayo, 2020. Volvió a recibir este medicamento más sunitinib en septiembre del mismo año, pero a dosis altas. En marzo, 2021., sunitinib le fue suspendido por reacciones de toxicidad, pasando a cuidados paliativos.
- No refirió alergia
- No consumió alcohol u otras sustancias

Nutricional - metabólico

- A su ingreso a la casa de salud, quedó en NPO, tres días después pasó a dieta líquida.
- Diminución en la ingesta de alimentos por las molestias ocasionadas por el tumor, incluso, en ocasiones, no comía. Para mejorar este patrón, personal de turno intentaron colocar una sonda de alimentación, pero no tuvieron éxito por la obstrucción que causaba el tumor.
- Contaba con suplemento alimenticio (Ensure)

- Álgico, regulares condiciones físicas, facies pálidas
- Periodos de hipertermia: 38-38.4°C

Eliminación

- Al 3er día después de su ingreso, presentó expectoración amarillo-verdosa
- Micción presente
- Deposición dura

Actividad – Ejercicio

- Ingresó presentando disnea, SpO2 94%
- Usó oxígeno a durante su estancia hospitalaria y en domicilio: 5 L/min a su ingreso; 4-2L/min por cánula nasal días después y egresó a su domicilio recibiendo 2L/min.
- Campo pulmonar hipoventilado, expansibilidad y elasticidad disminuida.
- Taquicárdico
- Extremidades con tono y fuerza disminuida a su ingreso, posteriormente ausente al 2do día de hospitalización.
- Miembros superiores con presencia de edema (+)

Sueño - descanso

- Tuvo dificultad para conciliar el sueño debido al dolor, pero consiguió dormir a intervalos largos al tratar el síntoma.

Cognitivo – perceptivo

- Presentó dolor intenso en zona afectada por tumor; EVA: 7-8 que no cedía al tratamiento con analgésicos (Tramal 100mg IV) por lo que recibió morfina 20 mg/ml ampolla IV stat diluido en 55ml de agua destilada lento y luego por suero salino c/8h.
- Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona; Glasgow 15/15.
- Secuelas oftálmicas por antecedentes de cirugía: amaurosis y neuropatía crónica.

Adaptación/ tolerancia al estrés

- Estado de ánimo: por momento triste, tenso, alegre, confortado.

Valores/ creencias

- Posible desahucio
- Asuntos pendientes en la vida

2.2.3. Diagnóstico

Según la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) se define como juicio clínico, interpretación, análisis y predicción de lo valorado en el paso anterior (31). Una vez identificado el problema, la etiqueta diagnóstica de enfermería proporcionará una guía para el resto de las etapas del PAE, con el objetivo de prestar especial atención a aquellas intervenciones de acción inmediata, las que son dependientes e independientes y aquellas a realizar bajo protocolos estandarizados (31) (29).

Los diagnósticos prioritarios identificados en el paciente fueron elaborados a partir de la NANDA 2018-2020 (33), éstos son:

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C deformidad ósea (cordoma en nasofaringe) E/P disnea, taquipnea, SpO2 94%.
- (0007) Hipertermia R/C Enfermedad E/P temperatura de 38-38.4°C, taquicardia, expectoración amarillo-verdosa
- (00133) Dolor crónico R/C agente lesivo (crecimiento tumoral) E/P autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor (EVA: 7-8), expresión facial de dolor.
- (00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C dificultad para ingerir alimentos E/P ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas
- (00214) Disconfort R/C síntomas de la enfermedad E/P cambios en el patrón del sueño, incapacidad para relajarse.

- 00067) Riesgo de sufrimiento espiritual R/C percepción de tener asuntos pendientes

Planificación: se plantean objetivos con la expectativa primordial de mejora del paciente a través de la atención recibida organizada en planes de cuidado (31).

- ✓ 0410 – Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- ✓ 0800 – Termorregulación
- ✓ 2102 – Nivel del dolor
- ✓ 1004 – Estado nutricional
- ✓ 0003 – Descanso
- ✓ 0004 – Sueño
- ✓ 2001 – Salud espiritual

Intervención: se ejecuta el plan de cuidados con el propósito de cumplir el objetivo anteriormente planteado (29), se realizan las acciones necesarias y en orden de prioridad de atención para solucionar los problemas (31).

Las intervenciones ejecutadas en el estudio de caso clínico estuvieron enfocadas en mejorar el estado respiratorio, para ello se modificó la posición del paciente, se colocó oxígeno según prescripción y necesidades del paciente y se administraron antibióticos bajo prescripción para contrarrestar el proceso de neumonía; se realizaron intervenciones con la finalidad de paliar la fiebre, el dolor y malestar general, promoviendo al máximo el estado de bienestar en el paciente. A más de ello, actividades de mejora en el estado nutricional, el confort y apoyo espiritual fueron importantes para una atención integral.

Evaluación: mediante escalas se comparan los resultados proyectados en base al plan de cuidados y se obtienen a partir de la evolución del paciente. Tres funciones fundamentales se cumplen en este paso que evalúa el cuidado de enfermería: el nivel de partida de indicadores, motivación y retroalimentación (31). Dentro de los parámetros a valorar como respuesta y evolución del paciente, algunos de éstos mejoraron y otros se consiguieron paliar.

1.5. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

2.2.1 Tabla 1.

Plan de cuidados en disnea

Valoración	Datos objetivos	Datos subjetivos
	SpO2. 94% Taquipnea: 24 rpm.	Dificultad para respirar
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Dominio 4. Actividad/ reposo Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares (00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C deformidad ósea (cordoma en nasofaringe) E/P disnea, taquipnea, SpO2 94%.	
Planificación de objetivo (NOC)	0410 - Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	
Intervenciones de enfermería (NIC)	3390 - Ayuda a la ventilación Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama – posición fowler o semi fowler). Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños Controlar periódicamente el estado respiratorio	

	3320 - Oxigenoterapia					
	Administrar oxígeno suplementario, según órdenes					
	Vigilar el flujo de litros de oxígeno					
	Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).					
Criterios de resultados – evaluación (NOC)		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	Taquipnea					x
	Ruidos respiratorios patológicos				x	
	Disnea en reposo				x	

2.2.2. Tabla 2.

Plan de cuidados en alza térmica.

Valoración	Datos objetivos	Datos subjetivos
	Temperatura: 38-38.4°C	Refirió alza térmica
	Piel caliente	

	Taquicardia					
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Dominio 11. Seguridad/ protección Clase 6. Termorregulación (0007) Hipertermia R/C Enfermedad E/P temperatura de 38-38.4°C, taquicardia, expectoración amarillo-verdosa					
Planificación de objetivo (NOC)	0800 - Termorregulación					
Intervenciones de enfermería (NIC)	3900 - Regulación de la temperatura Administrar medicación antipirética, si está indicado. Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adicionales. Emplear medios físicos (mantas de agua, baños tibios, compresas, etc) para disminuir la temperatura, según corresponda. 6550 protección contra las infecciones Utilizar los antibióticos con sensatez.					
Criterios de resultados		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido

evaluación (NOC)	Temperatura corporal dentro de los límites normales					X
	Frecuencia del pulso					X

2.2.3. Tabla 3.

Plan de cuidados en dolor crónico.

Valoración	Datos objetivos EVA: 7-8 Glasgow: 15/15 Álgico	Datos subjetivos Dolor en zona afectada por el tumor
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Dominio 12. Confort Clase 1. Confort físico (00133) Dolor crónico R/C agente lesivo (crecimiento tumoral) E/P autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor (EVA: 7-8), expresión facial de dolor	

Planificación de objetivo (NOC)	2102 - Nivel del dolor
Intervenciones de enfermería (NIC)	<p>1400 – Manejo del dolor</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes</p> <p>Verificar el nivel de molestia, registrarlo en la historia clínica y reportarlo.</p> <p>Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso</p> <p>2210 – Administración de analgésicos</p> <p>Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINES) según el tipo y la intensidad del dolor.</p> <p>Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.</p> <p>Preferir la vía oral para administrar la analgesia. En pacientes con dificultad para deglutir o constipación severa, elegir la vía transdérmica como efectiva para tratar el dolor. Otras vías parenterales se consideran cuando la vía oral y transdérmica no han sido efectivas, entonces se recomienda la administración intravenosa o subcutánea (34).</p> <p>Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares y notificar.</p>

Criterios de resultados – evaluación (NOC)		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	Dolor referido			X		
	Expresiones fáciles de dolor			X		

2.2.4. Tabla 4.

Plan de cuidados en baja ingesta de alimentos.

Valoración	Datos objetivos Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas	Datos subjetivos Malestar por las molestias ocasionadas por el tumor le dificultaba comer, incluso, no comía algunos días.
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Dominio 2. Ingesta Clase 1. Equilibrio nutricional (00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C dificultad para ingerir alimentos E/P ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas	

Planificación de objetivo (NOC)	1004 - Estado nutricional					
Intervenciones de enfermería (NIC)	1803 - Ayuda con el autocuidado Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, según corresponda. Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, en un estado semi o líquido, de manera que sean fáciles de ingerir por el paciente.					
Criterios de resultados – evaluación (NOC)		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	Ingestión de nutrientes				X	
	Energía					X

2.2.5. Tabla 5.

Plan de cuidados en dificultad para conciliar el sueño.

