

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN DERMATOFIBROSARCOMA SEGÚN EL MODELO "AREA" Y "DREOM"

NURSING CARE FOR DERMATOFIBROSARCOMA ACCORDING TO THE "AREA" AND "DREOM" MODELS

Autora:  Sara Vázquez-Rumbo

RN, MSc. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Contacto: svrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 12/06/2022
Fecha de aceptación: 30/08/2022

Vázquez-Rumbo S. Cuidados de enfermería ante un dermatofibrosarcoma según el modelo AREA y DREOM. *Enferm Dermatol.* 2022; 16(46): e01-e10. DOI: 10.5281/zenodo.7047419

RESUMEN:

Objetivo: Llevar a cabo una valoración integral y plan de cuidados de enfermería ante un tumor cutáneo (Dermatofibrosarcoma Protuberans) según el modelo AREA y DREOM.

Métodos: Revisión clínica del tumor cutáneo a estudio y exposición pedagógica de un caso mediante la valoración de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, elaboración del plan de cuidados según taxonomía NANDA-NOC-NIC, aplicación del modelo AREA en la selección de diagnósticos y modelo DREOM en la identificación de resultados e intervenciones. Se utilizaron diferentes escalas validadas para apoyar la valoración objetiva.

Resultados: El Dermatofibrosarcoma Protuberans es un sarcoma cutáneo de baja incidencia, pero con alto índice de recidivas. Este tumor tiene una importante capacidad de infiltración local que puede afectar al tejido subcutáneo y tegumentario, por lo que el tratamiento recomendado es la extirpación completa o resección. Los cuidados de la herida quirúrgica postoperatoria tras la exéresis del tumor, sus secuelas, así como el abordaje biopsicosocial, son temas de estudio que la literatura no aborda en profundidad. En el caso planteado se identificaron inicialmente 10 diagnósticos NANDA-I, priorizando 3 de ellos según el modelo AREA, en relación con los problemas de movilidad, autopercepción y lesión tisular. El plan de cuidados valora 8 resultados NOC y aplica 13 intervenciones NIC, según el modelo DREOM.

Conclusiones: El pronóstico del Dermatofibrosarcoma Protuberans tras el tratamiento quirúrgico es bueno; sin embargo, hay casos con afectación ganglionar o metástasis a distancia que merman la calidad de vida del paciente por las graves secuelas. La aplicación de los modelos AREA y DREOM es una metodología estandarizada que permite identificar las mejores pautas de actuación enfermera (cuidados), mediante una realidad cotidiana en pacientes sometidos a tumores cutáneos que, tras una intervención quirúrgica agresiva,

presentan múltiples problemas de afectación a nivel biopsicosocial. Creemos que los resultados obtenidos pueden ser una valiosa información que logre servir de base para realizar aprendizaje pedagógico y formular hipótesis de estudios de investigación que permitan profundizar en este problema de salud.

Palabras clave: Dermatofibrosarcoma Protuberans, Cuidados enfermería, Tumor cutáneo, Plan de cuidados.

ABSTRACT:

Objective: To teach how to perform a comprehensive assessment and nursing care plan for a skin tumor (Dermatofibrosarcoma Protuberans) according to the AREA and DREOM model.

Methods: Clinical review of the skin tumor under study and pedagogical presentation of a case. Holistic assessment using Marjory Gordon's 11 Functional Patterns, elaboration of the care plan according to NANDA-NOC-NIC taxonomy, application of the AREA model in the selection of diagnoses and DREOM model in the identification of outcomes and interventions. Different validated scales were used to support the objective assessment.

Results: Dermatofibrosarcoma Protuberans is a cutaneous sarcoma of low incidence, but with a high rate of recurrence. This tumor has an important capacity for local infiltration that can affect the subcutaneous and integumentary tissue, so the recommended treatment is complete excision or resection. The care of the postoperative surgical wound after tumor excision, its sequelae, as well as the biopsychosocial approach, are topics of study that the literature does not address in depth. In this case, 10 NANDA-I diagnoses were initially identified, prioritizing 3 of them according to the AREA model, in relation to problems of mobility, self-perception and tissue injury. The care plan assesses 8 NOC outcomes and applies 13 NIC interventions, according to the DREOM model.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Conclusions: The prognosis of Dermatofibrosarcoma Protuberans after surgical treatment is good; however, there are cases with lymph node involvement or distant metastases that impair the patient's quality of life due to severe sequelae. The application of the AREA and DREOM models is a standardized methodology that allows us to identify the best nursing action guidelines (care), through a daily reality in patients with skin tumors who, after an aggressive surgical intervention, present multiple problems of biopsychosocial affectation. We believe that the results obtained can be valuable information that can serve as a basis for pedagogical learning and the formulation of hypotheses for research studies that will make it possible to study this health problem in greater depth.

Keywords: Dermatofibrosarcoma Protuberans, Nursing care, cutaneous tumor, Care plan.

INTRODUCCIÓN:

Revisión clínica del dermatofibrosarcoma

Los sarcomas constituyen un grupo amplio y heterogéneo de tumores poco comunes. Representan el 1% de todos los cánceres y suponen el 2% de la mortalidad total relacionada con dicha enfermedad. La supervivencia depende del momento en que se diagnostique el sarcoma.

En los sarcomas de partes blandas (SPB), la supervivencia global a 5 años oscila desde el 15% para pacientes con recidiva metastásica, hasta el 90% para la enfermedad localizada; tanto en los Estados Unidos como en la Unión Europea (1,2).

La heterogeneidad de los sarcomas constituye un reto, dado que el número de pacientes con cada cuadro clínico es extremadamente bajo, y los subtipos tienen pronósticos, funciones, características y demandas ante el sistema sanitario muy diferentes. Debido a su rareza, la experiencia sobre el diagnóstico o tratamiento suele ser escasa o ninguna, lo que a menudo provoca retraso en el diagnóstico o juicios incorrectos; teniendo un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Por ello, el manejo del sarcoma es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, fundamental para asegurar que todas sus necesidades se satisfacen a lo largo del tiempo (2).

