

**Facultad de Enfermería y Podología**



**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2019 / 2020**

**Plan de cuidados postquirúrgico de un caso de  
lesión oncológica en pierna desde atención primaria**

Sara Vázquez Rumbo

**DIRECTORES:**

- Dña. María Sobrido Prieto
- D. Luis Arantón Areosa

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mis Directores de TFG, María Sobrido y Luis Arantón, la ayuda y el apoyo que me han brindado a lo largo de estos meses.

A mi padrino Chema, por sacar tiempo de donde no lo tiene para ayudarme cuando lo necesito. Gracias por guiarme.

A David, por todo el apoyo y cariño, sacas lo mejor de mí.

Por último, siempre estaré agradecida a mis padres, Teresa y Santiago, por haber estado al pie del cañón y superar todo juntos. Soy todo lo que soy gracias a vosotros. Os quiero.

---

## ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS .....	5
ÍNDICE DE TABLAS .....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
RESUMEN:.....	7
ABSTRACT:.....	8
RESUMO:.....	9
1. INTRODUCCIÓN .....	10
2. PRESENTACIÓN DEL CASO .....	15
2.1. DESCRIPCIÓN .....	15
2.2. ASPECTOS ÉTICOS .....	17
3. VALORACIÓN .....	18
4. PLAN DE CUIDADOS .....	22
5. DISCUSIÓN .....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	39
ANEXO I: SOLICITUD DE ACCESO A BASE DE DATOS Y REGISTRO DE LA ASF.....	40
ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	41
ANEXO III: CUESTIONARIO ÍNDICE DE BARTHEL.....	43
ANEXO IV: CUESTIONARIO EUROQOL-5D .....	44
ANEXO V: CUESTIONARIO LYMQOL EN ESPAÑOL .....	46

## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>AENTDE</b>	Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería
<b>AREA</b>	Análisis de Resultado del Estado Actual
<b>ASF</b>	Área Sanitaria de Ferrol
<b>CCV</b>	Cirugía Convencional
<b>CEI</b>	Comité de Ética para la Investigación
<b>CMM</b>	Cirugía micrográfica de Mohs
<b>CVRS</b>	Calidad de vida relacionada con la salud
<b>CHUAC</b>	Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
<b>CHUF</b>	Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
<b>DdE</b>	Diagnósticos de Enfermería
<b>DFSP</b>	Dermatofibrosarcoma Protuberans
<b>DREOM</b>	Diagnósticos, Resultados, Efectividad, Opción y Medios
<b>EQ-5D</b>	EuroQol-5D
<b>EVA</b>	Escala visual analógica
<b>IB</b>	Índice de Barthel
<b>LYMQOL</b>	Lymphoedema Quality Of Life
<b>MII</b>	Miembro Inferior Izquierdo
<b>NANDA-I</b>	NANDA International
<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SPB</b>	Sarcomas de partes blandas

---

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla I:</b> Clasificación de los tumores fibrohistiocíticos según Weiss y Goldblum.....	11
<b>Tabla II:</b> Valoración de los 11 patrones según Marjory Gordon .....	19
<b>Tabla III:</b> Relación de Diagnósticos de Enfermería .....	22
<b>Tabla IV:</b> Diagnósticos más relevantes .....	24
<b>Tabla V:</b> Resumen del plan de cuidados.....	25

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Aspecto de un Dermatofibrosarcoma Protuberans de partes blandas.....	12
<b>Figura 2:</b> Aspecto del Dermatofibrosarcoma Protuberans en miembro inferior .....	15
<b>Figura 3:</b> Red de razonamiento base.....	23
<b>Figura 4:</b> Red de razonamiento: relaciones establecidas y obtención de Diagnósticos de Enfermería más relevantes.....	24

**RESUMEN:**

**Introducción:** El Dermatofibrosarcoma Protuberans es un sarcoma cutáneo de baja incidencia, lento crecimiento, indoloro y escasa tendencia a la metástasis, 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. El pronóstico 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 y pueden provocar la muerte. 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.

**Objetivo:** Realizar una valoración integral y plan de cuidados postoperatorio de una paciente intervenida por un Dermatofibrosarcoma Protuberans en pierna, con resultado de injerto cutáneo y linfedema iatrogénico, desde atención primaria.

**Metodología:** Caso clínico. Valoración mediante 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. Complementariamente se utilizaron diferentes escalas validadas para apoyar la valoración objetiva.

**Resultados:** Se identificaron inicialmente 10 diagnósticos NANDA, priorizando 3 de ellos en relación con los problemas de movilidad, autopercepción y lesión tisular. El plan de cuidados incluye 8 resultados NOC y 13 intervenciones NIC. Actualmente está resuelto satisfactoriamente el diagnóstico del deterioro de la integridad tisular. Respecto al deterioro de la movilidad física y al trastorno de la imagen corporal, las acciones llevadas a cabo han mejorado el estado de la paciente, pero no se alcanza la resolución plena.

**Conclusiones:** El caso clínico nos ha permitido identificar las pautas de actuación enfermera (cuidados), mediante una realidad cotidiana en pacientes sometidos a tumores cutáneos que, tras una intervención quirúrgica agresiva, son atendidos desde atención primaria con 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, atención primaria.

**ABSTRACT:**

**Introduction:** Dermatofibrosarcoma Protuberans is a skin sarcoma with low incidence, slow growth, painless and little tendency to metastasis, but with a high rate of recurrence. This tumor has a significant local infiltration capacity that can affect the subcutaneous and tegumentary tissue, so the recommended treatment is complete removal or resection. The prognosis after surgical treatment is good; however, there are cases with nodal involvement or distant metastases that impair the patient's quality of life and can lead to death. Post-operative surgical wound care after tumor exeresis, its sequelae, as well as the biopsychosocial approach, are subjects of study that the literature does not address in depth.

**Objective:** To perform a comprehensive assessment and post-operative care plan of a patient undergoing surgery for Dermatofibrosarcoma Protuberans in the leg, resulting in skin grafting and iatrogenic lymphedema, from primary care.

**Methodology:** Clinical case. 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 results and interventions. Complementary to this, different validated scales were used to support the objective assessment.

**Results:** 10 NANDA diagnoses were originally identified, prioritizing 3 of them in relation to mobility problems, self-perception and tissue injury. The care plan includes 8 NOC outcomes and 13 NIC interventions. The diagnosis of impaired tissue integrity is now satisfactorily resolved. Regarding the deterioration of physical mobility and body image disorder, the actions taken have improved the patient's condition, but full resolution is not achieved.