Valoración	Datos objetivos Pocas horas de sueño	Datos subjetivos
------------	---	------------------

		Dificultad para conciliar el sueño debido al dolor en zona afectada				
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Dominio 12. Confort Clase 1. Confort físico (00214) Disconfort R/C síntomas de la enfermedad E/P cambios en el patrón del sueño, incapacidad para relajarse					
Planificación de objetivo (NOC)	0003 Descanso 0004 Sueño					
Intervenciones de enfermería (NIC)	0180 - Manejo de la energía Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación. Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (por ej. musicoterapia o medicaciones para controlar el dolor/ malestar). Fomentar las siestas, si resulta apropiado.					
Criterios de resultados –		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido

evaluación (NOC)	Energía recuperada después del descanso				X	
	Sueño interrumpido				X	
	Dolor			X		

2.2.6. Tabla 6.

Plan de cuidados en situación de riesgo de sufrimiento espiritual.

Valoración	Datos objetivos Necesidad de mayor cantidad de litros de oxígeno	Datos subjetivos
Diagnóstico enfermero (NANDA)	Dominio 10. Clase 3. Sufrimiento espiritual Riesgo de sufrimiento espiritual R/C percepción de tener asuntos pendientes	
Planificación de objetivo	2001 - Salud espiritual	

(NOC)						
Intervenciones de enfermería (NIC)	5420 - Apoyo espiritual Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionan fuerza y apoyo espirituales Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.					
Criterios de resultados – evaluación		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
(NOC)	Expresión de confianza					x
	Relación con los demás para compartir pensamientos y				x	

	creencias					
	Satisfacción espiritual					x

CAPITULO III

3.1. PROCESO METODOLÓGICO

3.1.1. Diseño o tracción de la investigación seleccionada

3.1.1.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa, analítica, transaccional de carácter descriptiva, se observó, especificó y detalló las características, manejo, manifestaciones clínicas, etc., que presentó la unidad de análisis.

3.1.1.2. Unidad de análisis

Paciente de 23 años de edad, sexo masculino, con diagnóstico médico:

- cordoma de nasofaringe
- carcinoma cerebral maligno

3.1.1.3. Área de estudio

El presente caso clínico se identificó en el Hospital Básico “San Vicente de Paúl” (HSVP), institución de salud perteneciente al segundo nivel de atención, ubicado en la ciudad de Pasaje, provincia de El Oro

3.1.2. Método de estudio

Método cualitativo: se describió eventos complejos basados en el análisis subjetivo e individual del paciente y la evolución de la enfermedad.

Método descriptivo: se detallaron elementos del caso clínico apoyados en fuentes primarias y secundarias (artículos, revistas, entrevista, etc) para la elaboración sistematizada y ordenada de la investigación, que permitieron profundizar la temática abordada.

Método analítico: se analizó la historia clínica del paciente y se desarrolló la búsqueda de elementos fundamentales para sustentar la problemática expuesta.

Método observacional: se realizó la observación directa de la unidad de análisis, lo mismo que permitió recoger datos primarios, estar cerca de la realidad del paciente en el lugar de los hechos y realizar un seguimiento a su evolución médica en el servicio de Emergencia y Medicina Interna en la institución de salud y seguimiento domiciliario hasta el desenlace de su enfermedad.

3.1.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se empleó:

Observación directa y entrevista al paciente

Recolección de datos clínicos relevantes extraídos mediante anamnesis y del historial médico (evolución diaria, reportes médicos y de enfermería, exámenes de laboratorio y pruebas complementarias).

Búsqueda de artículos de alto impacto de los últimos 5 años en inglés, español o portugués, en bases de datos como PubMed, SciELO, Dialnet, Mediographic, Elsevier; sin embargo, también se tomaron en cuenta artículos de años anteriores por la importancia y el apoyo que brindaba a la investigación.

Libros digitales

3.1.3.1. Categorías estudiadas

Datos generales del paciente, antecedentes personales y familiares, se identificó factores de riesgo, seguimiento a la evolución clínica y en su domicilio, tratamiento recibido, cuidados paliativos de enfermería basados en el modelo de Marjory Gordon.

3.1.3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación

La metodología empleada hizo necesaria la recolección de datos de la historia clínica, un documento médico legal, por lo que se procedió a realizar lo siguiente:

Se obtuvo la autorización del progenitor del paciente mediante el consentimiento informado firmado.

Anexando el consentimiento firmado, se solicitó mediante oficio a la directora del Hospital Básico San Vicente de Paúl para que se brinde la facilidad y permita el acceso a la historia clínica con fines investigativos, quien respondió satisfactoriamente.

Revisión documental y sistemática de la información.

Agregado a esto, fue elaborado un plan de cuidados paliativos en base a los problemas de salud presentados en el paciente de nuestro estudio, que estuvieron basados en la teoría de los “11 patrones funcionales” de Marjory Gordon y se empleó la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

3.1.3.3. Aspectos ético legales

El presente trabajo respetó los principios bioéticos durante el transcurso de la investigación:

Beneficencia: el aporte a realizar con la presente investigación fué el de ampliar el conocimiento acerca esta patología poco común y sobre cuidados paliativos a brindar a pacientes con este diagnóstico.

No maleficencia: el personal involucrado por ninguna razón ejecutó intervenciones con la intención de causar daño al paciente y/o familiares.

Autonomía: el paciente y el progenitor, quien figuró como representante legal, tenían la libertad de aceptar, negar y/o retirar su participación en el estudio en cualquier momento, si así lo consideraban y sin que eso los perjudique en forma alguna. Tenían el derecho de preguntar y resolver sus dudas, así como también, si en el desarrollo de las entrevistas alguna de las preguntas le resultara incómoda podía hacerlo saber y negar u omitir su respuesta.

Confidencialidad: los datos recogidos del paciente, las entrevistas con el paciente y familiares y los elementos componentes de la investigación que se obtuvieron fueron confidenciales y se emplearon únicamente con fines investigativos.

3.1.4. Sistema de categorización en el análisis de información

3.1.4.1. Anamnesis

Datos del paciente

- H.C.: 13XXXX
- Edad: 23 años
- Sexo: masculino
- Lugar de residencia: Pasaje – El Oro
- Fecha de nacimiento: 30/06/1997
- Fecha de ingreso: 02/04/2021 Hora ingreso: 20h21
- Fecha de egreso: 10/04/2021 Hora egreso: 15h02

3.1.4.2. Historia clínica

Antecedentes médicos

- Disfagia, sensación de masa orofaríngea y apnea obstructiva fue la clínica inicial que presentó el paciente; tras ser valorado por servicio de otorrinolaringología, quien realizó rinoscopia, se distinguió: septo medial cornetes hipertróficos, mucosa congestiva, protrusión de pared posterior

faríngea de predominio izquierdo, desviación de úvula a lado derecho. Posteriormente, fué valorado por oftalmología en febrero 2018, paciente presentó ptosis palpebral total, con limitación a la aducción, supraducción e infraducción, se realizó TC de cráneo con presencia de una lesión infiltrativa que causa patrón permeativo selar-paraselar derecho e infiltra el margen cerebral, con compromiso de la base del cráneo, en el esfenoides, y alcanza la lámina basilar en la zona supratentorial. Recibió diagnóstico de cordoma de nasofaringe.

- En el mismo año, en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, fue sometido a una intervención quirúrgica para la resección de un “cordoma de clivus”, un tumor muy raro de 15 cm. En una redacción médica, según los galenos a cargo, el procedimiento consistió en retirar el macizo facial (rostro), que fue trasladado a los lados (translocación facial) para poder sacar todo el tumor. A decir de los especialistas, el paciente se recupera satisfactoriamente puede hablar, comer y respirar normalmente. Además, refirieron que la masa extirpada no era maligna, pero por su origen embriológico, el tumor crecía constantemente, de allí la importancia de retirarlo.
- Desde el HEE fue remitido para tratamiento de radioterapia sobre nasofaringe y base del cráneo con extensión temporal: inició en: 25/06/2018 – finalizó: 08/08/2018, previamente había recibido: 20 sesiones de radioterapia (mayo, 2018), y tratamiento con imatinib y sunitinib.
- Informe de anatomía patológica (09 de enero, 2020):
Estudio *macroscópico*: se recibe varios fragmentos irregulares de tejido que en conjunto pesan 10g; miden: 7x3x1.5; además se evidencia dos formaciones nodulares que miden 0.8 y 0.7 de diámetro mayor.
Estudio *microscópico*: fragmentos de neoplasia de patrón lobulado constituido por cordones, islotes de células poligonales epiteliales con núcleos redondos uniformes y celular fialíferas grandes vacuolada en medio de abundante matiz mucoide.
Diagnosticado con tumor en región maxilar derecha (enero, 2020).