Dentro de los sarcomas, el SPB es el más frecuente, representando el 80%. La clasificación de los SPB de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que contempla más de 100 subtipos histológicos, está basada en el posible origen tisular de las diferentes variedades que presenta. Entre los más relevantes a nivel cutáneo se encuentra el Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) (1).

El DFSP fue descrito por primera vez en 1890 por Sherwell y Taylor como un tumor sarcomatoso de tipo queiloide. Posteriormente, en 1924. Darier y Ferrand lo designan como un dermatofibrosarcoma recurrente y progresivo. Un año

después, basándose en la tendencia del tumor a desarrollar nódulos protuberantes es cuando Hoffman lo denomina DFSP (3).

Actualmente, el DFSP se clasifica según la OMS, dentro de los tumores cutáneos fibrosos, fibrohistiocíticos o histiocíticos y según Weiss y Goldblum (4,5), en su tratado de tumores de partes blandas, dentro de la clasificación de los tumores fibrohistiocíticos de malignidad intermedia (Tabla I).

Tumores fibrohistiocíticos benignos <ul style="list-style-type: none">-Histiocitoma fibroso benigno y sus variantes-Histiocitoma fibroso atípico-Xantogranuloma juvenil-Reticulohistiocitoma solitario-Reticulohistiocitosis multicéntrica-Xantoma
Tumores fibrohistiocíticos de malignidad intermedia <ul style="list-style-type: none">-Dermatofibrosarcoma protuberans-Tumor de Bednar-Fibroblastoma de células gigantes-Histiocitoma fibroso angiomatoide-Tumor fibrohistiocítico plexiforme-Tumor de células gigantes de partes blandas de bajo potencial de malignidad
Tumores fibrohistiocíticos malignos <ul style="list-style-type: none">-Fibroxiantoma atípico o Sarcoma pleomórfico indiferenciado de la piel-Histiocitoma fibroso maligno o sarcoma pleomórfico indiferenciado-Variedad esteriforme-pleomórfica-Variedad mixoide-Variedad de células gigantes-Variedad inflamatoria

Tabla I: Clasificación de tumores fibrohistiocíticos de Weiss y Goldblum(4).

El DFSP suele ser considerado un tumor cutáneo exclusivo, que por sus características histológicas o por su localización anatómica, se comporta de una manera muy atípica en relación con el resto de sarcomas y por lo tanto no se emplea en ellos el sistema de estadificación general para el correcto manejo de cada caso. El grado histológico suele ser el sistema aceptado y reconocido para prever el comportamiento y asignar un pronóstico, el cual se clasifica dentro de los sarcomas de bajo grado histológico (Grado I) (4,6).

El DFSP no tiene un factor de riesgo bien establecido y su etiología es desconocida (4). Pack y Tabah en 1951 describieron una de las primeras series de casos, proponiendo como factor etiológico el antecedente de traumatismo local en la zona del tumor (7). Posteriormente Taylor y Helwig en 1962 también coinciden en identificar el origen traumático o herida local en sus casos de DFSP (8). Este antecedente traumático que oscila del 10% al 20% de los casos podría desencadenar la aparición del tumor o estar asociado a otros factores todavía no identificados (4). También se han descrito varios casos asociados a niveles altos de progesterona en mujeres embarazadas y se ha intentado relacionar este hallazgo con una posible etiología hormonal, pero sin resultados concluyentes hasta ahora (9,10).

Epidemiológicamente, es un tumor poco frecuente. Su incidencia se ha calculado entre 0,8 y 5 casos por millón de habitantes/año. Aunque el DFSP aparece en todas las etnias,

es de mayor frecuencia en la etnia negra. En cuanto a sexos, parece existir una igual distribución entre hombres y mujeres. La edad de mayor incidencia se encuentra entre los 30 y los 50 años, aunque pueden aparecer a cualquier edad ⁽⁴⁾.

La localización más frecuente es el tronco, aproximadamente entre el 40% al 80% de los casos, sobre todo en la cintura escapular y la espalda. La segunda localización más frecuente son los miembros, viéndose afectados en un 20% - 30% de los casos sobre todo en la parte proximal. La cabeza y el cuello se ven afectados en el 10%-15% de los casos y cuando esto ocurre suelen aparecer de manera característica en el cuero cabelludo y en la zona supraclavicular. Se han descrito casos de localización excepcional como la vulva, la planta del pie y la cavidad oral ⁽⁴⁾.

El DFSP comprende el 5% de todos los sarcomas y aproximadamente el 80-90% son de grado bajo. Respecto a la metástasis, menos del 5% dan lugar a ello, pero las recaídas locales son muy frecuentes. Su crecimiento es lento y generalmente indoloro, lo que conlleva a que en promedio el diagnóstico se haga 10 años después de que aparezcan las primeras manifestaciones. Su forma clásica consiste en un tumor de color piel, rosado, pardo o violáceo, de consistencia firme; no obstante, la clínica es heterogénea y el tumor puede cambiar con el tiempo de evolución (**Figura 1**). Normalmente suele tener un tamaño de 2 a 5 cm de diámetro, aunque se han descrito casos gigantes de un tamaño superior a 20 cm ^(1,3,11,12).



Imagen 1: Dermatofibrosarcoma Protuberans en hueco poplíteo de la pierna izquierda (Fuente propia).

El diagnóstico clínico requiere un alto índice de sospecha, ya que el DFSP puede ser confundido con neurofibroma, leiomioma, melanoma, carcinoma basocelular morfeiforme, queiloide, sarcoma de Kaposi, fibrosarcoma, dermatofibroma, quiste, angioma, lipoma, morfea, atrofodermia, lipoatrofia, anetodermia y fibroma laxo, entre otras; siendo imprescindible el realizar una biopsia que incluya tejido celular subcutáneo para su diagnóstico ⁽¹¹⁾.