**Conclusions:** The clinical case has allowed us to identify the guidelines for nursing action (care), using a daily reality in patients with skin tumours who, after an aggressive surgical intervention, are cared for from primary care with multiple problems of affectation at a biopsychosocial level. We believe that the results obtained can be valuable information that can serve as a basis for pedagogical learning and formulate hypotheses of research studies that allow to deepen this health problem.

**Keywords:** dermatofibrosarcoma protuberans, nursing care, primary care.

**RESUMO:**

**Introdución:** O Dermatofibrosarcoma Protuberans é un sarcoma cutáneo de baixa incidencia, lento crecemento, indoloro e escasa tendencia á metástase, pero con alto índice de recidivas. Este tumor ten unha importante capacidade de infiltración local que pode afectar ao tecido subcutáneo e tegumentario, polo que o tratamento recomendado é a extirpación completa ou resección. O pronóstico tras o tratamento cirúrxico é bo; con todo, hai casos con afectación ganglionar ou metástase a distancia que minguan a calidade de vida do paciente e poden provocar a morte. Os cuidados da ferida cirúrxica postoperatoria tras a exéresis do tumor, as súas secuelas, así como a abordaxe biopsicosocial, son temas de estudo que a literatura non aborda en profundidade.

**Obxectivo:** Realizar unha valoración integral e plan de cuidados postoperatorio dunha paciente intervida por un Dermatofibrosarcoma Protuberans en perna, con resultado de enxerto cutáneo e linfedema iatroxénico, desde atención primaria.

**Metodoloxía:** Caso clínico. Valoración mediante os 11 Patróns Funcionais de Marjory Gordon, elaboración do plan de cuidados segundo taxonomía NANDA-NOC-NIC, aplicación do modelo AREA na selección de diagnósticos e modelo DREOM na identificación de resultados e intervencións. Complementariamente utilizáronse diferentes escalas validadas para apoiar a valoración obxectiva.

**Resultados:** Identificáronse inicialmente 10 diagnósticos NANDA, priorizando 3 deles en relación cos problemas de mobilidade, autopercepción e lesión tisular. O plan de cuidados inclúe 8 resultados NOC e 13 intervencións NIC. Actualmente atópase resolto satisfactoriamente o diagnóstico da deterioración da integridade tisular. Respecto á deterioración da mobilidade física e ao trastorno da imaxe corporal, as accións levadas a cabo melloraron o estado da paciente, pero non se alcanza a resolución plena.

**Conclusións:** O caso clínico permitiunos identificar as pautas de actuación enfermeira (cuidados), mediante unha realidade cotiá en pacientes sometidos a tumores cutáneos que, tras unha intervención cirúrxica agresiva, son atendidos desde atención primaria con múltiples problemas de afectación a nivel biopsicosocial. Cremos que os resultados obtidos poden ser unha valiosa información que logre servir de base para realizar aprendizaxe pedagóxica e formular hipótese de estudos de investigación que permitan profundar neste problema de saúde.

**Palabras chave:** dermatofibrosarcoma protuberans, cuidados enfermería, atención primaria.

## 1. INTRODUCCIÓN

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<sup>1,2</sup>.

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 diagnósticos 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<sup>2</sup>.

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)<sup>1</sup>.

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<sup>3</sup>.

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

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

*Tabla I: Clasificación de los tumores fibrohistiocíticos según Weiss y Goldblum<sup>4</sup>.*

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)<sup>4,6</sup>.

El DFSP no tiene un factor de riesgo bien establecido y su etiología es desconocida<sup>4</sup>. 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<sup>7</sup>. Posteriormente Taylor y Helwig en 1962 también coinciden en identificar el origen traumático o herida local en sus casos de DFSP<sup>8</sup>. 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<sup>4</sup>. También se han descrito varios casos asociado 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<sup>9,10</sup>.

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<sup>4</sup>.

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<sup>4</sup>.

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<sup>1,3,11,12</sup>.



Actas Dermosifiligr. 2012;103:863-73

**Figura 1:** Aspecto de un *Dermatofibrosarcoma Protuberans* de partes blandas (DFSP)<sup>13</sup>.

El diagnóstico clínico requiere un alto índice de sospecha, ya que el DFSP puede ser confundido con neurofibroma, leiomioma, melanoma, carcinoma basocelular morfeiforme, queloides, 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<sup>11</sup>.

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<sup>1,11</sup>. 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<sup>4,14</sup>.

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 recurrencias o recidivas tras una correcta resección<sup>4,15</sup>.

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<sup>1,11</sup>.

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<sup>4,16,17</sup>.

Así mismo, en la literatura se constatan numerosos casos clínicos<sup>16,17</sup> 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.

Por todo ello, planteamos llevar a cabo un caso clínico 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.

## 2. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 2.1. DESCRIPCIÓN

Mujer de 44 años que acude a consulta de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), derivada desde atención primaria para estudio diagnóstico de onicodistrofia 1º dedo pie derecho secundaria a infección fúngica, el día 3 de abril del 2017.

Durante la exploración se observa una lesión tumoral de aproximadamente 2 cm de tamaño, infiltrada, sin palpación de adenopatías locorreionales, en el hueco poplíteo del miembro inferior izquierdo (MII), compatible con diagnóstico de *Dermatofibrosarcoma Protuberans* (DFSP) (**Figura 2**). Se confirma el diagnóstico tras biopsia cutánea (punch) por anatomía patológica.



*Figura 2: Aspecto del Dermatofibrosarcoma Protuberans en miembro inferior (Reproducido con permiso de la paciente tras firma del consentimiento informado).*

El 25 de mayo es remitida a la consulta de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), con carácter preferente para la valoración y toma de decisión terapéutica. Se programa intervención quirúrgica de exéresis + cobertura con injerto.

El día 21 de junio ingresa para realizar la intervención quirúrgica programada de exéresis de la tumoración con cobertura con matriz dérmica (Integra®). Posteriormente, se realiza una segunda intervención el 6 de julio 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.

El 19 de julio recibe el alta hospitalaria para 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.

El 5 de septiembre 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.

Posteriormente, el 23 de enero del 2018, la paciente es remitida a la consulta de Rehabilitación del CHUF para su valoración; realizando la primera visita el 30 de enero. El diagnóstico resultante fue de linfedema grado II estadio I en MII, secundario a intervención por DFSP en hueco poplíteo izquierdo. El comienzo de las sesiones de rehabilitación en la Clínica del Linfedema del CHUF fue el 2 de febrero, realizándose un total de 18 sesiones.

Tras la primera prescripción de la media de compresión en las consultas externas de Cirugía Plástica, se llevaron a cabo otras dos prescripciones por parte de la consulta de Rehabilitación para reajustar la media a las nuevas necesidades, el 5 de noviembre del 2018 y el 23 de enero del 2019.