- En un informe del 09 de septiembre, 2020., elaborado a partir de una evaluación médica al paciente se identificó invasión en la base de cráneo con resección marginal, TC evidencia resistencia y progresión tumoral y **progresión a partes blandas vs seno maxilar derecho** que se confirmó con **biopsia**, sin tratamiento con imatinib; su caso se discutió en comité oncológico para proceder a la administración de sunitinib, la cual no se autorizó por el departamento de farmacia, por lo que reinició tratamiento con imatinib a dosis altas, dicho medicamento lo recibió previamente hasta mayo 2020, pero no pudo completar el tratamiento farmacológico debido a la pandemia. Karnofsky 80%
- En la valoración médica del 17 de septiembre, 2020., galenos de cirugía de cabeza y cuello y neurocirugía analizaron su caso y determinaron que el **paciente no cumplía criterio quirúrgico** por lo que se pasa a segunda línea con **sunitinib**. Al examen físico: estrabismo divergente, parálisis del recto interno de ojo derecho, Glasgow 15/15, masa a nivel de Geniana derecho multilobular de aproximadamente 5x4 cm, el tumor se direccionaba hacia mucosa de carrillo con infiltración de dicha estructura, no adenopatías, en regulares condiciones. Karnofsky 70%. Diagnosticado con tumor maligno de nasofaringe.
- El 23 de marzo, 2021., tras pasar a segunda línea de tratamiento con **sunitinib**, presentó toxicidad del producto, mismo que fué suspendió y pasó a cuidados paliativos. Karnofsky 50%

Diagnósticos anteriores

- Cordoma de nasofaringe (agosto, 2018)
- Tumor en región maxilar derecha (enero, 2020)
- Tumor maligno de nasofaringe (septiembre,2020)

Secuelas irreversibles

- **Amaurosis:** ptosis palpebral total, con limitación a la aducción, supraducción e infraducción

- **Neuropatía crónica:** lesión infiltrativa que causa patrón permeativo selar, paraselar derecho e infiltra el margen cerebral, con compromiso de la base del cráneo, en el esfenoides y alcanza la lámina basilar en la zona supratentorial.

Ambas como resultado de la intervención quirúrgica a la que fue sometido en búsqueda de un tratamiento.

3.1.4.3. Entrevista

Los días viernes 21 y 28 de mayo del presente año se llevó a cabo una entrevista no estructurada con el paciente y sus progenitores, donde se recogió la siguiente información:

Antecedentes personales

Presencia de un tumor en base de cráneo diagnosticado a los 17 años, en el Hospital Eugenio Espejo (HEE), por lo que, periódicamente asistía a controles médicos en esta institución de salud. A los 20 años, tras el estudio del caso del paciente, los galenos del HEE se arriesgaron a operarlo para retirar el tumor, advirtiendo los riesgos y posibles complicaciones a los padres: “parálisis o pérdida del habla, de la memoria, entre otras”. La cirugía fué catalogada como exitosa, en ese momento el paciente no tuvo complicaciones, podía caminar, comer y realizar todas sus actividades. A pesar de esto, los exámenes de control revelaron un nuevo crecimiento tumoral, por lo que fueron necesarios sesiones de quimio y radioterapia, no obstante, con la llegada de la pandemia, sin la facilidad de viajar a Quito (lugar donde recibía tratamiento), no lograron seguir con el tratamiento. Los siguientes exámenes mostraron que el cáncer había hecho metástasis en pulmón.

El paciente tuvo que esperar para que se le notifique cuando debía empezar nuevamente el tratamiento, pero en el mes de noviembre, 2020., refirió parestesia en el pie izquierdo que fue avanzando superiormente hacia su pierna izquierda; lo mismo ocurrió en la extremidad derecha hasta perder la movilidad, incluso las extremidades superiores se afectaron. Llegó un punto en que el paciente perdió el control de sus esfínteres. Desde el hospital indicaron que podía facilitar la entrega

de medicamentos si contaban con algún familiar del paciente en la ciudad de Quito, cinco días después llegaron seis cajas con ampollas de morfina.

El familiar del paciente (padre) adecuó una buseta y lo llevó hacia el HEE, tenían convenio con Solca y tras una revisión le diagnosticaron cáncer de nasofaringe metastásico en etapa 3. Le dieron alta médica y tratamiento con cuidados paliativos.

Antecedentes familiares

- Madre sufrió un accidente cerebrovascular hace 10 años.
- Padre sufrió un accidente cerebrovascular hemorrágico hace 7 años.

Antecedentes quirúrgicos

Fue sometido a una translocación facial para resección marginal, en 2018, posteriormente fue tratado con fármacos para bloquear el crecimiento de células cancerígenas y derivado a sesiones de radioterapia.

3.1.5. Resumen del cuadro clínico

Motivo de consulta

02/04/2021 – 20h21: Paciente a su ingreso refirió dificultad para respirar y alza térmica por lo que fue valorado e ingresado a la casa de salud para su diagnóstico y tratamiento.

Signos vitales, mediciones y valores

TA: 120/70

fc: 102 lpm

FR: 24 rpm

T°: 38° C

SpO2: 94%

Glasgow:15/15

ENE: consciente y orientado en TEP.

Examen físico

Apariencia general: álgico, regulares condiciones

Cabeza: facies pálidas, presencia de tumoración en hemicara derecha

Ojos: pupilas isocóricas fotoreactivas

Boca: mucosas orales semihúmedas

Cuello: doloroso a la palpación

Tórax: R1-R2 sincrónico, murmullo vesicular conservado, expansibilidad y elasticidad conservada.

Corazón: R-R2 sincrónico

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, RHA presentes

Extremidades tono y fuerza disminuido

ENE orientado en tiempo, espacio y persona.

3.1.6. Resumen de evolución, tratamiento y complicaciones

02/04/2021

A las 20h21: ingresa al servicio de emergencia acompañado de familiar (padre) refiriendo dificultad para respirar, fiebre (38°C), tono y fuerza muscular totalmente disminuido, paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15. Médico de turno valora, ordena exámenes de laboratorio (NEUT 14.8 - VN: 6.0 a 10.0) y decide su ingreso, se canaliza vía venosa periférica, recibe oxigenoterapia con mascarilla a 5L/min, se indica mantener en NPO y pasa a cuidado paliativos. Pendiente radiografía de tórax.

04/04/2021

Informe de la radiografía de tórax sin novedad.

A las 19h00, en cambio de turno, se recibe paciente con dolor intenso en su zona afectada, EVA: 7-8; durante el turno del día ya administran analgésico y dolor no cede, se comenta a residente, familiares cuentan con morfina en ampolla y parche.

Médico indica administrar tratamiento y paciente refiere que el dolor cede y luego logra conciliar el sueño a intervalos largos, se mantiene consciente, orientado en TEP, con O2 por cánula nasal a 4 L/min, se mantiene en NPO, evidencia de tumor a nivel de cara y cuello lado derecho, miembros superiores con presencia de edema (+), tono y fuerza muscular ausente de miembros superiores e inferiores.

A las 24h00 se coloca parche de morfina porque familiares cuenta con uno, presenta alza térmica (38.4°C), que cede al administrar tratamiento.

Se comunica a familiar la necesidad de cuidados paliativos, por lo cual se administra morfina 20 mg/ml ampolla IV stat diluido en 55ml de agua destilada lento y luego administrar por suero salino c/8h, bajo prescripción médica.

05/04/2021

A las 07h00, en su tercer día de hospitalización y luego de la revisión médica, al examen físico: pálido, álgico, tórax: R1-R2 taquicárdico, campo pulmonar hipoventilado, expansibilidad y elasticidad disminuida, expectoración amarillo-verdosa, 38.4°C de temperatura y valoración de exámenes de laboratorio (LEUC: 14000); inicia antibioticoterapia por presentar datos clínicos de **neumonía**.

Dieta cambia a líquida amplia asistida, aunque debido a las molestias ocasionadas por el tumor se complicaba la administración de alimentos, abdomen blando, depresible, micción presente + deposición 1 de características duras color café.

La TC revela expansión del cordoma hacia cerebro, paciente es diagnosticado con **carcinoma cerebral maligno** y se comunica a familiar (madre) para dar inicio a la transferencia a Solca, pero ella no desea realizar trámite, por lo que se solicita su nombre y firma para constancia de lo anteriormente citado.

06/04/2021

Internista procedió a colocar sonda nasogástrica para mejorar patrón alimenticio, sin éxito por la obstrucción que presentaba debido al tumor, por lo que el paciente tomaba únicamente suplemento alimenticio (ensure) cuando la incomodidad y el dolor no le permitía más. Incluso, a veces, no comía.

13/04/2021

Se concluye antibioticoterapia, paciente recibe oxígeno por cánula nasal a 2 L/minuto.

15/04/2021

A las 15:22, por parte de médico tratante recibe alta médica, recibiendo oxigenoterapia con cánula nasal a 2 L/minuto, completó su tratamiento IV.

En casa quedó solamente con DISH para proceder a la administración de morfina y complejo B 1 vez por semana, ambulatoriamente, bajo prescripción de médico que realizaba visita domiciliaria.

02/07/2021

Aproximadamente a las 16h00, paciente refirió sensación de falta de aire por lo que los familiares administraron mayor cantidad de litros de oxígeno que tenían en casa, pese a ello la disnea aumentó, por lo que decidieron llevarlo al hospital, lugar en donde a las 19h00 ocurrió su deceso por insuficiencia respiratoria. Manifestación verbal de satisfacción con la vida por parte del paciente horas antes de su deceso, según lo refirió su familiar (padre).