Ante la sospecha histológica de un DFSP es recomendable realizar un estudio inmunohistoquímico, siendo el hallazgo más característico la positividad para el anticuerpo CD34; también útil tras la cirugía para asegurar que los márgenes de extirpación están libres de tumoración ^(1,11). Como prueba complementaria, la prueba de imagen recomendada es la

resonancia magnética (RM), indicada para estudiar partes blandas y la que mayor información puede aportar, aunque en ningún caso debe emplearse como prueba diagnóstica sino para evaluar la localización y la extensión del tumor ^(4,14).

El DFSP es un tumor con una importante capacidad de infiltración local que puede llegar a afectar al tejido subcutáneo y tegumentario (plano muscular e incluso el hueso), sin embargo, tiene una baja tendencia a desarrollar metástasis, por lo tanto, la extirpación quirúrgica completa del tumor es el tratamiento de elección. Su modo de crecimiento, mediante proyecciones digitiformes en forma de tentáculos radiales, lo convierte en un tumor muy asimétrico, cuya extensión subclínica puede llegar a gran distancia del centro del tumor, característica que suele pasar desapercibida incluso en un estudio histológico convencional por asemejarse al tejido conectivo fibroso; hecho que puede ser la causa de recidivas o recidivas tras una correcta resección ^(4,15).

Descartados los tratamientos farmacológicos y la radioterapia por su baja efectividad para la curación completa del tumor; el tratamiento recomendado es la extirpación completa o resección, bien sea mediante la cirugía convencional (CCV) con márgenes amplios o la cirugía micrográfica de Mohs (CMM). Ante el uso de la CCV se recomienda tomar un margen de resección de 2-3 cm llegando en profundidad hasta la fascia, procedimiento acompañado de un procesamiento histológico en "tajadas de pan" en el que se evalúa menos del 1% del margen de sección. En el caso de la CMM, es una técnica quirúrgico-patológica minuciosa que busca retirar el tumor por etapas hasta alcanzar márgenes libres al examinar el 100% de los bordes de sección. En la actualidad, se recomienda que siempre que sea posible se lleve a cabo la CMM (nivel de evidencia 1B), dado su menor porcentaje de recurrencia, además de la disminución del defecto resultante tras la cirugía ^(1,11).

El pronóstico, tras el tratamiento quirúrgico adecuado garantiza la resolución del tumor en la mayoría de los casos. Sin embargo, es posible encontrar algunos casos de difícil manejo por invasión del tumor del plano muscular, o por la existencia de recidivas locales o incluso, casos con afectación ganglionar o metástasis a distancia que pueden comorbilidades e incluso la muerte del paciente ^(4,16,17).

Así mismo, en la literatura se constatan numerosos casos clínicos ^(16,17) de DFSP excepcionales y amplias series de casos de éxito sobre la técnica quirúrgica y su pronóstico. Sin embargo, no existen o son pocos los estudios que refieran un avance en el conocimiento de la ciencia de enfermería en lo referente a las complicaciones de la cicatrización, los cuidados de la herida quirúrgica postoperatoria tras la exéresis del tumor; así como el abordaje biopsicosocial del paciente en los casos en los que suele haber una mutilación o desfiguración anatómica y/o secuelas (eventos adversos) como por ejemplo el linfedema; lo que lleva asociado una afectación de la calidad de vida que es necesario estudiar y tratar.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Por todo ello, planteamos llevar a cabo la revisión clínica y exposición de un caso basado en un plan de cuidados individualizado e integral, que tenga en cuenta las respuestas humanas, las manifestaciones del sujeto, las acciones, los sentimientos, las creencias y la posibilidad de control que posee respecto a sus propias capacidades; tras someterse a una operación quirúrgica para extirpar un DFPS, con resultado de herida quirúrgica que precisa de cicatrización por segunda intención y valoración de la calidad de vida del paciente por presentar secuelas y/o limitación potencial de la movilidad.

METODOLOGÍA:

Tras la una revisión clínica de la literatura de los tipos de sarcomas cutáneos en bases primarias y secundarias (PubMed, Scopus y UpToDate) y en concreto, conocer el diagnóstico, histopatología, clasificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del DFPS; se procedió a exponer un caso tipo y realizar la valoración integral e individualizada siguiendo los Patrones Funcionales de M. Gordon para luego diseñar y elaborar el plan de cuidados de enfermería según la taxonomía NNN.

Procedimiento y métodos:

El caso clínico tipo (pedagógico) que sirvió de base para llevar a cabo la valoración y plan de cuidados fue el siguiente:

Mujer de 45 años que acude a consulta de Dermatología derivada desde atención primaria para estudio diagnóstico de oncodistrofia 1º dedo pie derecho secundario a infección fúngica. Durante la exploración se observa una lesión tumoral de aproximadamente 2 cm de tamaño, infiltrada, sin palpación de adenopatías locoregionales, en el hueco poplíteo del miembro inferior izquierdo (MII), compatible con diagnóstico de DFSP (Figura 1).

Se confirma el diagnóstico tras biopsia cutánea (punch) por anatomía patológica. Es remitida a la consulta de Cirugía Plástica con carácter preferente para la valoración y toma de decisión terapéutica. Se programa intervención quirúrgica de exéresis + cobertura con injerto de matriz dérmica (Integra®). Posteriormente, se realiza una segunda intervención para autoinjerto con piel parcial no mallada, procedente de la cara lateral del muslo izquierdo. El estudio histopatológico diferido confirmó el diagnóstico de DFSP, con márgenes libres de lesión ni invasión linfovascular.