En la actualidad, la paciente se encuentra en seguimiento por las consultas de Dermatología y Rehabilitación del CHUF, así como por Cirugía Plástica del CHUAC.

## 2.2. ASPECTOS ÉTICOS

- **DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN (CEI) de A Coruña-Ferrol:** es el órgano competente y el encargado de la valoración ética, metodológica y legal de los estudios de investigación con seres humanos, su material biológico o sus datos de carácter personal que tienen lugar en el Área Sanitaria de Ferrol y de A Coruña. Siguiendo las normas de protocolo, el estudio de un caso clínico no se considera un estudio de investigación biomédico como tal (no cuenta con un proyecto de investigación), sino que es un estudio de reproducción de datos; por lo tanto, está exento de pasar por el dictamen del CEI para su aprobación (este hecho ya ha sido corroborado por la secretaría del CEI).
- **PERMISO A LA GERENCIA DEL ÁREA SANITARIA DE FERROL:** todo estudio clínico debe contar con los permisos necesarios para cumplir con las garantías ético-legales vigentes. Por ello, se ha solicitado a la Gerencia del Área Sanitaria de Ferrol el permiso correspondiente para su realización ([anexo I](#)).
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Para dar cumplimiento a la Normativa de la Ley de protección de datos conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016)<sup>18</sup> y la Normativa Española sobre Protección de Datos de Carácter Personal vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales)<sup>19</sup>.
  - Se le ha solicitado a la paciente la firma de un consentimiento informado específico para casos clínicos (según el modelo del CEI), donde se describe el objetivo del estudio y el tratamiento de los datos que serán seudonimizados (codificados) por el tutor clínico del TFG ([anexo II](#)).

### 3. VALORACIÓN

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 de Marjory Gordon, el cual tiene en cuenta 11 patrones que dimensionan las necesidades humanas<sup>20</sup> (Tabla II).

<b>Patrón 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD</b>	
Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja su salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Considera que tiene buen estado de salud.</li> <li>-Realiza actividades para mantenimiento y prevención.</li> <li>-No hábitos tóxicos.</li> <li>-Sigue recomendaciones de su médico/enfermera.</li> <li>-Conoce y acepta su enfermedad.</li> <li>-Buena apariencia.</li> </ul>
<b>Patrón 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>	
Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes. Se incluyen cualquier lesión de piel y capacidad de generar cicatrización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta equilibrada y variada. No suplementos o vitaminas.</li> <li>- Ingesta de líquidos recomendada.</li> <li>- Ganancia de peso no relacionado con la enfermedad.</li> <li>- Buen estado de la piel y dental.</li> <li>- Herida quirúrgica/injerto cutáneo en MII con tendencia a la cicatrización por segunda intención</li> </ul>
<b>Patrón 3: ELIMINACIÓN</b>	
Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga, piel) de los individuos. Incluye regularidad percibida por el individuo, uso de laxantes y cualquier cambio o alteración del patrón. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continente para orina y heces.</li> <li>-Regularidad de eliminación.</li> <li>-No uso laxantes.</li> <li>-No drenajes, aspiración, etc.</li> <li>-No déficit de conocimientos.</li> </ul>
<b>Patrón 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO</b>	
Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No energía suficiente.</li> <li>-No existe actividad física actual (inmovilizada).</li> <li>-Actividades de recreo limitadas.</li> <li>-Capacidad para mayoría de tareas básicas: necesita ayuda/es dependiente.</li> <li>-Marcha afectada: necesita ayuda y uso de dispositivo.</li> <li>-Colaboradora y conocedora de sus limitaciones.</li> </ul>
<b>Patrón 5: SUEÑO-DESCANSO</b>	
Describe los patrones del sueño, descanso y relax a lo largo de las 24h del día. Incluye la percepción de cantidad y calidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También incluye las ayudas para dormir, como son rutinas a la hora de acostarse o medicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No cansancio aparente para su día a día actual.</li> <li>-Problemas para conciliar el sueño. No ayudas para conciliarlo.</li> <li>-No pesadillas en casa, en el hospital sí.</li> <li>-Despertar temprano.</li> <li>-Periodos de descanso-relax.</li> <li>-No patrón de sueño invertido.</li> </ul>
<b>Patrón 6: COGNITIVO-CONCEPTUAL</b>	
Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos y la compensación o prótesis para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata éste también se incluyen cuando procedan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No dificultades ni ayuda para oír.</li> <li>-Uso de gafas reciente para lectura. Revisión reciente.</li> <li>-Ante dolor o malestar, buen manejo.</li> <li>-No problemas de aprendizaje.</li> <li>-Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.</li> <li>-Buena comprensión y capaz de seguir la conversación.</li> </ul>

<b>Patrón 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b>	
Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Está incluido el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, y patrones de voz y conversación.	-Optimista. -No a gusto consigo misma. -Los cambios sufridos en su cuerpo son un problema. -Cambios en los sentimientos hacia sí mismo y hacia su cuerpo a causa de la enfermedad. -Mantiene el contacto visual y expresión. -Relajada y asertiva.
<b>Patrón 8: ROL-RELACIONES</b>	
Describe el patrón de compromiso de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del paciente.	-Estructura familiar en convivencia: pareja e hijos. -Apoyo familiar y de amigos. Buena interacción. -Familiares/otros que dependen de ella para ciertas tareas. -No problemas en el trabajo. Actualmente de baja.
<b>Patrón 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b>	
Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo. También incluye el estado reproductivo de las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.	-Relaciones sexuales satisfactorias y sin problemas. -Uso anticonceptivos. -Menstruación, aunque con ausencias prolongadas por premenopausia.
<b>Patrón 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	
Describe el patrón general de adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés.	-Gran cambio la pérdida de movilidad e independencia por la cirugía. -Crisis personales consigo misma. -Personas a las que recurre: familiares cercanos. -No consumo de alcohol, drogas o medicamentos para afrontar problemas.
<b>Patrón 11: VALORES-CREENCIAS</b>	
Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.	-Ideas claras sobre lo que quiere. -La religión no es fundamental, pero sí está presente.

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

Como resultado de la valoración obtenemos que el patrón 2 (nutricional-metabólico), el 4 (actividad-ejercicio), el 5 (sueño-descanso), el 7 (autopercepción-autoconcepto) y 10 (adaptación-tolerancia al estrés) son disfuncionales; por lo que debemos de enfocar nuestras intervenciones en ellos.

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 bio-psico-social identificadas o no a través de la valoración de patrones funcionales.

Las escalas empleadas fueron:

---

Índice de Barthel (IB)<sup>21</sup>: 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) ([anexo III](#)).