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1. Descripción de los resultados

Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, con cuadro clínico inicial de disfagia, sensación de masa orofaríngea y apnea obstructiva hace 3 años con antecedente de cordoma de nasofaringe diagnosticado desde los 17 años por pruebas de imagen y biopsia, ingresó por el servicio de emergencia al HSVP el día 02 de abril del año en curso por presentar: disnea e hipertermia, además, durante su estancia presentó dolor crónico en zona afectada, alimentación reducida y sueño interrumpido; empleando el modelo de Marjory Gordon se lograron identificar los siguientes patrones alterados al momento de su ingreso y durante la hospitalización: percepción - mantenimiento de la salud, nutricional - metabólico, eliminación, actividad - ejercicio, sueño – descanso y cognitivo – perceptivo.

Posteriormente a la ejecución de las actividades de enfermería previamente planificadas y el seguimiento de la evolución de salud, tanto a nivel hospitalario como domiciliario, en el objeto de estudio con diagnóstico médico de egreso: tumor maligno de nasofaringe + neumonía se logró la resolución parcial de los diagnósticos presentados, lo que permitió el control de los síntomas: disnea y dolor; para la fiebre hubo resolución total. Una vez administrada la oxigenoterapia mejoraron parámetros como: frecuencia respiratoria: FR: 20; SpO2: 94-97%; cuando mostró datos clínicos de neumonía (expectoración amarillo-verdosa, alza térmica, leuc: 14.000) se administró antibioticoterapia con amoxicilina + ácido clavulánico 1.2g c/6h (8 días). La infección se trató, sin embargo, no hubo tolerancia al oxígeno ambiente debido al tamaño del tumor, por lo que se mantuvo al alta y en el domicilio a flujo de 2 litros/minuto como parte de los cuidados paliativos.

Durante su estancia, el manejo del dolor también formó parte importante de la atención brindada por parte de enfermería al paciente, empezó su control con: paracetamol 1g IV c/8h (4 días), metamizol 1g IV c/12h (2 días), tramal 100 mg IV PRN (3días), por el incremento del nivel del dolor recibió morfina parche c/4 días (2

ocasiones) y morfina 10mg diluido c/12h (8 días y era parte del tratamiento en casa después del alta).

Durante los cuidados paliativos brindados, en la institución y en casa, se consiguió mejorar en el ámbito de lo posible la calidad de vida del paciente y paliar los síntomas que se presentaban, al igual que condiciones como: mejorar la alimentación, la calidad de sueño y, a través de una relación de empatía con el paciente y familia, se brindó soporte en los últimos días.

En la bibliografía consultada, el diagnóstico de cordoma nasofaríngeo + metástasis es poco alentador. En efecto, siendo el segundo día del mes de julio del presente año y tras varios días en tratamiento ambulatorio recibiendo: morfina para controlar el dolor y complejo B administrado bajo criterio médico, paciente se desestabiliza en casa refiriendo disnea, sin mejora al aumento de flujo de litros de oxígeno, por lo que fue trasladado al HSVP en donde ocurre su deceso por insuficiencia respiratoria.

4.2. Argumentación teórica de resultados

El cordoma de nasofaringe es un tipo de tumor óseo, raro, agresivo, de crecimiento lento, se sostiene que restos notocordales son su punto de origen (12) (18) y según Yeh, 2021 (13), hasta el momento, solo han sido reportados 20 casos en la literatura médica.

El estudio de Venegas y col., señala que (12), cefalea, diplopía, visión borrosa, déficit de campo visual y endocrinopatías son signos y síntomas causados por el tumor de base de cráneo o cervical; y se describen: disfagia, disfonía, disnea o dificultades auditivas, como síntomas secundarios a la presencia de masa en oronasofaringe. Agregado a esto, un estudio de los investigadores Rocha y coautores (35), en donde se realizó una revisión de historias clínicas de 39 pacientes inscritos en el servicio de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología con neoplasia maligna en vía naso sinusal, casi todos referían antecedentes de varios meses de obstrucción nasal y, en casos avanzados, presentaban tumefacción facial, distopia ocular y oftalmoplejía, ello

concuerta con lo presentado por el paciente durante el transcurso de la enfermedad: ptosis palpebral total, estrabismo divergente, parálisis del recto interno de ojo derecho, sensación de masa orofaríngea, tumoración en hemicara derecha, apnea obstructiva, disfagia y disnea.

La ubicación del tumor se ha relacionado con la edad de presentación en varios trabajos, los cordomas sacro coccígeos son más comunes en la 4ta y 6ta etapa de vida (7); mientras que, los tumores cráneo cervicales se desarrollan en edades más tempranas habiendo reportes de casos en niños y adolescentes (pico de presentación a los 20 años) (12) (18) (7) (9); asimismo, durante la revisión bibliográfica se notó tendencia de la enfermedad hacia el sexo masculino (69.2% de casos en el estudio de Rocha y col., (35)). Esto concuerda con el presente trabajo: joven de sexo masculino quien recibe el diagnóstico de cordoma de nasofaringe a los 17 años.

Se presenta como un verdadero reto su diagnóstico oportuno pues al manifestarse, generalmente, suele tener largo tiempo y en ocasiones son recidivantes. Las pruebas de imagen empleadas para este fin son: radiografía, demuestra una lesión lítica localmente destructiva; tomografía axial computarizada, revela el cordoma lítico destructivo, la calcificación ósea; y, resonancia magnética, la más usada en la actualidad, expone la extensión del cordoma (36). El sitio comúnmente afectado fue el seno etmoidal seguido del seno maxilar en la muestra estudiada en el artículo de Rocha y otros., (35); mientras que, en nuestro caso clínico, mediante TC de cráneo se valoró lesión infiltrativa, compromiso de base de cráneo, esfenoides y lamina basilar e invasión a partes blandas. También se realiza una biopsia con aguja o abierta para confirmar el diagnóstico (36), el informe histopatológico realizado a la unidad de análisis de nuestro estudio determinó cordoma de nasofaringe y reveló la presencia de células fisaliforas y de islotes de células poligonales (cordoma típico y áreas indiferenciadas) que según Qaqish y Gaillard (17) estas características constituyen “formas malignas verdaderas de cordomas con mal pronóstico”. Según (13), un rasgo distintivo del tumor es que se tiñe fuertemente positivo para brachyury, CK, S100 y EMA, no obstante, en nuestro caso clínico no se encontraron exámenes inmunohistoquímicos en la historia clínica.

Debido a la afectación tumoral importante de nuestro paciente, las condiciones de salud y el estadio 3 de cáncer de nasofaringe metastásico (fase terminal) fueron necesarios los cuidados paliativos. Un estudio realizado por Santos y Teixeira de Melo señala que (4), un 80% de pacientes con este diagnóstico precisan de cuidados paliativos, al igual que Baena y López quienes enfatizan que (37), estos cuidados tratan de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico o no oncológico; sin embargo, la realidad, según las autoras, descrita como “peregrinaje”, revela la necesidad de trabajar en brindar acceso oportuno a la población que requiere de estos cuidados.

Diferentes especialistas: neurólogos, neurocirujanos, oncólogos, comité de ética, internistas, emergenciólogos y equipo de enfermería valoraron al paciente de nuestro caso en busca de tratamiento; en la atención actual, al ingreso y egreso de la casa de salud, se determinó cuidados paliativos al paciente. La OMS establece que (5), los programas de asistencia paliativa, generalmente conformados por un equipo de atención integral, apoyan a los pacientes y a sus cuidadores. En contraste, en la historia clínica no se reflejaban intervenciones de apoyo de enfermería o de otro especialista para la familia.

Para este caso, el plan de cuidados fue determinado a partir del modelo de Marjory Gordon y los diagnósticos de enfermería NANDA con la finalidad de resolver los problemas de salud del paciente. Dificultad respiratoria y dolor crónico son síntomas comunes cuando el tumor obstruye la cavidad; además, la fiebre reveló que ocurría un proceso infeccioso: la neumonía. Limitación para comer y dormir debido a las molestias por el tumor pudieron observarse también, al igual que manifestaciones psicológicas.

En el trabajo de Lima y otros., (25) que abordó diagnósticos de enfermería en cuidados paliativos oncológicos en una muestra de 73 pacientes basado en historias de enfermería y en la teoría de los patrones funcionales en la que se admitieron los siguientes cuadrantes: físico, socio familiar, psíquica y espiritual-religioso; en la dimensión física se identificaron los siguientes diagnósticos: riesgo de lesiones por presión y dolor crónico entre las afecciones más comunes, 11.5% y 9.2% respectivamente; en el aspecto social: procesos familiares interrumpidos

(44.4%) y riesgo de tensión en el rol de cuidado (22.2%); en el ámbito espiritual: riesgo de sufrimiento espiritual (60%) y desesperanza (40%); y, en la esfera psicológica: miedo (34.84%) y (18.6%) sensación de impotencia y ansiedad. Algunos de los diagnósticos elaborados con nuestro paciente coinciden con los presentados en el trabajo anteriormente citado.