Tras alta hospitalaria continua seguimiento y revisión en la consulta externa de Cirugía Plástica, así como, se pautan curas ambulatorias en su Centro de Salud. Las recomendaciones y tratamiento a seguir fueron: Pierna intervenida elevada en reposo. Deambular sin doblar la rodilla. Posibilidad de apoyo utilizando muletas. Control por su médico de Atención Primaria. Realizar curas con povidona yodada + malla de baja adherencia (Linitul®) en hueco poplíteo. Realizar curas en zona donante con povidona yodada líquida, malla de baja

adherencia (Mepitel®) y vendaje elástico. En el caso de complicaciones, paracetamol 1 gramo cada 8 horas si dolor y acudir al Servicio de Urgencias. Enoxaparina sódica (Clexane®) 40 mg una inyección subcutánea cada 24 horas.

Posteriormente, ante una secuela de linfedema, desde las consultas externas de Cirugía Plástica se prescribe una media hasta la cintura con compresión y elasticidad adecuada, hecha a medida para la pierna intervenida; y es remitida a la consulta de Rehabilitación para su valoración. El diagnóstico resultante fue de linfedema grado II estadio I en MII, secundario a intervención por DFSP en hueco poplíteo izquierdo, pautándosele tratamiento de rehabilitación en la Clínica del Linfedema, realizándose un total de 18 sesiones. En la actualidad, la paciente se encuentra en seguimiento por las consultas de Dermatología y Rehabilitación, así como por Cirugía Plástica.

Para llevar a cabo un correcto plan de cuidados, se hace necesario realizar un correcto juicio clínico y razonamiento enfermero. En nuestro caso se ha optado por utilizar el modelo de Patrones Funcionales (MPF) de Marjory Gordon, el cual tiene en cuenta 11 patrones que dimensionan las necesidades humanas ⁽²⁰⁾.

De forma complementaria, también se han incluido en la valoración objetiva del caso, diferentes escalas psicométricas, previamente validadas, para obtener resultados más fiables que nos permitan medir y corroborar, si la paciente presenta alteración biopsicosocial identificadas o no a través de la valoración del MPF.

Las escalas empleadas fueron:

Índice de Barthel (IB) ⁽²¹⁾: esta escala permite obtener una medida de la discapacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con demostrada validez y fiabilidad. Su aplicación e interpretación es sencilla, siendo recomendable su uso de forma rutinaria. Las ABVD incluidas en el índice original de la escala son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso de retrete, bañarse/ducharse, desplazarse por superficies lisas en silla de ruedas, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Una vez valoradas las ABVD, la puntuación puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

EuroQol-5D (EQ-5D) ⁽²²⁾: instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); resulta especialmente útil para su aplicación en atención primaria dado que su administración rápida y sencilla es uno de sus puntos fuertes, ya que probablemente repercute positivamente en la cantidad y calidad de los datos recogidos, siendo menor el número de respuestas perdidas o equivocadas. En el EQ-5D es el propio paciente el que valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad, mediante un sistema descriptivo que contiene cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión;

cada una de ellas con tres niveles de gravedad. Con ello obtenemos un número de estado de salud con el cual, tras aplicar los coeficientes, resulta un índice que oscila entre 0 (muerte) y 1 (mejor estado de salud). Luego realiza una evaluación más general usando una escala visual analógica (EVA).

Lymphoedema Quality Of Life (LYMQOL) ⁽²³⁾: se trata de una herramienta que permite evaluar la calidad de vida en pacientes que presentan linfedema en alguna de sus extremidades, con la particularidad de contar con cuestionarios diferenciados para miembro superior y miembro inferior. Las preguntas que se realizan en él abarcan síntomas, imagen corporal/apariencia, función y estado de ánimo; así como una autovaloración por parte del paciente de su calidad de vida general.

Una vez identificados los patrones funcionales alterados en la paciente del caso clínico, y obtenidos los resultados de las diferentes escalas, se seleccionaron todos los diagnósticos de enfermería (DdE) pertinentes, correlacionando el patrón funcional alterado con la necesidad y el dominio de cuidados según la clasificación taxonómica de la NANDA Internacional (NANDA-I) ⁽²⁴⁾. Para ello se usó la base de datos de DdE de acceso online NNNConsult (Elsevier Inc.) ⁽²⁵⁾.

La aparición o identificación de un gran número de problemas crea una situación compleja; difícil si pretendemos abordar y resolver todos a un tiempo. Es necesario clarificar o cribar los DdE para hacer operativo nuestro trabajo en el terreno clínico. Una vez seleccionados los NANDA-I se procedió a realizar un filtrado para identificar los más significativos, utilizando para ello, la metodología del modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA), ideado por el Dr. Pesut en 2004 y avalado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) ^(26,27). La aplicación de este modelo nos proporciona una estructura para el razonamiento clínico, incluyendo los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera, además de facilitar una estructura visual de la situación.

Además de los DdE de NANDA-I, el plan de cuidados incluye los resultados de salud NOC y las intervenciones de enfermería NIC. La selección de las intervenciones y sus resultados se realizó aplicando el modelo DREOM, el cual tiene en cuenta los datos clínicos que confirman el Diagnóstico, los Resultados a alcanzar, la Efectividad conocida de la intervención, la Opción escogida por el paciente y los Medios disponibles ⁽²⁸⁾. Este modelo facilita el juicio terapéutico en base a los resultados esperados. Para la búsqueda de los NOC y NIC, también fue utilizada la base de datos de acceso online NNNConsult (Elsevier Inc.) ⁽²⁵⁾.

RESULTADOS:

Tras la valoración de enfermería del caso clínico se observó objetivamente que el patrón 2 (nutrición/metabólico), el 4 (actividad-ejercicio), el 5 (sueño-descanso), el 7 (autopercepción-auto concepto) y 10 (adaptación-tolerancia al estrés) son

disfuncionales (**Tabla II**); por lo que se enfocaron las intervenciones en ellos.