El resultado obtenido en nuestra paciente fue de 50 puntos, situándose de esta forma en un grado de dependencia severa. Son en las ABVD de bañarse/ ducharse, desplazarse y subir/bajar escaleras donde existe dependencia; mientras que, en comer, aseo personal y control de heces y de orina es independiente. Respecto a las ABVD restantes, la paciente precisa de ayuda parcial.

EuroQol-5D (EQ-5D)<sup>22</sup>: 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). La versión de la escala utilizada en nuestro caso ha sido la validada en español ([anexo IV](#)).

El estado de salud de la paciente es el 32321, siendo la ansiedad/depresión la única dimensión donde no encuentra problemas. El índice correspondiente a dicho estado de salud es 0,1875, resultando este un valor muy bajo. En la escala EVA el resultado ha sido de 60 puntos, en la cual 0 es el peor estado de salud que se imagina y 100 el mejor estado de salud; por lo que la paciente se sitúa en un estado intermedio o normal.

Lymphoedema Quality Of Life (LYMQOL)<sup>23</sup>: 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. Debido a la falta de versión en español, decidimos traducir la versión original para una mejor comprensión ([anexo V](#)).

De las 26 preguntas que se recogen entre los cuatro dominios valorados, la paciente asignó a 15 de ellas una puntuación de 3 (bastante afectación), a 6 una puntuación de 4 (mucho afectación) y a 5 una puntuación de 2 (un poco de afectación); no habiendo así en ninguna de la respuesta una puntuación 1 (nada de afectación). De forma general, los cuatro dominios se han visto afectados de forma importante a causa del linfedema. Respecto a la autovaloración, la paciente califica con un 7 sobre 10 su calidad de vida general.

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

- La movilidad: presenta dificultad para el desplazamiento y el cuidado personal como bañarse/ ducharse.
- La autopercepción-autoconcepto: existencia de sentimientos negativos y aversión a la imagen corporal del miembro afectado.
- La lesión cutánea: herida postquirúrgica cuya cicatriz afectará estéticamente a la paciente, además de la secuela del linfedema.

#### 4. PLAN DE CUIDADOS

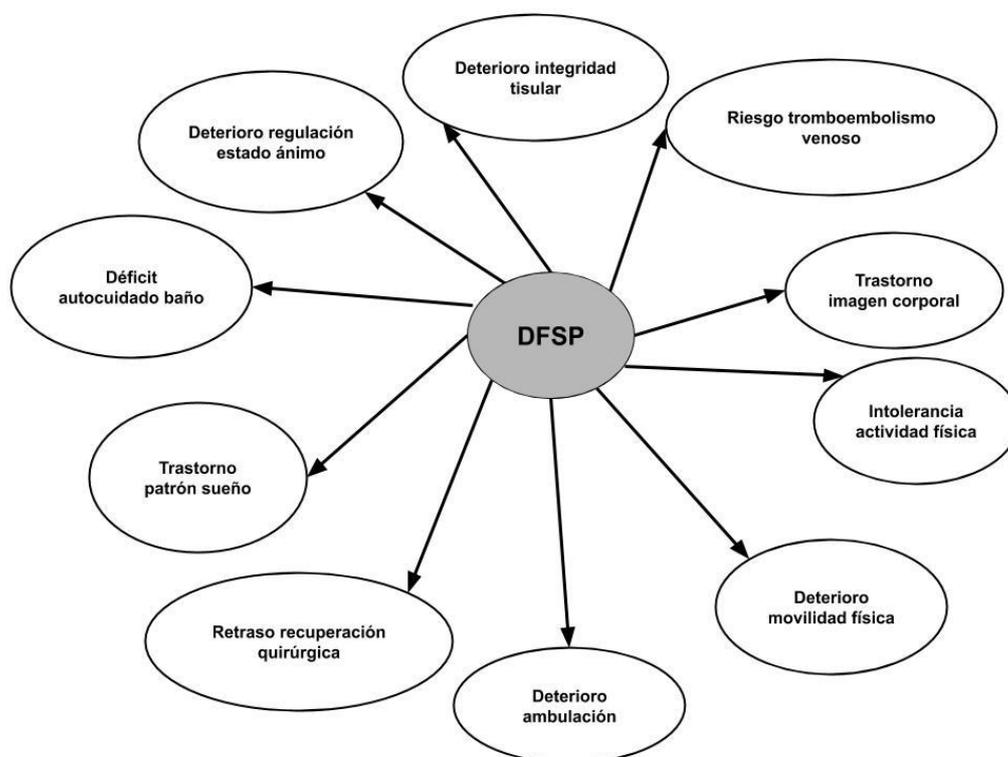
Una vez identificados los patrones funcionales alterados en la paciente, y obtenidos los resultados de las diferentes escalas, se seleccionaron todos los diagnósticos de enfermería (DdE) pertinentes, correlacionando el patrón funcional alterado con la necesidad y el dominio de cuidados según la clasificación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

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA			
PATRÓN	NECESIDAD	DOMINIO	NANDA-I
Nutricional-Metabólico	Higiene/Piel	Seguridad/Protección	00044 Deterioro de la integridad tisular
Actividad-Ejercicio	Moveirse	Actividad/Reposo	00085 Deterioro de la movilidad física
Actividad-Ejercicio	Moveirse	Actividad/Reposo	00088 Deterioro de la ambulaci3n
Actividad-Ejercicio	Moveirse	Actividad/Reposo	00092 Intolerancia a la actividad
Actividad-Ejercicio	Higiene/Piel	Actividad/Reposo	00108 Déficit de autocuidado en el ba1o
Actividad-Ejercicio	Respirar normalmente	Seguridad/Protecci3n	00100 Retraso en la recuperaci3n quirúrgica
Actividad-Ejercicio	Respirar normalmente	Seguridad/Protecci3n	00268 Riesgo de tromboembolismo venoso
Sue1o-Reposo	Reposo/Sue1o	Actividad/Reposo	00198 Trastorno del patr3n del sue1o
Autopercepci3n-Autoconcepto	Trabajar/Realizarse	Autopercepci3n	00118 Trastorno de la imagen corporal
Afrontamiento-Tolerancia del estr3s	Evitar peligros/Seguridad	Afrontamiento/Tolerancia al estr3s	00241 Deterioro de la regulaci3n del estado de ánimo