En cuidados paliativos, la perspectiva de enfermería puede orientarse bajo el modelo de diferentes teorías en la atención al paciente, familia o comunidad; en la investigación de Figueredo y coautores, se identificaron algunas de las teorías y modelos de enfermería frecuentemente empleados: “Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, teoría cognitiva social de Albert Bandura, teoría humanística de enfermería, modelo de Davies y Oberle y el modelo de adaptación de Callista Roy” (3). En el estudio de Guerrero, Ronquillo y Paredes (2), se diseñó el plan de atención domiciliaria bajo el modelo de M. Gordon, mismo que demostró efectividad para: mejor estabilidad emocional, formación a los cuidadores, tratar el dolor. Si bien el Modelo de Marjory Gordon no figura entre los más empleados, en el presente análisis permitió abordar al paciente de manera integral, holística, cubrir necesidades y brindar solución a los problemas suscitados, así como también incluir a la familia en la prestación de cuidados.

CONCLUSIÓN

A partir de la información analizada, se concluye en que el cordoma es una rara entidad, un tumor óseo de presentación infrecuente y maligna, cuyo crecimiento se origina a partir de restos de notocorda embrionaria primitiva; se han notificado casos en adultos, pero también en niños y adolescentes, como en nuestro objeto de estudio. En nuestro paciente, el tumor se desarrolló en nasofaringe y provocó que refiera sensación de masa a nivel afecto, disfagia, disnea y que ante el crecimiento cause dolor. Varios fueron los factores por los cuales el tumor en el paciente no respondió al tratamiento instaurado, dando como resultado metástasis a nivel pulmonar y en base de cráneo. Por ello, cuando el abordaje terapéutico curativo no brinda resultados favorables, es importante que el paciente sea derivado a un programa de atención paliativa, con la finalidad de controlar o paliar síntomas, potenciar al máximo la calidad de vida del paciente terminal tomando en cuenta las dimensiones biopsicosocioculturales y espirituales y brindar apoyo a los familiares. Este trabajo debe ser realizado en conjunto por un grupo de profesionales multidisciplinarios, es importante recalcar el rol que desempeña el profesional de enfermería al ejecutar intervenciones dependientes e independientes, prioritarias, necesarias para mejorar el bienestar del paciente terminal en lo máximo que sea posible, recordando que asesorar, orientar, educar en salud y ser soporte a la familia o cuidadores es esencial.

Los cuidados en el paciente de nuestro caso estuvieron enfocados en el alivio de la disnea, control de la temperatura, manejo del dolor, alimentación, fomento del descanso y apoyo espiritual al paciente y familia en esta etapa final. Habiendo revisado la bibliografía, los diagnósticos elaborados coinciden con artículos en los que se ha diseñado planes de cuidado en donde el dolor figura como una de las principales molestias, la falta de apetito y de sueño, también son frecuentes los estados de ansiedad, depresión, desesperación o sufrimiento al final de la vida, por ello es importante no solo atender síntomas físicos, sino fijarnos en el paciente como un todo.

El proceso de atención de enfermería fue una herramienta útil en la atención al usuario, ya que permitió organizar en etapas la recogida de datos y exploración

física, diagnóstico enfermero, objetivos a plantearse, intervenciones de enfermería y evaluación de la evolución del estado de salud, el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC brindó un lenguaje estandarizado en la prestación de estos cuidados. El modelo de Marjory Gordon permitió valorar al paciente a través de once dominios e identificar sus necesidades y problemas de salud, así como también los potenciales riesgos en el proceso al final de la vida; a pesar del avanzado estadio de enfermedad en el que se encontraba nuestro objeto de estudio, se logró potenciar el bienestar del paciente hasta su inevitable deceso, tras el desarrollo de los planes de cuidados paliativos planificados.

RECOMENDACIONES

El MSP debe fortalecer a los equipos multidisciplinarios que conforman las unidades de cuidados paliativos garantizando calidad del cuidado y soporte emocional para una muerte digna. También debe coordinar con la red pública para fortalecer los programas preventivos sobre el cáncer realizando campañas de screening para que los hallazgos no sean tardíos a sabiendas que todos los tumores son silenciosos.

Se recomienda nuevas investigaciones en pacientes oncológicos por los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala debido a que estas permiten el fortalecimiento del conocimiento y el manejo integral de los pacientes con cáncer

Se sugiere a la Universidad Técnica de Machala, a la carrera de enfermería incluya a Hospitales Oncológicos dentro de las unidades para realizar las prácticas pre-profesionales.

Bibliografía

1. Andreassen Devik S, Enmarker I, Hellzen O. Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing Ethics*. 2020; 27(1): p. 194-205.
2. Baena Pinazo , López Suárez R. Cordoma de Clivus: vivir en tierra de nadie. *Vivencias de una enfermera y cuidadora familiar*. Scielo España. 2020 Enero 20; 27(4): p. 176-198.
3. Figueredo Borda N, Ramírez Pereira M, Nurczyk S, Diaz Videla V. Modelos y teorías de Enfermería: sustento para los cuidados paliativos. *Scielo Uruguay*. 2019; 8(2): p. 22-33.
4. Santos CdO, Teixeira de Melo A. a Importância Do Profissional Biomédico Na Prática De Cuidados Paliativos No Tratamento Oncológico / the Importance of the Biomedical Professional in the Practice of Palliative Care in Cancer Treatment. *Brazilian Journal of Development*. 2020; 6(11): p. 92651-92664.
5. Galan DFG. Diagnóstico diferencial radiológico de los tumores óseos. Taylor & Francis. 2020 Agosto 20;; p. 51-62.
6. Zuluaga Patiño, María. Neoplasias raras. In Castañeda Cardona C, Holguín Romero A, Rosselli D. *Enfermedades raras. Del diagnóstico a las políticas públicas*. Bogotá: Ed. Pontificia Universidad Javeriana; 2019. p. 1-270.
7. Núñez C , Rojas C , Serdio A Jd. Melanoma maligno mucoso de cavidad nasal. *Scielo Chile*. 2015 Agosto; 75(2): p. 152-156.
8. Aguilar-Pérez RC, Chávez-Mercado. Chordoma with extension to the nasal cavity: A case presentation. *Scielo Mexico*. 2019 Abril 3; 82(2): p. 108-111.
9. Rubio Pampín MM, Hernández Socarras CA, Sánchez Camacho LM, Sotolongo Baro MdC. Consideraciones histopatológicas del tumor óseo cordoma. *Scielo Cuba*. 2017 Diciembre; 19(3): p. 139-142.
10. Ventura-Martínez N, Cebrenros-Rosas D, Miragall-Alba L, Ruiz-Gutierrez JP, Puglia-Santos. Sarcoma de Ewing extraóseo en cabeza y cuello: revisión de la literatura a propósito de un caso. *Scielo España*. 2017 Junio; 39(2): p. 135-145.
11. Mesa Quezada J, Roldán Romero E, Lozano Sánchez JA, Centeno Haro M, Ortega Salas RM, Bravo Rodriguez F. Cordoma cervical paravertebral, entidad que debemos conocer. A propósito de un caso. *Neurocirugía*. 2017 Julio-Agosto; 28(4): p. 197-201.
12. Venegas Godínez LN, García Álvarez EE, Morán Mendoza AdJ, Tavares Macías G, Sánchez Llamas B. Cordoma: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Médica*. 2014; 5(3): p. 164-167.
13. Santana-Álvarez DCJ, Acosta-Abréu DGB, Miranda-Ramos MMdlÁ, León-Molina DM, Quiroga-Meriño DE. Eficacia de la radioterapia en los pacientes con cáncer laríngeo en estadio I y II. *Scielo Cuba*. 2018 Diciembre; 22(6): p. 1-7.

14. Figueredo Acosta , Rivero Torres JR, Rivero Toledo CE. Reto neuroquirúrgico actual del cordoma cervical. Scielo Cuba. 2018 Marzo; 13(2): p. 88-94.
15. Rappoport W , Veloso O M, Montes F , Pizarro G , Valdés G. Carcinoma basocelular metastásico. Scielo Chile. 2016 Diciembre; 76(3): p. 347-352.
16. Rosales Torres P, Pila Pérez R, Pila Peláez R. Cordoma sacrococcígeo. Mediciego. 2017; 23(3).
17. Bory Porra , Sánchez Azcuy , Ortiz Benet , Milian Baldor , Pérez Hernández KM. Cáncer de Laringe precoz en estadio temprano. Scielo Cuba. 2019 Octubre; 23(4).
18. Rubio Pampín MM, Hernández Socarras CA, Sánchez Camacho LM, Sotolongo Baro MdC. Consideraciones histopatológicas del tumor óseo cordoma. Revista Cubana de Reumatología. 2017 Sep-Dic; 19(3): p. 139-142.
19. Rodríguez-Rodríguez DEI, Taura-Suárez DL. Tumores óseos en edad pediátrica. Revista del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milión Castro". 2019 Octubre; 23(5).
20. Núñez C , Rojas C , Serdio A Jd. Melanoma maligno mucoso de cavidad nasal. Scielo Chile. 2015; 75(2): p. 321-323.
21. Taissoun-Aslan ZA, Moreno-Tobón A, Arévalo-Novoa , Rojas-Gutiérrez A, Giraldo-Rendón , Restrepo Bravo. Cáncer de nasofaringe, una revisión de la literatura. Scielo Chile. 2020 Diciembre; 72(6): p. 579-588.
22. Figueredo Acosta H, Rivero Torres JR, Rivero Toledo CE. Reto neuroquirúrgico actual del cordoma cervical. Revista Cubana de Medicina Militar. 2018; 47(1): p. 88-94.
23. Rosales Torres , Pila Pérez , Pila Peláez. Cordoma sacrococcígeo. Mediciego. 2017; 23(3): p. 24-29.
24. dos Santos Souza MC, Garcia Jaramillo , Silva Borges Md. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Scielo España. 2021 Febrero; 20(61).
25. Lima Xavier ÉdC, Silva Correa Júnior AJ, Costa de Carvalho MM, Reis Lima F, de Santana ME. Diagnóstico de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional. Revista oficial do conselho federal de enfermagem. 2019; 10(3): p. 152-157.
26. Zaniboni Gomes AL, Bense Othero M. Cuidados paliativos. Estudo Avancados. 2016; 30(88): p. 155-166.
27. Achury , Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Scielo Mexico. 2016 Marzo; 13(1): p. 55-60.
28. Observatorio Metodología Enfermera. Patrones funcionales de Marjoeey Gordon. [Online]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480004.pdf>.