PATRÓN FUNCIONAL	DATOS DEL CASO
Patrón 1: percepción-manejo de salud	Pautadas actividades para mantenimiento y prevención.
Patrón 2: nutricional-metabólico	Herida quirúrgica/injerto cutáneo en mii con tendencia a la cicatrización por segunda intención.
Patrón 3: eliminación	No tiene drenajes, sondas...etc.
Patrón 4: actividad-ejercicio	Limitación de la actividad física actual (inmovilizada). Actividades de recreo limitadas. Capacidad para mayoría de tareas básicas: necesita ayuda/es dependiente. Marcha afectada: necesita ayuda y uso de dispositivo.
Patrón 5: sueño-descanso	Riesgo potencial de cambios del patrón de sueño por dolor, postura... etc.
Patrón 6: cognitivo-conceptual	Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.
Patrón 7: autopercepción-autoconcepto	Los cambios sufridos en su cuerpo son un problema.
Patrón 8: rol-relaciones	Sin datos para valorar (pendiente de entrevista personal).
Patrón 9: sexualidad-reproducción	Sin datos para valorar (pendiente de entrevista personal)
Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés	Gran cambio la pérdida de movilidad e independencia por la cirugía.
Patrón 11: valores-creencias	Sin datos para valorar (pendiente de entrevista personal).

Tabla II: Valoración de los 11 patrones según Marjory Gordon.

Para la cumplimentación de los cuestionarios, se tuvo en cuenta la simulación del caso en base a los patrones disfuncionales, de esta forma, el resultado obtenido en el IB fue de 50 puntos, situándose en un grado de dependencia severa. Son en las ABVD de bañarse / ducharse, desplazarse y subir / bajar escaleras donde existe dependencia, mientras que para las restantes actividades precisa de ayuda parcial.

El resultado del EQ-5D, se sitúa en una estado intermedio o normal, y en la LYMQOL, los cuatro dominios se han visto afectados de forma importante a causa del linfedema, siendo la previsión de 5-6 sobre 10 la puntuación de la calidad de vida general.

Comparando los datos recogidos mediante la valoración y las tres escalas utilizadas, los problemas principales que se identificaron para la elaboración del plan de cuidados fueron:

- La movilidad: presenta dificultad para el desplazamiento y el cuidado personal como bañarse/ducharse.
- La autopercepción-autoconcepto: Los cambios sufridos en su cuerpo son un problema real /potencial.
- La lesión cutánea: herida postquirúrgica cuya cicatriz afectará estéticamente a la paciente, además de la secuela del linfedema.

Los diagnósticos NANDA-I identificados se recogen en la **Tabla III**.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

PATRÓN	NECESIDAD	DOMINIO	NANDA-I
Nutricional-Metabólico	Higiene / Piel	Seguridad / Protección	00044 Deterioro de la integridad tisular
Actividad-Ejercicio	Moverse	Actividad / Reposo	00085 Deterioro de la movilidad física
Actividad-Ejercicio	Moverse	Actividad / Reposo	00088 Deterioro de la ambulación
Actividad-Ejercicio	Moverse	Actividad / Reposo	00092 Intolerancia a la actividad
Actividad-Ejercicio	Higiene / Piel	Actividad / Reposo	00108 Déficit de autocuidado en el baño
Actividad-Ejercicio	Respirar normalmente	Seguridad / Protección	00100 Retraso en la recuperación quirúrgica
Actividad-Ejercicio	Respirar normalmente	Seguridad / Protección	00268 Riesgo de tromboembolismo venoso
Sueño-Reposo	Reposo / Sueño	Actividad / Reposo	00198 Trastorno del patrón del sueño
Autopercepción- Auto-concepto	Trabajar / Realizarse	Autopercepción	00118 Trastorno de la imagen corporal
Afrontamiento-Tolerancia del estrés	Evitar peligros / Seguridad	Afrontamiento / Tolerancia al estrés	00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo

Tabla III: Relación de NANDA-I con Patrones Funcionales de M. Gordon.

Para el desarrollo del modelo AREA se estableció una red de razonamiento, compuesta por los diagnósticos seleccionados previamente y el elemento central, siendo en nuestro caso el DFSP. Tras representar mediante flechas los enlaces o conexiones entre ellos, obtuvimos los diagnósticos más significativos, resaltados en la imagen mediante el uso del sombreado (Imagen 2).

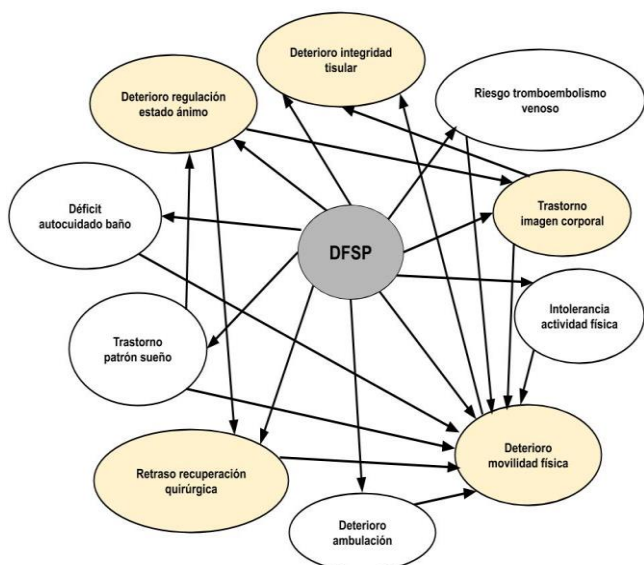


Imagen 2: Red de razonamiento: relaciones establecidas y obtención de los NANDA-I más relevantes.

Anteriormente establecíamos como tres los problemas principales identificados tras la valoración: la movilidad, la autopercepción-autoconcepto y la lesión cutánea. Entre los cinco diagnósticos resultantes de la aplicación del modelo AREA, priorizamos los más relevantes según el caso clínico (Tabla IV).