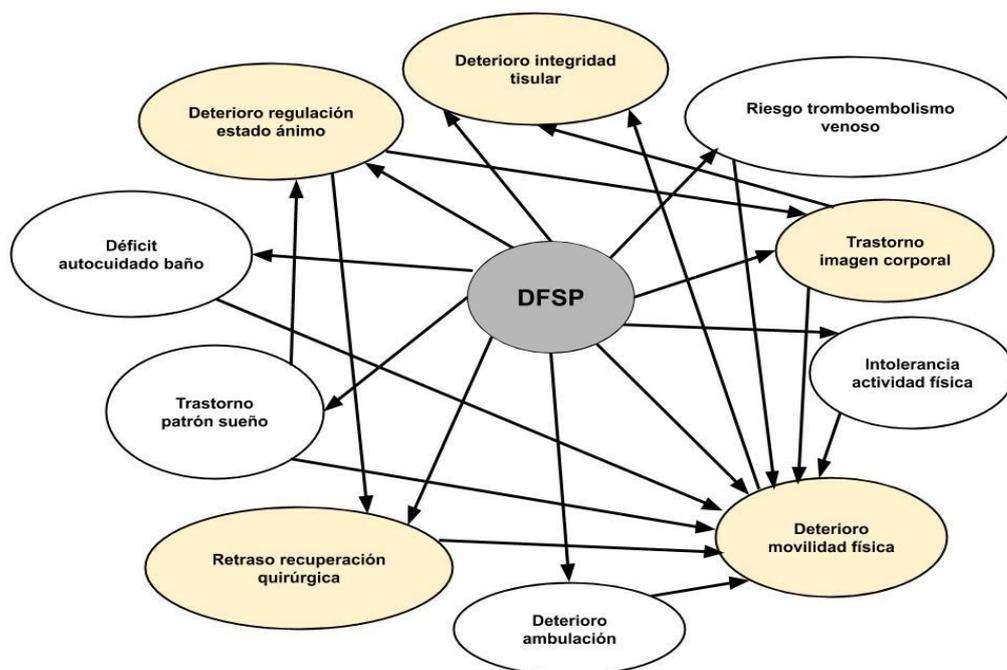
*Tabla III: Relaci3n de Diagn3sticos de Enfermería.*

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)<sup>26,27</sup>. 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.

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 (**Figura 2**). Tras representar mediante flechas los enlaces o conexiones entre ellos, obtuvimos los diagnósticos más significativos, resaltados en la imagen mediante el uso del sombreado (**Figura 3**).



*Figura 3: Red de razonamiento base.*



*Figura 4: Red de razonamiento: relaciones establecidas y obtención de DdE 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 para nuestro caso clínico (**Tabla IV**).

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

*Tabla IV: Diagnósticos más relevantes.*

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 **D**iagnóstico, los **R**esultados a alcanzar, la **E**fectividad conocida de la intervención, la **O**pción escogida por el paciente y los **M**edios disponibles<sup>28</sup>. 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.)<sup>25</sup>.

El plan de cuidados que se desarrolla aparece resumido en la siguiente tabla, en la cual se establecen los resultados esperados NOC y se describen las intervenciones de enfermería NIC que se llevaron a cabo (**Tabla V**).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
<b>(00044) Deterioro de la integridad tisular</b>	(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
<b>(00085) Deterioro de la movilidad física</b>	(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
<b>(00118) Trastorno de la imagen corporal</b>	(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 V: Resumen del plan de cuidados.*

A continuación, el desarrollo del plan de cuidados con los resultados NOC y sus indicadores seleccionados; así como se describen las intervenciones NIC y sus actividades correspondientes.

**1. Deterioro de la integridad tisular (00044) R/C procedimiento quirúrgico M/P destrucción tisular, lesión tisular.**

RESULTADOS NOC	INDICADORES	EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT)	
		INICIO	FINAL
<b>(1103) Curación de la herida: por segunda intención</b>	(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			
<b>(1813) Conocimiento: régimen terapéutico</b>	(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			
<b>NIC: Cuidado de las heridas (3660)</b>			
-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.			
<b>NIC: Cuidados de la piel: zona donante (3582)</b>			
-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.			
<b>NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</b>			
-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.			
<b>NIC: Potenciación de la autoestima (5400)</b>			
-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.			

**2. 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
<b>(0208) Movilidad</b>	(20802) Mantenimiento de la posición corporal	3	5
	(20804) Movimiento articular	1	4
	(20806) Ambulación	1	5
	(20814) Se mueve con facilidad	1	4
<i>1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido</i>			
<b>(0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</b>	(20411) Fuerza muscular	1	5
<i>1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido</i>			
<b>(0205) Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas</b>	(20508) Trastorno del sueño	3	5
	(20510) Imagen corporal negativa	3	4
<i>1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve; 5: Ninguno</i>			
<b>NIC: Terapia de ejercicios: ambulación (0221)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vestir al paciente con prendas cómodas.</li> <li>-Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.</li> <li>-Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.</li> <li>-Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.</li> </ul>			
<b>NIC: Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.</li> <li>-Fomentar que se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.</li> </ul>			
<b>NIC: Prevención de caídas (6490)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.</li> <li>-Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> <li>-Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.</li> </ul>			
<b>NIC: Vigilancia de la piel (3590)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.</li> <li>-Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>-Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> </ul>			
<b>NIC: Apoyo emocional (5270)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>-Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> <li>-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> </ul>			

<b>NIC: Mejorar el sueño (1850)</b>
-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.

**3. Trastorno de la imagen corporal (00118) 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
<b>(1200) Imagen corporal</b>	(120014) Adaptación a cambios corporales por cirugía	3	4
	(120016) Actitud hacia tocar la parte corporal afectada	2	5
<i>1: Nunca positivo; 2: Raramente positivo; 3: A veces positivo; 4: Frecuentemente positivo; 5: Siempre positivo</i>			
<b>(1308) Adaptación a la discapacidad física</b>	(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
<i>1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado</i>			
<b>(1205) Autoestima</b>	(120502) Aceptación de las propias limitaciones	3	5
	(120511) Nivel de confianza	3	5
<i>1: Nunca positivo; 2: Raramente positivo; 3: A veces positivo; 4: Frecuentemente positivo; 5: Siempre positivo</i>			
<b>NIC: Mejora de la imagen corporal (5220)</b>			
-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.			

<b>NIC: Apoyo emocional (5270)</b>
-Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. -Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
<b>NIC: Ayuda al autocuidado (1800)</b>
-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.

Para evaluar la eficacia de las intervenciones que se llevaron a cabo se comparó la puntuación inicial con la puntuación establecida al alta de cuidados de enfermería. De esta forma, observamos que los indicadores establecidos para cada uno de los resultados han sufrido variaciones, representando con ello una mejoría.