29. Rodrigues AB, Cunha GHd, Aquino CBdQ, Rocha SR, Mendes CRS, Firmeza MA, et al. Head and neck cancer: validation of a data collection instrument. *Scielo Brasil*. 2018 Julio-Agosto; 71(4): p. 1899-1906.
30. Herrera Fragoso LR, Hernández Vergel LL, Chaviano Pérez T. Proceso de atención de enfermería el comienzo de la madurez profesional: una mirada desde las enfermedades crónicas. *SciELO Cuba*. 2020 Junio 30; 10(2): p. 76-77.
31. Despaigne Pérez C, Martínez Barrera EL, García Posada A. El proceso de atención de Enfermería como método científico. *Órgano científico estudiantil de Ciencias médicas de Cuba*. 2015; 54(259): p. 91-96.
32. Cárdenas Desales D, Coria Soriano JL, Ramírez Arvizu P. Calidad del cuidado de las personas adultas mayores desde una perspectiva epistemologica y social: programa mantente. *Revista Mexicana de Enfermería*. 2018; 6(3): p. 1-42.
33. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. *Diagnósticos enfermeros Barcelona, España: Elsevier; 2018-2020*.
34. León MX, Santa Cruz JG, Martínez Rojas S, Ibatá Bernal L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2019; 42(1): p. 45-55.
35. López A , Ortiz M , Caballero G , Cruz P PO. Abordaje endonasal endoscópico para neoplasias malignas de la base craneal. *Scielo Chile*. 2016; 54(3): p. 198-206.
36. López A , Ortiz M , Caballero G J, Cruz P PO. Chordoma. *Redalyc*. 2016 Julio-Septiembre; 54(3).
37. Baena Pinazo F, Lopez Suarez R. Cordoma de clivus: vivir en tierra de nadie. *Vivencias de una enfermera y cuidadora familiar. SciELO España*. 2018; 27(4).

ANEXOS

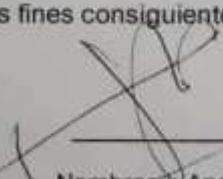
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: G1
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Versión: 01
	INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE Vigente: enero 2018	Páginas: 6
		Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	
Farmacológico/No farmacológico	IMATINIB 400 MG VIA ORAL CADA DIA (INICIO 2018) RADIOTERAPIA SOBRE NASOFARINGE Y BASE DEL CRANEO CON EXTENSION TEMPORAL 20 SESIONES (MAYO 2018) IMATINIB 800 MG VO CADA DIA (HASTA MAYO 2020) SUNITINIB 25 MG VO CADA DIA (INICIO SEPTIEMBRE 2020)
Rehabilitación	-----
Quirúrgico	RESECCION MARGINAL DE MASA TEMPORAL 2018

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO
AMAUROSIS	G45.3	PTOSIS PALPEBRAL TOTAL, CON LIMITACION A LA ADUCCION, SUPRADUCCION E INFRADUCCION
NEUROPATIA CRONICA	G62	LESION INFILTRATIVA QUE CAUSA PATRON PERMEATIVO SELAR- PARASEL DERECHO E INFILTRA EL MARGEN CEREBRAL, CON COMPROMISO DE BASE DEL CRANEO, EN EL SFENOIDES Y ALCANZA LA LAMINA BASILAR. LA ZONA SUPRATENTORIAL.

Todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.


 Nombres y Apellidos
 CC
 Especialidad
 Sello y Código

Dr. A. Wadi Mustafa
 ONCOLOGIA
 P. Libro IE F. 888 6 No. 16
 NPH 17-88-2081-8
 Dr. Wadi
 1715502720



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES

INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE

Vigente: enero 2018

Código: GPPYSF001

Versión: 01

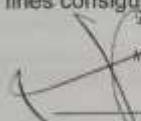
Páginas: 6

Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SÉCUelas PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.


 Dr. Wali Mushtaq
 ONCOLOGIA
 MEP Libro TE Falso 6 No. 18
 INH. 17-08-0381-8

Nombres y Apellidos

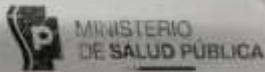
CC

Especialidad

Sello y Código

15558720

NOTA: Para los Certificado de Especialista emitidos por Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentarse en Hoja Membretada con el sello de la Institución.



SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Código: GPPYSF001

DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES

Versión: 01

INFORME MEDICO: CALIFICADOR/
ESPECIALISTA/TRATANTE

Páginas: 6

Vigente: enero 2018

Area/Proceso: Prevención
Primaria y Secundaria

Lugar y Fecha Sucre 9 Septiembre 2020

Se ha procedido a realizar la Evaluación Médica de Mediano Muela Julio Cesar con cédula de identidad (documento que certifique la condición migratoria regular) 1.323.512.82 quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO	CIE-10
Tumor maligno Nasofaringe	C11

CUADRO CLÍNICO

Paciente con diagnóstico de carcinoma de nasofaringeo con invasión a base de cráneo con resección marginal, se realiza terapéutica postquirúrgica evidenciando persistencia tumoral por intento IMATINIB posterior Radioterapia sobre nasofaringe y base del cráneo con extensión temporal 20 sesiones posterior presentar progresión por lo cual se suspende el uso de IMATINIB se decide con apoyo oncológico para iniciar Sintinib no se autorizó por farmacia. Se realiza tratamiento con IMATINIB visible hasta Mayo 2020. Al momento con aparente progreso de enfermedad se recomendará con IMATINIB dosis altas.
KARNOTSKY 80%

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Fecha de inicio de tratamiento	(dd/mm/aa)
Farmacológico/No farmacológico	IMATINIB 400mg VO cada día. Radioterapia sobre nasofaringe y base del cráneo con extensión temporal 20 sesiones.
Rehabilitación	IMATINIB 600mg VO cada día hasta completar
Quirúrgico	Resección Marginal de masa tumoral.

TA: Para los Certificado de Especialista emitidos por Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentar la Membretada con el sello de la Institución.

Lugar y Fecha QUITO 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2020

Se ha procedido a realizar la Evaluación Médica de: JULIO CESAR MEDRANO MUELA con cédula de identidad (documento que certifique la condición migratoria regular) 1723131882 quien registra la siguiente información:

DIAGNÓSTICO	CIE-10
TUMOR MALIGNO DE NASOFARINGE	C11

CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 23 AÑOS, QUIEN FUE INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN EL 2018 DE UN ANGIOFIBROMA JUVENIL MALAR DERECHO. DESDE POSTERIO PRESENTA DISFAGIA, SENSACION DE MASA OROFARÍNGEA, APNEA OBSTRUCTIVA, VALORADO POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, LOS CUALES REALIZAN RINOSCOPIA: SEPTO MEDIAL, CORNETES HIPERTROFICOS MUCOSA CONGESTIVA, OROFARINGE, PROTRUSION DE PARED POSTERIOR FARÍNGEA DE PREDOMINIO IZQUIERDO, DESVIACION DE UVULA A LADO DERECHO. POSTERIOR ES VALORADO POR OFTALMOLOGÍA EN FEBRERO 2018 PTOSIS PALPEBRAL TOTAL, CON LIMITACION A LA ADUCCION, SUPRADUCCION E INFRADUCCION. SE REALIZO TOMOGRAFIA SIMPLE DE CRANEO CON PRESENCIA DE UNA LESION INFILTRATIVA QUE CAUSA PATRÓN PERMEATIVO SELAR- PARASELAR DERECHO E INFILTRA EL MARGEN CEREBRAL, CON COMPROMISO DE LA BASE DEL CRANEO, EN ELESFENOIDES Y ALCANZA LA LÁMINA BASILAR EN LA ZONA SUPRATENTORIAL. SE REALIZA ESTUDIO COMPLEMENTARIO CON RM TC DE CUELLO: PRESENCIA DE UNA LESION OCUPATIVANASOFARÍNGEA CUYO EPICENTRO PROBABLE ES LA AMIGDALA CON UN CRECIMIENTO POSTERO-ANTERIOR REMEDANDO UN PAQUETE ADENOIDEO DE (5CM) Y QUE SE EXTIENDE CON UN PATRÓN SÓLIDO CON ÁREAS DE MENOR ATENUACIÓN. CRUZA LATERALMENTE EN LA ZONA NASAL POSTERIOR Y LLEGA AL BORDE DERECHO DEL SENO ESFENOIDAL INFILTRÁNDOLO, PRODUCIENDO UN PATRÓN PERMEATIVO ESFENOIDAL ÓSEO Y EXTENDIÉNDOSE A LA ZONA PTERIGOIDEA DERECHA, ALCANZA LAS INMEDIACIONES DEL VÉRTICE DE LA ÓRBITA DERECHA, FRAGMENTA EL PISO MEDIO. HAY ADENOPATIAS REGIONALES ALTAS: RINOFARINGE QUE SE EXTIENDE DESDE BASE DE CRANEO ANTERIOR A SENO ESFENOIDAL SIN INVASION ADHERIDO FIRMEAMENTE A FASCIA PREVERTEBRAL SIN INVADIRLA, CONFLUYE CON MUSCULATURA FARÍNGEA ADHERIDA A GRANDES VASOS SIN INVADIRLOS. DIAMETRO FINAL 9X8 CM.