II	Característica definitoria	Factor relacionado	Problema asociado
(00044) Deterioro de la integridad tisular	Destrucción tisular	Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular	Deterioro de la movilidad
	Lesión tisular		Procedimiento quirúrgico
(00085) Deterioro de la movilidad física	Alteración de la marcha Disminución de la amplitud de movimientos Inestabilidad postural	Disminución de la fuerza muscular	Deterioro neuromuscular
		Dolor Estilo de vida sedentario	Prescripción de restricción de movimientos
(00118) Trastorno de la imagen corporal	Preocupación por el cambio	Alteración de la autopercepción	Alteración del funcionamiento corporal Procedimiento quirúrgico

Tabla IV: Diagnósticos NANDA-I más relevantes.

El plan de cuidados que se desarrolla aparece resumido en la Tabla V, en la cual se establecen los resultados esperados NOC y se describen las intervenciones de enfermería NIC que se llevaron a cabo aplicando el modelo DREOM.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
(00044) Deterioro de la integridad tisular	(1103) Curación de la herida: por segunda intención (1813) Conocimiento: régimen terapéutico	(3660) Cuidado de las heridas (3582) Cuidados de la piel: zona donante (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad
(00085) Deterioro de la movilidad física	(0208) Movilidad (0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0205) Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas	(0221) Terapia de ejercicios: ambulación (0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular (6490) Prevención de caídas (3590) Vigilancia de la piel (5270) Apoyo emocional (1850) Mejorar el sueño
(00118) Trastorno de la imagen corporal	(1200) Imagen corporal (1308) Adaptación a la discapacidad física (1205) Autoestima	(5220) Mejora de la imagen corporal (5270) Apoyo emocional (1800) Ayuda al autocuidado (5400) Potenciación de la autoestima

Tabla IV: Resumen del plan de cuidados.

En el ANEXO I se describe el desarrollo detallado del plan de cuidados figurando los resultados NOC y sus indicadores seleccionados; así como se describen las intervenciones NIC y sus actividades correspondientes.

DISCUSIÓN:

El aprendizaje a través de planes de cuidados basados en casos clínicos tipo (con simulación) se pueden considerar como el primer peldaño de la investigación. Son considerados estudios de baja evidencia, pero que en muchas ocasiones son relevantes. Por un lado, nos acercan al descubrimiento de nuevos problemas de salud, a la presentación de problemas de salud poco comunes, a formas inusuales de problemas de salud conocidos o a la observación de nuevas complicaciones clínicas. Además, resulta una herramienta con gran potencial para transferir conocimiento, siendo un diseño a tener en cuenta en entornos de aprendizaje ⁽²⁹⁻³¹⁾.

El DFSP es una neoplasia poco frecuente que supone un desafío diagnóstico y terapéutico, dada su baja incidencia y sus características; siendo imprescindible el abordaje mediante un equipo multidisciplinar. Este estudio clínico tenía el propósito de dar a conocer unas pautas de actuación enfermera (cuidados), a través de una realidad cotidiana que se da en pacientes sometidos a tumores cutáneos. Tras una intervención quirúrgica agresiva, los pacientes son atendidos desde atención primaria y/o consultas externas, con múltiples problemas de afectación a nivel biopsicosocial.

Para llevar a cabo la valoración clínica decidimos seguir el modelo de Marjory Gordon y sus 11 patrones funcionales, modelo recomendado por la NANDA-I para identificar los diagnósticos más significativos. La recogida de información se completó mediante el uso de tres escalas que sirvieron de apoyo para una evaluación más objetiva (IB, EQ-5D y LYMQOL); de esta forma, se pretendía conocer las limitaciones que presentaba en el desarrollo de las ABVD, además del grado de afectación que sufría su calidad de vida.

Creemos que es fundamental el uso de escalas validadas que complementen la recogida de datos objetivos y cuantificables. La información que aportan permite una comunicación sintetizada y objetiva entre los profesionales; pero también son uno de los métodos de recogida de datos más utilizados en la investigación cuantitativa ⁽³²⁾. Es por ello que la estandarización internacional de las escalas y de la interpretación de sus resultados unifica criterios, favoreciendo el uso de los datos de cara a posibles investigaciones futuras.

Para la selección de los diagnósticos NANDA del plan de cuidados, se optó por aplicar el modelo AREA de razonamiento clínico ⁽²⁶⁾ y con ello determinar qué diagnósticos de los presentes en la paciente eran los más relevantes. Dicho modelo resultó ser de suma utilidad ya que sirvió para explicar algunos de los problemas que se nos plantearon en la práctica clínica a la hora de transmitir la situación de la paciente; así como para identificar actuaciones de enfermería más

específicas y adecuadas para resolver las necesidades de cuidados detectadas. Podemos afirmar, al igual que la literatura consultada ^(26, 27, 33, 34), que el modelo AREA se consolida como una herramienta que nos ayuda a identificar las prioridades y permite desarrollar una estructura visual (gráfica) de la situación que, a su vez, nos guía para tomar una decisión basada en el conocimiento enfocado a los resultados; lo que algunos autores denominan el proceso enfermero de tercera generación ⁽³⁵⁾.

Del mismo modo, ya identificados los diagnósticos NANDA más relevantes, la tarea se centró en elegir aquellos resultados NOC e intervenciones NIC más adecuadas para conseguir los objetivos terapéuticos. Para ello, se utilizó el método DREOM ⁽²⁸⁾, el cual es menos conocido por los profesionales de enfermería que el AREA, y que suele ser una herramienta de ayuda complementaria para la planificación de los cuidados y la gestión de casos, en base a una cuidadosa selección de intervenciones para casos concretos y con un propósito determinado. La aplicación del modelo a nuestro caso clínico ha facilitado en gran medida la elaboración de un plan terapéutico, basado en resultados reales y buena adherencia por parte de la paciente.