Partíamos de la necesidad de ejecutar un plan de cuidados para resolver tres diagnósticos principales acordes a los tres problemas detectados en la valoración. Como resultado hemos logrado la resolución del diagnóstico del deterioro de la integridad tisular. Respecto al deterioro de la movilidad física y del trastorno de la imagen corporal, las acciones llevadas a cabo han mejorado considerablemente el estado de la paciente, pero no se resuelven por completo los diagnósticos. Los indicadores que no obtuvieron su máxima puntuación en la evaluación final muestran que nuestra paciente sigue presentando ciertas carencias. Por un lado, la capacidad de movimiento articular de la rodilla afectada no ha sido recuperada de forma completa, además de presentar ciertas dificultades a la hora de realizar algunos movimientos. Por otro, las secuelas estéticas por la cirugía, así como el padecimiento del linfedema, todavía provocan ciertos sentimientos negativos e inseguridades en determinadas situaciones/momentos.

De forma complementaria, hemos considerado importante hacer una reevaluación de las tres escalas utilizadas inicialmente para la valoración de la paciente, y poder así establecer cómo ha evolucionado la situación y su percepción sobre su calidad de vida, tras la administración del plan de cuidados establecido.

IB<sup>21</sup>: en la escala de Barthel, obtiene una puntuación de 95 puntos, situándose así en un grado de dependencia escasa. Solamente necesita ayuda parcial para vestirse y desvestirse, para el resto de ABVD es totalmente independiente.

EQ-5D<sup>22</sup>: en cuanto a la CVRS, el estado de salud de la paciente ahora es el 21221. El índice correspondiente es 0,6454, representando así un estado intermedio. En la escala EVA el valor señalado por la paciente ha sido el de 80 puntos, por lo que se sitúa por encima de lo que sería un estado normal.

LYMQOL<sup>23</sup>: en lo relativo a la calidad de vida relacionada con el linfedema, actualmente la paciente ha asignado a 13 preguntas una puntuación de 3 (bastante afectación), a 11 una puntuación de 2 (un poco de afectación) y a 2 una puntuación de 4 (mucho afectación); respondiendo así las 26 preguntas que comprende la valoración de los 4 dominios, nuevamente sin haber en ninguna respuesta una puntuación de 1 (nada de afectación). Respecto a la autovaloración, la calificación asciende a un 8 sobre 10 respecto a su calidad de vida general.

De esta forma, podemos observar que:

- Existe una notable disminución respecto a la discapacidad funcional en las ABVD, progresando desde una dependencia severa hasta una dependencia escasa.
- El valor resultante del primer índice de la valoración de la CVRS era muy bajo, pero ha ascendido considerablemente hasta situarse por encima del valor medio; al igual que la puntuación asignada por la paciente sobre su estado de salud actual.
- En lo referente al linfedema, a pesar de que los resultados muestran una mejoría en los cuatro dominios y la autovaloración también ha aumentado, no hay ningún aspecto que no se vea afectado por este.

## 5. DISCUSIÓN

Los casos clínicos 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. Por otro, muestran el efecto (a favor o adverso) de utilizar medidas terapéuticas no convencionales, complicadas o novedosas<sup>29-31</sup>. Además, resulta una herramienta con gran potencial para transferir conocimiento, siendo un diseño a tener en cuenta en entornos de aprendizaje.

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 con múltiples problemas de afectación a nivel biopsicosocial. Creemos que, los resultados y conclusiones aquí obtenidos, pueden ser una valiosa información que logre incentivar y servir de base para realizar estudios de investigación sobre el tema con un mayor nivel de evidencia.

En referencia al caso clínico, observamos que durante las diversas consultas médicas de seguimiento que se le realizan a la paciente en la fase de rehabilitación del miembro afectado, se tiende solo a la recogida de diferentes datos clínico-métricos y la valoración general del miembro; siendo estos datos insuficientes para ayudar a la paciente con sus necesidades/cuidados del día a día. Desde nuestro punto de vista, consideramos que es muy oportuno recoger también información sobre la calidad de vida y otros aspectos psicosociales, en cómo el linfedema supone un problema para la persona. De ahí que la consulta de enfermería de atención primaria sea una oportunidad para complementar el seguimiento de estos pacientes y fomentar los autocuidados.

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<sup>21</sup>, EQ-5D<sup>22</sup> y LYMQOL<sup>23</sup>); 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. Se encontró, a la hora de decidir qué escalas nos proporcionarían los datos de mayor calidad, un vacío en lo referente a la valoración del linfedema, el cual en nuestro caso era un problema asociado a la intervención quirúrgica con resultado de lesión crónica.

Así pues, necesitábamos una escala que siguiera un enfoque biopsicosocial y a poder ser específica para miembro inferior con linfedema; tarea que no fue sencilla dado que la mayoría estaban orientadas al cáncer de mama, es decir, diseñadas para el miembro superior. Por otro lado, las escalas EQ-5D<sup>22</sup> y LYMQOL<sup>23</sup> cuentan con un sistema de valoración de las respuestas enfocado para su uso en la comparación de datos de varios pacientes. Dada la situación (único caso), realizamos una interpretación ad hoc de las respuestas y los datos recogidos con ellas, basándonos en cómo se veían afectados o no los dominios/dimensiones, cuáles eran las respuestas más frecuentes o la información que podía revelar el valor de un índice, contrastando los valores con la bibliografía publicada. 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<sup>32</sup>. 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<sup>26</sup> 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<sup>26, 27, 33, 34</sup>, 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<sup>35</sup>.

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<sup>28</sup>, 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<sup>16,17</sup> 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 asociada a linfedema. Tradicionalmente, no ha existido financiación adecuada para la investigación básica en sarcomas, cuyos hallazgos son esenciales para promover los esfuerzos hacia tratamientos que puedan mejorar los resultados clínicos del paciente. Existen una serie de iniciativas de investigación en diferentes países. En el caso de España, se ha puesto en marcha un proyecto de análisis de subtipos ultra-raros para determinar la carga que representan y mejorar las vías de tratamiento. Otro desafío constante es la participación en los ensayos clínicos, debido al pequeño número de pacientes que presentan cada tipo específico de sarcomas. De esta forma, la creación y el mantenimiento de un registro nacional es fundamental para disponer de suficientes datos reales que ayuden a impulsar las iniciativas de investigación, así como para mejorar la atención al paciente<sup>2</sup>.

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 sanitarios, dado que el contenido referente a cánceres raros durante la carrera o especialidad y la experiencia en estos casos es generalmente reducido. Este hecho podría provocar un retraso en el diagnóstico, un tratamiento inadecuado y el compromiso último de los resultados para el paciente. Junto a la capacitación formal, se ha demostrado que disponer de directrices sobre la práctica clínica da lugar a un diagnóstico y a un tratamiento más rápidos y precisos<sup>2</sup>. 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 plasmamos en este trabajo; es una tarea de gran relevancia.