PACIENTE FUE DISCUTIDO EN COMITÉ DE NEURO ONCOLOGÍA Y SE DECIDIÓ INICIAR IMATINIB Y RADIOTERAPIA. INICIO EL TRATAMIENTO *ATINIB DESDE EL MES DE MAYO DE 2018 ADEMÁS RADIOTERAPIA QUE HA RECIBIDO 20 SESIONES

PACIENTE PRESENTA PROGRESION DE PARTES BLANDAS VS SENO MAXILAR DERECHO QUE SE CONFIRMO CON BIOPSIA SIN TRATAMIENTO CON IMATINIB. SE DISCUTIO EN COMITÉ DE ONCOLOGIA PARA INICIAR SUNITINIB, LAMENTABLEMENTE NO FUE AUTORIZADO POR FARMACIA, SE CONTINUA CON IMATINIB CON DOSIS ALTA INICADO ENERO DEL 2020 SIN EMABRGO POR TEMA DE PANDEMIA MEDICACION SOLO SE ADMINISTRA HASTA EL MES DE MAYO, SEGÚN LA TOMOGRAFIA ACTUAL PACIENTE PRESENTA PROGRESION TUMORAL POR LO QUE REQUIERE DE CAMBIO DE TRATAMIENTO A SUNITINIB, SE DISCUTIO CON CIRUJIA D ECABEZA Y CUELLO Y NEUROCIURUGIA EL PACIENTE NO TIENE CRITERIO QUIRURGICO POR LO QUE SE PASA A SEGUNDA LINEA CON SUNITINIB

EXAMNE FISICO: PACIENTE CON ESTRABISMO DIVERGENTE, PARALISIS DEL RECTO INTERNO DE OJO DERECHO, GLASGOW 15/15SE PALPA MASA A NIVEL DE G ENIANA DERECHO MULTILOBULAR DE APROXIMADAMENTE 5X 4 CM, EL TUMOR SE INCIPIA HACIA MUCOSA DE CARRILLO CON INFILTRACION DE DICHA ESTRUCTURA, NO ADENOPATIAS.

SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD CATASTROFICA DE POCA INCIDENCIA CON PROGRESION TUMORAL IMPORTANTE QUE LE HACE IMPOSIBILIDAD DE AMAUROSIS Y REGULARES CONDICIONES GENERALES

KARNOFSKY 70%

Dr. A. Iván Muñiz
ONCOLOGIA
MSP Libro de Faltas No. 11
DH 17-08-2021-0

NOTA: Para los Certificado de Especialista emitidos por Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, se deberá presentar en Hoja Membretada con el sello de la Institución.

SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Quito, 23 de marzo de 2021

CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que el paciente **JULIO CESAR MEDRANO MUELA** con CI. 1723131882 de 23 años de edad con diagnóstico de **CORDOMA DE NASOFARINGE, CIE10-C419.**

Paciente con diagnóstico de cordoma de nasofaringe con invasión a base de cráneo con resección marginal, con persistencia de tumoración en fosa media derecha, imatinib y radioterapia sobre nasofaringe y base de cráneo con extensión temporal en mayo del 2018, 20 sesiones, presentó progresión de partes blandas se discutió en comité de oncología para iniciar sunitinib, mientras tanto continúa con imatinib con dosis alta indicado en enero del 2020, paciente por pandemia solo se administra hasta el mes de mayo 2020, la tomografía de control se evidencio progresión tumoral se cambió de tratamiento a sunitinib, sin criterio quirúrgico por lo que se pasa a segunda línea con sunitinib, presentó toxicidad del producto, se suspendió el mismo y paso a cuidados paliativos

KARNOSFKY 50%

Dr. A. Wali Mushtaq
ONCOLOGÍA
MSF Libro 10-E-HEE-C-8° 18
08-0331-8
ATENTAMENTE,

Dr. Ahmad Wali Mushtaq

LIDER DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA HEEE.

Correo electrónico, wali.mushtaq@hee.gob.ec CI. 1715558720

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
INFORME DE HISTOPATOLOGÍA

CÓDIGO: Q20-0516

PACIENTE: MEDRANO MUELA JULIOCESAR	CÓDIGO INFANTY:	2001090369
EDAD: 22 AÑOS	GÉNERO:	MASCULINO
N° DE CÉDULA: 172131882	N° DE HISTORIA CLÍNICA:	172131882
MÉDICO SOLICITANTE: DR. GARCÍA	SERVICIO DE PROCEDENCIA:	QUIRÚJICA GENERAL
FECHA DE RECEPCIÓN: 09/01/2020	HORA:	10:55
FECHA DE DIAGNÓSTICO: 18/01/2020	HORA:	10:00

TIPO DE ESPÉCIMEN: TUMOR EN REGIÓN MAXILAR DERECHA

INFORMACIÓN CLÍNICA: TUMOR EN REGIÓN MAXILAR DERECHA

A. ESTUDIO MACROSCÓPICO

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA
--------	--------------------------

Q20-0516	Rotula: tumor maxilar derecho Se recibe varios fragmentos irregulares de tejido blando que en conjunto pesan 10g, miden 7x3x1,5cm, además se evidencia dos formaciones nodulares que miden 0,8 y 0,7cm de diámetro mayor. SPPR SC y se rotula A: Tejido blando 4c B: Nódulos 1c Ora. Patricia Velez, 10-01-2020
----------	--

B. CALIDAD DE LA MUESTRA: Satisfactorio Insuficiente Limitada

C. ESTUDIO MICROSCÓPICO:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA
--------	--------------------------

Q20-0516	Fragmentos de neoplasia de zonas focales constituido por cordones, nidos, y cordones de células poligonales con núcleos redondos uniformes y células fusiformes grandes asociada en medio de abundante matriz mucosa y condroide en áreas
----------	---

D. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:

CÓDIGO	SITIO DE ORIGEN
Q20-0516	Tumor de región maxilar derecha

DIAGNÓSTICO
A FAVOR DE CORDOMA EN BSO FAVORIZADO

Nota: - Conviene realizar IHC para confirmar diagnóstico y descartar diagnósticos diferenciales (EMA, CK de amplio espectro, S100, GFAP)

PATÓLOGO RESPONSABLE
SC

Validado por:
Dr. Rosa Pacheco
18/01/2020

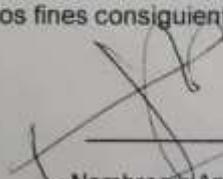
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: G1
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Versión: 01
	INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE	Páginas: 6
	<i>Vigente: enero 2018</i>	Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	
Farmacológico/No farmacológico	IMATINIB 400 MG VIA ORAL CADA DIA (INICIO 2018) RADIODOTERAPIA SOBRE NASOFARINGE Y BASE DEL CRANEO CON EXTENSION TEMPORAL 20 SESIONES (MAYO 2018) IMATINIB 600 MG VO CADA DIA (HASTA MAYO 2020) SUNITINIB 25 MG VO CADA DIA (INICIO SEPTIEMBRE 2020)
Rehabilitación	-----
Quirúrgico	RESECCION MARGINAL DE MASA TEMPORAL 2018

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO
AMAUIROSIS	G45.3	PTOSIS PALPEBRAL TOTAL, CON LIMITACION A LA ADUCCION, SUPRADUCCION E INFRADUCCION
NEUROPATIA CRONICA	G62	LESION INFILTRATIVA QUE CAUSA PATRON PERMEATIVO SELAR- PARASEL DERECHO E INFILTRA EL MARGEN CEREBRAL CON COMPROMISO DE BASE DEL CRANEO, EN EL SENOIDES Y ALCANZA LA LAMINA BASILAR, LA ZONA SUPRATENTORIAL.

Todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.


Dr. A. Wadi Muarfiyah
 ONCOLOGIA
 SSP Libro IE Form B No. 1E
 N° 17-08-0381-4
 Dr. Wadi
 17555270.
 Nombres y Apellidos
 CC
 Especialidad
 Sello y Código

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER



NÚCLEO DE QUITO

Av. Eloy Alfaro 5394 y Los Pinos
(02) 2419775 / 2419776 / 2429778 / 2419780
Casilla: 17-11-4965 C.C.L.