Por otro lado, como ya hemos indicado en la introducción de este trabajo, existe literatura en la cual se recogen diversos casos clínicos excepcionales ^(16,17) y contenido acerca de las técnicas utilizadas para la confirmación del diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del tumor cutáneo (DFSP) que afectó a nuestra paciente. Por el contrario, no existe o son escasos los estudios que abarquen aquellos cuidados de enfermería específicos para un postoperatorio de la herida quirúrgica resultante; así como, la importancia del abordaje biopsicosocial en los casos que presenten una mutilación o desfiguración, y posibles secuelas o problemas coadyuvantes, como fue el caso de la lesión iatrogénica asociada a linfedema.

Ya desde un primer momento, hemos sido conscientes de la limitación en relación con la cantidad y variedad de la información disponible acerca del DFSP y el manejo de pacientes afectados; lo que en parte nos motivó a desarrollar una valoración y un plan de cuidados integral del caso, dirigida a proporcionar un mayor conocimiento acerca del manejo pre y postquirúrgico primando el aspecto holístico, las posibles complicaciones de la cicatrización o el establecimiento de herramientas de valoración más específicas.

Consideramos de vital importancia formar a los profesionales de enfermería en este tipo de cuidados ya que, se ha demostrado que disponer de directrices sobre la práctica clínica da lugar a un diagnóstico y a un tratamiento más rápidos y precisos. Es por ello que protocolizar los cuidados más allá de la estancia hospitalaria y las consultas de seguimiento, realizando siempre las adaptaciones necesarias a cada paciente, su situación y sus circunstancias, como se observó a través del plan de cuidados presentado; es una tarea de gran relevancia.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Concluimos que tras la realización de este trabajo se reafirma la ventaja de desarrollar planes de cuidados basados en casos clínicos sobre práctica enfermera y utilizando la metodología AREA y DREOM, en el campo de las heridas (especialmente en lesiones complejas y/o poco frecuentes) se evidencia y se miden mejor los resultados.

También, resulta de especial utilidad de cara a generar conocimiento en la práctica de enfermería dermatológica y de atención primaria, pues contribuye a la visibilidad de los cuidados humanizados y holísticos; favoreciendo de este modo el desarrollo de cuidados integrales, individualizados y de calidad.

Así mismo, el desarrollo del plan de cuidados con caso clínico tipo, ha provocado una actitud reflexiva y de razonamiento crítico, que requirió del análisis de diferentes situaciones ante un problema dermatológico (lesión postquirúrgica) aparentemente común, pero que en realidad tenía lagunas de evidencia en el manejo de la afectación en este tipo de pacientes; identificando puntos fuertes y débiles, lo que da lugar al planteamiento de hipótesis que abren una posible línea para futuras investigaciones.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

La autora manifiesta no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

- Llombart B, Serra C, Requena C, Alsina M, Morgado-Carrasco D, Través V, et al. Sarcomas cutáneos: directrices para el diagnóstico y tratamiento. *Dermatofibrosarcoma protuberans*. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2018;109(10):868-77.
- Casali P, Drove N, Lilly E, Dumont S, Roussy IG, Eriksson M, et al. Lista de control de políticas relativas al sarcoma. Brentwood: Health Policy Partners Ltd; 2017.
- Garais JA, Bonetto VN, Frontino L, Kurpis M. Dermatofibrosarcoma protuberans: a propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol*. 2016;66(5):144-8.
- Serra Guillén C. Dermatofibrosarcoma protuberans: estudio de factores pronósticos. [Tesis Doctoral]. Valencia: Facultad de Medicina y Odontología. Departamento de Medicina; 2012.
- Weiss S, Goldblum J. Fibrohistiocytic tumors of intermediate malignancy. En: Weiss SW, Goldblum JR, (eds). *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2008. p. 371-402.
- Kotilingam D, Lev DC, Lazar AJF, Pollock RE. Staging soft tissue sarcoma: evolution and change. *CA Cancer J Clin*. 2006;56:282-91; quiz 314-5.
- Pack GT, Tabah EJ. Dermatofibrosarcoma protuberans: A report of thirty-nine cases. *Arch Surg*. 1951;62(3):391-411.
- Taylor HB, Helwig EB. Dermatofibrosarcoma protuberans. A study of 115 cases. *Cancer*. 1962;15(4):717-25.
- Bigby SM, Oei P, Lambie NK, Symmans PJ. Dermatofibrosarcoma protuberans: report of a case with a variant ring chromosome and metastases following pregnancy. *J Cutan Pathol*. 2006;33(5):383-8.
- Çakir B, Misirlioğlu A, Gideroğlu K, Aköz T. Giant fibrosarcoma arising in dermatofibrosarcoma protuberans on the scalp during pregnancy. *Dermatol Surg*. 2003;29(3):297-9.
- Barrera JC, Acosta AE, Trujillo L. Dermatofibrosarcoma protuberans. *Rev Colomb Cancerol*. 2019;23(3):99-109.
- García Del Muro X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bagué S, de Álava E, et al. Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. *Med Clin*. 2011;136(9):18.
- Valdivielso-Ramos M, Hernanz JM. Dermatofibrosarcoma protuberans en la infancia. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012;103(10):863-73.
- Murphey M, Kransdorf M. Radiologic evaluation of soft tissue tumors. En: Weiss SW, Goldblum JR, (eds). *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2008. p. 33-71.
- Serra-Guillén C, Llombart B, Sanmartín O. Dermatofibrosarcoma protuberans. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012;103(9):762-77.
- Montero Lora Y, Legra Zayas E, Álvarez Hernández Y. Dermatofibrosarcoma protuberante en una paciente adulta. *Medisan*. 2017;21(3):330.
- Muñoz-Medina C, Pérez-Herrera K, Ranalli D, Akabati I, Finali-Fomeris M, Velásquez-Díaz E. Dermatofibrosarcoma protuberans en cuero cabelludo, resolución y manejo: a propósito de un caso. *Rev Hispanoam Cienc Salud*. 2016;2(24):310-3.
- Reglamento (UE) 2016/ 679 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/ 46/ CE (Reglamento general de protección de datos). 27 abril 2016; 88.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 94. 6 diciembre 2018; 68.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero proceso y aplicación. 3a ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):127-37.
- Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425-30.
- Keeley V, Crooks S, Locke J, Veigas D, Riches K, Hilliam R. A quality of life measure for limb lymphoedema (LYMQOL). *Clin Res*. 2010;5(1):13.
- Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 11a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- NNNConsult [web]. Barcelona: Elsevier. [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/> (acceso con login).
- Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes*. 2006;(35):21-9.
- Espinosa i Fresnedo C. Entrevista Dr. Daniel Pesut: "El razonamiento clínico que se centra en los resultados es más valioso y coste/efectivo que el que se centra en los problemas". *Correo AENTDE [online]*. 2005 [citado 23 de marzo de 2022]; 8(1): 4-5. Disponible en: http://dipositub.edu/dspace/bitstream/2445/64923/1/2005_1.pdf.
- Pérez Cruz M. Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes*. 2009; 41:4-11.
- Pineda-Leguizamo R, Miranda-Novales G, Villasis-Keever MA. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. *Rev Alerg Méx*. 2018; 65(1): 92-8.
- Nissen T, Wynn R. The clinical case report: a review of its merits and limitations. *BMC Res Notes*. 2014; 7:264. DOI: 10.1186/1756-0500-7-264.
- Andreu Pérez D, Hidalgo Blanco MA, Moreno Arroyo C. El caso clínico. *Enferm Nefrol*. 2018;21(2):183-7. DOI: 10.4321/s2254-28842018000200009.
- López Alonso SR, Morales Asencio JM. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices? *Index Enferm*. 2005; 14 (48-49):7-8.
- Roure R. El modelo AREA desde la perspectiva asistencial. *Correo AENTDE [online]*. 2005 [citado 23 de marzo de 2020]; 8(2): 2-3. Disponible en: https://www.aentde.com/pages/correo/ca_200582/!
- Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm*. 2004; (44-45):37-41.
- González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm Universitaria*. 2016; 13(2):124-9.