Concluimos que tras la realización de este trabajo se reafirma la ventaja de desarrollar casos clínicos sobre práctica enfermera en el campo de las heridas (especialmente en lesiones complejas y/o poco frecuentes). Resulta de especial utilidad de cara a generar conocimiento en la práctica de enfermería 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 de este caso clínico ha fomentado una actitud reflexiva y de razonamiento crítico, ya que requirió analizar diferentes situaciones ante un problema 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.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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 Partnersh Ltd; 2017.
3. Garais JA, Bonetto VN, Frontino L, Kurpis M. Dermatofibrosarcoma protuberans: a propósito de un caso. Arch Argent Dermatol. 2016;66(5):144-8.
4. Serra Guillén C. Dermatofibrosarcoma protuberans: estudio de factores pronósticos. [Tesis Doctoral]. Valencia: Facultad de Medicina y Odontología. Departamento de Medicina; 2012.
5. 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.
6. 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.
7. Pack GT, Tabah EJ. Dermatofibrosarcoma protuberans: A report of thirty-nine cases. Arch Surg. 1951;62(3):391-411.
8. Taylor HB, Helwig EB. Dermatofibrosarcoma protuberans. A study of 115 cases. Cancer. 1962;15(4):717-25.
9. 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.
10. 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.
11. Barrera JC, Acosta AE, Trujillo L. Dermatofibrosarcoma protuberans. Rev Colomb

- 
- Cancerol. 2019;23(3):99-109.
12. 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.
  13. Valdivielso-Ramos M, Hernanz JM. Dermatofibrosarcoma protuberans en la infancia. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012;103(10):863-73.
  14. 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.
  15. Serra-Guillén C, Llombart B, Sanmartín O. Dermatofibrosarcoma protuberans. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012;103(9):762-77.
  16. Montero Lora Y, Legra Zayas E, Álvarez Hernández Y. Dermatofibrosarcoma protuberante en una paciente adulta. *Medisan*. 2017;21(3):330.
  17. Muñoz-Medina C, Pérez-Herrera K, Ranalli D, Akabati I, Finali-Forneris 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.
  18. 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.
  19. 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.
  20. Gordon M. Diagnóstico enfermero proceso y aplicación. 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
  21. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):127-37.
  22. 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*.

---

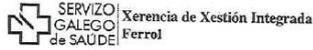
2001;28(6):425-30.

23. 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.
24. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 11ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
25. NNNConsult [web]. Barcelona: Elsevier. [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/> (acceso con login).
26. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes*. 2006;(35):21-9.
27. 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 2020]; 8(1): 4-5. Disponible en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/64923/1/2005\\_1.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/64923/1/2005_1.pdf).
28. Pérez Cruz M. Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes*. 2009; 41:4-11.
29. Pineda-Leguizamo R, Miranda-Novales G, Villasís-Keever MA. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. *Rev Alerg Méx*. 2018; 65(1): 92-8.
30. 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.
31. Andreu Périz D, Hidalgo Blanco MA, Moreno Arroyo C. El caso clínico. *Enferm Nefrol*. 2018;21(2):183-7. DOI: 10.4321/s2254-28842018000200009.
32. López Alonso SR, Morales Asencio JM. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, tests e índices? *Index Enferm*. 2005; 14 (48-49):7-8.
33. 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/!](https://www.aentde.com/pages/correo/ca_200582/)

34. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm.* 2004; (44-45):37-41.
35. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm Universitaria.* 2016; 13(2):124-9.

## **ANEXOS**

## ANEXO I: SOLICITUD DE ACCESO A BASE DE DATOS Y REGISTRO DE LA ASF



### SOLICITUDE DE ACCESO A BASES DE DATOS E REXISTROS DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL (XXIF) PARA TRABALLOS DE INVESTIGACIÓN DE ALUMNOS DE GRAO EN PRACTICAS NA AREA SANITARIA DE FERROL

En relación ó traballo de investigación que se describe no Anexo (I):

- Traballo Fin de Grao (TFG)
- Outros traballos de investigación (indicar a finalidade): .....

**Título:** "....:Plan.de.cuidados.postquirúrgicos.de.un.caso.de.Lesión.oncológica.en.pierna.desde.atención.domíliciliaria".

**Datos do estudante:**  
 Nome e apellidos: Sara Vázquez Rumbo  
 Curso: 4º de Enfermería  
 Facultade/Universidade: Facultade de Enfermería e Podoloxía de Ferrol

**Datos do titor/a principal:**  
 Nome e apellidos: María Sobrido Prieto  
 Centro e departamento: Facultade de enfermaría e Podoloxía de Ferrol

**Datos colaborador/a ou titor/a da XXIF:**  
 Nome e apellidos: Luis Arantón Areosa  
 Servizo/Departamento/Unidade: Dirección de Procesos de Enfermería  
 Categoría: Enfermeiro

Solicítase a Dirección de Procesos de Soporte da XXIF, permiso para o acceso ós datos ou rexistros solicitados no Anexo (I) para, a través da ferramenta que se describe/adxunta, obter a mostra de datos necesarios que permita realizar o traballo proposto; comprometéndose a respetar a lexislación e normativa vixentes en relación a estudos de investigación, en particular referente a lei de protección de datos, e reunir os requerimentos documentais éticos necesarios.

En Ferrol, a ...30...de .....enero.....de .....2020

Sinatura do titor/a:

Luis Arantón Areosa.

Sinatura do alumno/a:

P.O.

Asdo: Dña. Fernanda López Crecente  
 Directora de Procesos de Soporte da XXIF

Acceso concedido

Acceso denegado

Consideracións:.....

## ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ACCESO Y PUBLICACIÓN DE DATOS DE SALUD COMO CASO CLÍNICO/SERIES DE CASOS

#### HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE

PROFESIONAL (*nombre y apellidos*) .....

CENTRO SANITARIO.....

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **pedir su autorización** para recoger datos sobre el problema de salud....., por el que fue o está siendo tratado en este centro. (*describir el problema de salud por el que está siendo atendido y se pide autorización para su publicación*)

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

#### ¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es exponer su problema de salud como “**caso clínico**” a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratado y cómo ha evolucionado. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

#### ¿Qué me están solicitando?

Ud. fue o está siendo atendido en este centro por.....  
(*describir el problema de salud por el que se pide autorización para su publicación*)

**Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe.**

Entre la información que queremos recoger, es necesario .....  
(*especificar “material sensible” que pueda facilitar la identificación del paciente: fotografías, grabaciones en video o audio u otro soporte de datos. Indicar cómo se va a tratar este material para garantizar la confidencialidad. Si no se puede garantizar la confidencialidad y existe riesgo real de identificación del paciente: consultar las INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL AUTOR DE LA PUBLICACIÓN en el documento anexo. Si no se va a utilizar “material sensible”: eliminar este punto*)

La publicación científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o incluso una actividad docente.

#### ¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

#### ¿Se publicarán los datos del caso clínico?

**Sí**, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

Se deberán firmar dos modelos: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

### ¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente.

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni DNI, ni número de historia clínica, ni número de Seguridad Social ni código de identificación personal contenido en su tarjeta sanitaria. Aún así, **no podemos garantizar el anonimato absoluto**: podría ocurrir que alguien que le conoce le identifique en la publicación.

Vamos a utilizar.....

*(especificar "material sensible" que pueda facilitar la identificación del paciente: fotografías, grabaciones en video o audio u otro soporte de datos. Consultar las INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL AUTOR DE LA PUBLICACIÓN en el documento anexo. Si no se va a utilizar "material sensible": eliminar este punto)*

El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con.....

Teléfono:.....Correo-electrónico:.....

**Muchas gracias por su colaboración.**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D<sup>a</sup>.....Leí la información contenida en este documento, y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluye.....

*(especificar "material sensible" que pueda facilitar la identificación del paciente: fotografías, grabaciones en video o audio u otro soporte de datos. Consultar las INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL AUTOR DE LA PUBLICACIÓN en el documento anexo. Si no se va a utilizar "material sensible": eliminar este punto)*

Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación *(eliminar si no se usa "material sensible" con riesgo real de identificación del paciente. Consultar las INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL AUTOR DE LA PUBLICACIÓN en el documento anexo)*

Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado

Fdo.: El/ la paciente

Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

Se deberán firmar dos modelos: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

## ANEXO III: CUESTIONARIO ÍNDICE DE BARTHEL

### Comer

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
- 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

### Trasladarse entre la silla y la cama

- 0 = incapaz, no se mantiene sentado
- 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
- 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
- 15 = independiente

### Aseo personal

- 0 = necesita ayuda con el aseo personal
- 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

### Uso del retrete

- 0 = dependiente
- 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo
- 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

### Bañarse/Ducharse

- 0 = dependiente
- 5 = independiente para bañarse o ducharse

### Desplazarse

- 0 = inmóvil
- 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m
- 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
- 15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador

### Subir y bajar escaleras

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
- 10 = independiente para subir y bajar

### Vestirse y desvestirse

- 0 = dependiente
- 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
- 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

### Control de heces:

- 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
- 5 = accidente excepcional (uno/semana)
- 10 = continente

### Control de orina

- 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
- 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
- 10 = continente, durante al menos 7 días

**Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)**

(\*) Para una descripción más detallada consultar referencias 10 y 34.

## ANEXO IV: CUESTIONARIO EUROQOL-5D

### CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

#### Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama


#### Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme


**Actividades cotidianas** (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas


#### Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar


#### Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido


## TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de salud imaginable

## ANEXO V: CUESTIONARIO LYMQOL EN ESPAÑOL

### LYMQOL LEG-Sistema de puntuación Herramienta de calidad de vida de linfedema

La puntuación de las respuestas individuales se detalla a continuación. Si el ítem no se califica y se deja en blanco o no corresponde, se califica con un 0. Los totales de dominio se calculan sumando los puntajes individuales y dividiendo el total por el número de preguntas respondidas (si >50% no se responde, no se puede calcular y = 0). Los cuatro dominios y sus preguntas correspondientes son:

Función I (a-f), 2, 3  
Apariencia 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10  
Síntomas 11, 12, 13, 14, 15  
Estado de ánimo 16, 17, 18, 19, 20, 21

La calidad de vida general (Q22) se califica como el valor mercado por el paciente, entre 0-10.

<b>(1) ¿Le ha afectado la(s) pierna(s) hinchadas a....?</b>				
Si algún ítem no es aplicable a usted, marque N/A en el cajón	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
a) su caminar	1	2	3	4
b) su capacidad para doblarse, por ejemplo, para atar cordones de los zapatos o cortar las uñas de los pies	1	2	3	4
c) su habilidad para pararse	1	2	3	4
d) su habilidad para levantarse de una silla	1	2	3	4
e) su profesión	1	2	3	4
f) su habilidad para hacer las tareas del hogar	1	2	3	4

<b>(2) ¿La inflamación afecta a sus actividades de ocio/vida social?</b>	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Por favor, da ejemplos de esto:

.....

.....

<b>(3) ¿Cuánto tienes que depender de otras personas?</b>	1	2	3	4
<b>(4) ¿Cuánto siente que la inflamación afecta a su apariencia?</b>	1	2	3	4
<b>(5) ¿Cuánta dificultad tiene para encontrar ropa que le quede bien?</b>	1	2	3	4
<b>(6) ¿Cuánta dificultad tiene para encontrar ropa que le gustaría usar?</b>	1	2	3	4
<b>(7) ¿Tiene dificultades para encontrar calzado que le quede bien?</b>	1	2	3	4
<b>(8) ¿Tiene dificultades para encontrar calcetines/medias/ que le queden bien?</b>	1	2	3	4
<b>(9) ¿La inflamación afecta a cómo se siente consigo misma?</b>	1	2	3	4
<b>(10) ¿Afecta a sus relaciones con otras personas?</b>	1	2	3	4
<b>(11) ¿Su linfedema le causa dolor?</b>	1	2	3	4
<b>(12) ¿Tiene endurecimiento en la(s) pierna(s) hinchada(s)?</b>	1	2	3	4
<b>(13) ¿Tiene alguna sensación de "alfileres y agujas" u hormigueo en la(s) pierna(s) hinchada(s)?</b>	1	2	3	4
<b>(14) ¿Siente débil la(s) pierna(s) hinchada(s)?</b>	1	2	3	4
<b>(15) ¿Siente pesada(s) la(s) pierna(s) hinchada(s)?</b>	1	2	3	4
<b>En la semana pasada....</b>	1	2	3	4
<b>(16) ¿Ha tenido problemas para dormir?</b>	1	2	3	4
<b>(17) ¿Ha tenido dificultades para concentrarse en cosas, por ejemplo, leer?</b>	1	2	3	4
<b>(18) ¿Se ha sentido tenso?</b>	1	2	3	4
<b>(19) ¿Se ha sentido preocupado?</b>	1	2	3	4
<b>(20) ¿Se ha sentido irritable?</b>	1	2	3	4
<b>(21) ¿Se ha sentido deprimido?</b>	1	2	3	4
<b>(22) En general, ¿cómo calificaría su calidad de vida en la actualidad? Marque su puntaje en la siguiente escala:</b>				

Pobre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Gracias por completar este cuestionario.

Si tiene algún comentario o consulta al respecto, hable sobre esto con

.....