Quito, 08 de agosto del 2018

INFORME MÉDICO

PACIENTE: MEDRANO MUELA JULIO CESAR
H.C: 242200

Paciente de 20 años, remitido del Hospital "Eugenio Espejo", con Diagnóstico de Cordoma de Nasofaringe, enviado a nuestra institución para tratamiento de radioterapia.

RESUMEN DE RADIOTERAPIA:

DIAGNOSTICO:	CORDOMA DE NASOFARINGE
EQUIPO UTILIZADO:	ACELERADOR LINEAL CLINAC 3
TIPO DE ENERGIA:	6MV
FECHA DE INICIO:	25 DE JUNIO DEL 2018
FECHA DE FINALIZACION:	08 DE AGOSTO DEL 2018
VOLUMENES TRATADOS Y DOSIS:	RT 60GY CAMPO LOCALIZADO CON FRACCIONAMIENTO DE 2 GY AL DIA
NUMERO DE FRACCIONES:	30
TÉCNICA:	IMRT V-MAT
GRADO DE TOXICIDAD:	RADIODERMITIS GI-II MUCOSITIS GI

Se envía el presente informe a su médico tratante del Hospital "Eugenio Espejo", para que continúe sus controles.

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Dra. Cristina Nuñez
ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
MSP: Libro 1°O" Folio 4 N° 11

Dra. Cristina Nuñez Silva
ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA
MSP: Libro 1°O" Folio 4 N°11



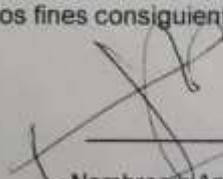
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	SUBSECRETARÍA NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Código: G1
	DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES	Versión: 01
	INFORME MEDICO: CALIFICADOR/ ESPECIALISTA/TRATANTE <i>Vigente: enero 2018</i>	Páginas: 6
		Área/Proceso: Prevención Primaria y Secundaria.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS	
Fecha de inicio de tratamiento	
Farmacológico/No farmacológico	IMATINIB 400 MG VIA ORAL CADA DIA (INICIO 2018) RADIODOTERAPIA SOBRE NASOFARINGE Y BASE DEL CRANEO CON EXTENSION TEMPORAL 20 SESIONES (MAYO 2018) IMATINIB 600 MG VO CADA DIA (HASTA MAYO 2020) SUNITINIB 25 MG VO CADA DIA (INICIO SEPTIEMBRE 2020)
Rehabilitación	-----
Quirúrgico	RESECCION MARGINAL DE MASA TEMPORAL 2018

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas permanentes e irreversibles:

SECUELAS PERMANENTES E IRREVERSIBLES	CIE-10	CUADRO CLÍNICO
AMAUIROSIS	G45.3	PTOSIS PALPEBRAL TOTAL, CON LIMITACION A LA ADUCCION, SUPRADUCCION E INFRADUCCION
NEUROPATIA CRONICA	G62	LESION INFILTRATIVA QUE CAUSA PATRON PERMEATIVO SELAR. PARASEL DERECHO E INFILTRA EL MARGEN CEREBRAL CON COMPROMISO DE BASE DEL CRANEO, EN EL SENOIDES Y ALCANZA LA LAMINA BASILAR. LA ZONA SUPRATENTORIAL.

Todo lo que puedo certificar para los fines consiguientes.


 Dr. A. Wadi Muarfinah
 ONCOLOGIA
 MSP Libro IE Form B No. 1E
 N° 17.48.0361.4
 Nombres y Apellidos
 CC
 Especialidad
 Sello y Código
 Dr. Wadi
 17555270.



HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL" PASAJE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	UNIDAD OPERATIVA IMUR	CIEC. IRI 024	COB. LOCALIZACIÓN 08 09 07	NUMERO DE HISTORIA CLINICA 137153
---------------------------------------	---------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	---

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

APELLIDO PATERNO Medrano	APELLIDO MATERNO Alcorta	PRIMER NOMBRE Julio	SEGUNDO NOMBRE Loeuv	Nº CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN 172313182
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (CALLE Y Nº) MARILIANA Y COLA Ampliación y Clave Uca		CANTÓN Ofra	PROVINCIA Esmeraldas	Nº TELÉFONO 0979587484
FECHA DE NACIMIENTO 26/1/1973	LUGAR DE NACIMIENTO Quito	NACIONALIDAD (PAÍS) Ecuador	GRUPO SANGUÍNEO B	ESTADO CIVIL soltero
FECHA DE ADMISIÓN 23/04/2021	RECEPCIÓN Quito	EMPRESA O SOCIEDAD TRABAJADA	FECHA DE SEGURO DE SALUD 23/04/2021	REVISIÓN DE 23/04/2021
PRELIMINAR NOMBRE FAMILIAR Julio Loeuv Medrano		PRELIMINAR APELLIDO Alcorta	DIRECCIÓN Ampliación y Clave Uca	
FECHA DE LLEGADA		PUNTO DE ATENCIÓN Quito	INSTITUCIÓN Y PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE 0979587484	

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

EDAD 48	SEXO M	CAUSA CLÍNICA <input type="checkbox"/>	CAUSA QUÍMICA <input checked="" type="checkbox"/>	CAUSA MECÁNICA <input type="checkbox"/>	CAUSA TÉRMICA <input type="checkbox"/>	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH
-------------------	------------------	---	--	--	---	-----------------------------

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

TIPO Y LUGAR DEL SUCCESO	LUGAR DEL SUCCESO	DIRECCIÓN DEL SUCCESO	CATEGORÍA POLICIAL				
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	CASA	OCORRIDA	INDUSTRIA	PROLAPSO	ESQUELETO	APLASTAMIENTO	OTRO ACCIDENTE
VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	ABUSO FÍSICO	ABUSO PSICOLÓGICO	ABUSO SEXUAL	OTRA VIOLENCIA
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	INTOXICACIÓN FÁRMACOS	INTOXICACIÓN FÁRMACOS	OTRO INTOXICACIÓN	ENVENENAMIENTO	QUEMADURA	OTRO

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALÉRGICO	2. CLÍNICO	3. QUIRÚRGICO	4. TRAUMÁTICO	5. SINDRÓMICO	6. FARMACOLÓGICO	7. PROLAPSO	8. OTRO
<p><i>Alérgico: Tumor pituitario anterior, tumor somato tropo posterior, psicosis, diabetes, cirugía, de ojos, 4 años</i></p>							

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

Presente que tiene epicondilitis 5 meses y fue por un golpe en la mano, además de tener un dolor en la mano por lo que cada vez que se levanta se le duele por lo que se le hizo una inyección.

glota: para para también patentes

TRABAJO EN EQUIPO

En el Eugenio Espejo se realiza exitosa translocación facial por un raro tumor

El procedimiento no dejó consecuencias neurológicas ya que no invadió el cerebro.

Lunes, 16 de abril de 2018, a las 17:24



Cristina Coello. Quito

El grupo de cirugía de base de cráneo del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (HEE) ha realizado la primera translocación facial, a un paciente de 20 años con un tumor muy raro de 15 centímetros.

Laura Bottanni, líder del servicio de Neurocirugía y **Cristhian García**, cirujano de Cabeza y Cuello, extirparon un 'cordoma del clivus', en una cirugía de aproximadamente 8 horas, han comentado con REDACCIÓN MÉDICA.

"Hay tumores que se encuentran en la base del cráneo, pero se extienden hacia la parte extracraneal. Algunos tan grandes que no pueden ser abordados por una sola especialidad, entonces **se potencian las habilidades** para hacer el abordaje de un tumor considerado poco frecuente y muy raro", ha señalado García.

El procedimiento consistió en **retirar el macizo facial (rostro)**, que fue trasladado a los lados (translocación facial) para poder sacar todo el tumor.

A decir de los especialistas, el paciente ya **se recupera satisfactoriamente**, puede hablar, comer y respirar normalmente.

La masa extirpada no es maligna, pero por su **origen embriológico** el tumor crece constantemente, de allí la importancia de retirarlo, ha insistido el cirujano de Cuello y Cabeza.



Ministerio de Salud Pública
Hospital Básico San Vicente de Paúl
Dirección

Oficio Nro. MSP-CZ7-HB-SVP-2021-0057-O

Pasaje, 16 de julio de 2021

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DE ANALISIS DE CASOS DAVILA -LOPEZ

Licenciada
Sara Margarita Saraguro Salinas
Coordinadora Carrera Enfermería
UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo de quienes conformamos el Hospital San Vicente de Paúl

En respuesta a oficio S/N, mediante la cual solicitan se brinden las facilidades para que realice su análisis de caso investigativo en esta casa de salud, esta dirección AUTORIZA el acceso a la información para que recopilen los datos necesaria para su proyecto de asignatura.

Sin ningun otro particular

Con estima y consideracion

Atentamente,




Mgs. Zolía Astudillo Larreategui Cueva
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL (E)

Referencias:
- MSP-CZ7-HB-SVP-2021-0097-E

Anexos:
- solicitud_oficio_umach_estudio_de_caso_davila-lopez044.pdf

Dirección: Av. Quito y Sucre. Código Postal: 070104 / Pasaje Ecuador
Teléfono: 593-7-2916-044 - www.salud.gob.ec

* Documento generado por Gabasa

 **Gobierno** | Juntos lo logramos
del Encuentro 1/1