ANEXO I: Resultados NOC con sus indicadores y las intervenciones NIC de enfermería con sus acciones.

(00044) Deterioro de la integridad tisular (00044) R/C procedimiento quirúrgico M/P destrucción tisular, lesión tisular			
RESULTADOS NOC	INDICADORES	EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT)	
		INICIO	FINAL
(1103) Curación de la herida: por segunda intención	(110301) Granulación	2	5
	(110304) Secreción serosa	3	5
	(110313) Costra	4	5
	(110320) Formación de cicatriz	1	5
1: Extenso; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Escaso; 5: Ninguno *Granulación y formación de cicatriz: 1: Ninguno; 2: Escaso; 3: Moderado; 4: Sustancial; 5: Extenso			
(1813) Conocimiento: régimen terapéutico	(181301) Beneficios del tratamiento	3	5
	(181302) Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	2	5
1: Ningún conocimiento; 2: Conocimiento escaso; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso			
NIC: Cuidado de las heridas (3660)			
Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.			
NIC: Cuidados de la piel: zona donante (3582)			
Incorporar técnicas de cura húmeda para autoinjertos cutáneos. Mantener limpia y libre de presión la zona donante. Enseñar al paciente a mantener la zona donante suave y flexible con crema.			
NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)			
Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad. Comentar las opciones de terapia/tratamiento. Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda. Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda.			
NIC: Potenciación de la autoestima (5400)			
Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos. Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.			

(00085) Deterioro de la movilidad física (00085) R/C prescripción de restricción de movimientos, disminución de la fuerza muscular M/P alteración de la marcha, disminución de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural			
RESULTADOS NOC	INDICADORES	EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT)	
		INICIO	FINAL
(0208) Movilidad	(20802) Mantenimiento de la posición corporal	3	5
	(20804) Movimiento articular	1	4
	(20806) Ambulación	1	5
	(20814) Se mueve con facilidad	1	4
1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido			
(0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	(20411) Fuerza muscular	1	5
1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido			
(0205) Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas	(20508) Trastorno del sueño	3	5
	(20510) Imagen corporal negativa	3	4
1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve; 5: Ninguno			
NIC: Terapia de ejercicios: ambulación (0221)			
Vestir al paciente con prendas cómodas. Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad. Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.			

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

NIC: Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224)
Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento. Fomentar que se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
NIC: Prevención de caídas (6490)
Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
NIC: Vigilancia de la piel (3590)
Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Observar si hay zonas de presión y fricción.
NIC: Apoyo emocional (5270)
Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
NIC: Mejorar el sueño (1850)
Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. Controlar la ingesta de alimentación y bebida a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

(00118) Trastorno de la imagen corporal R/C alteración de la autopercepción, lesión, procedimiento quirúrgico M/P alteración de la visión del propio cuerpo, preocupación por el cambio

RESULTADOS NOC	INDICADORES	EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT)	
		INICIO	FINAL
(1200) Imagen corporal	(120014) Adaptación a cambios corporales por cirugía	3	4
	(120016) Actitud hacia tocar la parte corporal afectada	2	5
1: Nunca positivo; 2: Raramente positivo; 3: A veces positivo; 4: Frecuentemente positivo; 5: Siempre positivo			
(1308) Adaptación a la discapacidad física	(130803) Se adapta a las limitaciones funcionales	4	5
	(130810) Identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria	4	5
	(130812) Acepta la necesidad de ayuda física	2	5
1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente de mostrado; 5: Siempre demostrado			
(1205) Autoestima	(120502) Aceptación de las propias limitaciones	3	5
	(120511) Nivel de confianza	3	5
1: Nunca positivo; 2: Raramente positivo; 3: A veces positivo; 4: Frecuentemente positivo; 5: Siempre positivo			
NIC: Mejora de la imagen corporal (5220)			
Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. Identificar los medios de disminución del efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.			
NIC: Apoyo emocional (5270)			
Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.			
NIC: Ayuda al autocuidado (1800)			
Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.			