

# CÓMO VALORAR Y TRATAR UN FIBROMIXOMA SUPERFICIAL ACRAL A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

## [HOW TO ASSESS AND TREAT AN ACRAL SUPERFICIAL FIBROMIXOMA THROUGH A CLINICAL CASE]

**Autores:**  Candela Rodríguez-Casal <sup>(1)</sup>,  Luis Arantón-Areosa <sup>(2) (\*)</sup>,  José María Rumbo-Prieto <sup>(3,4)</sup>.

(1) Grado en Enfermería y en Podología. Área Sanitaria de Ferrol (España).

(2) PhD, MSN, RN. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol (España).

(3) PhD, MSN, FNP, RN. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(4) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña (España).

**Contacto** (\*) [luaranton@yahoo.es](mailto:luaranton@yahoo.es)

Fecha de recepción: 20/09/2024

Fecha de aceptación: 18/12/2024

Rodríguez-Casal C, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Cómo valorar y tratar un fibromixoma superficial acral a través de un caso clínico. *Enferm Dermatol.* 2025;19(54): e01-e10. DOI: 10.5281/zenodo.15684941

### RESUMEN:

**Objetivo:** Realizar una valoración integral y un plan de cuidados postoperatorios para una paciente intervenida por un fibromixoma superficial acral en el tercer dedo del pie izquierdo.

**Metodología:** Se realizó la revisión clínica de un caso. La valoración se llevó a cabo mediante los once Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Se elaboró el plan de cuidados según la taxonomía NANDA, NOC y NIC, aplicando el modelo AREA para la selección de diagnósticos y el modelo DREOM para la identificación de resultados e intervenciones. Complementariamente, se utilizaron diferentes escalas validadas para apoyar la valoración objetiva.

**Resultados:** Se identificaron ocho diagnósticos NANDA, priorizando tres de ellos relacionados con problemas de movilidad, autopercepción-autoconcepto y lesión cutánea. El plan de cuidados incluye ocho resultados NOC y diez intervenciones NIC. Actualmente, todos los diagnósticos se han resuelto satisfactoriamente.

**Conclusiones:** El caso clínico ha permitido identificar las pautas de actuación de enfermería en una situación cotidiana de pacientes sometidos a cirugía por tumores cutáneos, quienes, tras la intervención quirúrgica, son atendidos desde atención primaria y presentan múltiples problemas de afectación a nivel biopsicosocial. Consideramos que los resultados obtenidos pueden proporcionar información valiosa para servir de base en el aprendizaje pedagógico y para formular hipótesis en estudios de investigación que permitan profundizar en este problema de salud.

**Palabras clave:** Fibromixoma, Tumor odontogénico; Neoplasias; Cuidados de Enfermería; Manejo del dolor.

### ABSTRACT:

**Objective:** To carry out a comprehensive assessment and a postoperative care plan for a patient operated on for a superficial acral fibromyxoma in the third toe of the left foot.

**Methodology:** A clinical case review was conducted. The assessment was performed using Marjory Gordon's eleven Functional Health Patterns. The care plan was developed according to the NANDA, NOC, and NIC taxonomies, applying the AREA model for the selection of diagnoses and the DREOM model for identifying outcomes and interventions. Additionally, various validated scales were used to support the objective assessment.

**Results:** Eight NANDA diagnoses were identified, with three prioritized related to mobility problems, self-perception/self-concept, and skin injury. The care plan includes eight NOC outcomes and ten NIC interventions. Currently, all diagnoses have been satisfactorily resolved.

**Conclusions:** This clinical case has enabled the identification of nursing care guidelines in a common situation for patients undergoing surgery for skin tumors, who, after surgical intervention, are managed in primary care and present with multiple biopsychosocial issues. We believe that the results obtained may provide valuable information as a basis for pedagogical learning and for formulating hypotheses in research studies that allow for a deeper understanding of this health problem.

**Keywords:** Fibromyxoma; Odontogenic tumor; Neoplasms; Nursing care; Pain management.

### INTRODUCCIÓN:

El fibromixoma superficial acral (FSA) fue descrito por primera vez en 2001 por Fetsch et al. como una neoplasia mesenquimal benigna y poco frecuente de los tejidos blandos superficiales<sup>(1-5)</sup>. La lesión se presenta como un nódulo solitario, de consistencia variable entre blanda y dura, y de

## FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

coloración normal; aunque, de forma excepcional, puede mostrar pigmentaciones blancas o rojas. El tamaño del tumor oscila entre 5 y 50 milímetros (mm) de diámetro. Su crecimiento es lento y, generalmente, es asintomático o levemente doloroso a la palpación, pudiendo llegar a distorsionar la morfología ungueal.

### Prevalencia:

El FSA es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación de 2:1. La edad de mayor incidencia se sitúa entre los 43 y 58 años<sup>(1)</sup>. La localización de este tumor es casi exclusiva de manos y pies, siendo las regiones de los dedos las más afectadas (Imagen 1). Los dedos de los pies representan el 45,8% de los casos, mientras que los dedos de las manos corresponden al 39,1%. Se han descrito casos excepcionales en pantorrilla y muslos. En casi la mitad de los casos, la superficie ungueal está comprometida, presentando onicolisis o hiperqueratosis subungueal<sup>(1-3)</sup>.



**Imagen 1:** FSA en zona plantar del 3º dedo del pie izquierdo (Fuente: imagen propia).

### Etiopatogenia:

El FSA no presenta un factor de riesgo bien establecido y su etiología es desconocida. La literatura describe que un antecedente traumático, presente en aproximadamente el 25% de los casos, podría desencadenar la aparición del tumor. No se han reportado casos de malignidad<sup>(1,6,7)</sup>.

### Histología:

El FSA es un tumor dérmico bien delimitado e hipervascularizado, que puede extenderse al tejido subcutáneo, la fascia y el periostio, sin mostrar conexión con la epidermis adyacente. La lesión está compuesta por células fusiformes y estrelladas, inmersas en un estroma que puede ser mixoide, mixocolagenoso o colagenoso, siendo el mixocolagenoso el más frecuente. En la mayoría de las muestras se observan mastocitos y ausencia de mitosis. Es raro encontrar infiltrado linfocítico y atipias nucleares, que, de estar presentes, son leves<sup>(1)</sup>.

Las células tumorales muestran inmunorreactividad para el cúmulo de diferenciación 34 (CD34), aunque existen casos

en los que es negativo. Otros marcadores que pueden estar presentes son: CD99, antígeno de membrana epitelial (AME), nestina y CD10. Mayoritariamente, presenta resultados negativos para S-100, HMB-45, citoqueratina, apolipoproteína D, desmina y actina<sup>(5,6)</sup>.

### Diagnóstico:

Para confirmar o descartar el diagnóstico de FSA, suelen realizarse estudios histopatológicos y una serie de pruebas complementarias, como las que se describen a continuación:

- **Radiografía (Rx):** Es útil para determinar el grado de afectación ósea (un 36% de los casos presenta lesiones óseas erosivas o líticas). El tejido blando no suele mostrar calcificación en una Rx simple; sin embargo, puede ser responsable de la erosión del hueso cortical subyacente. Estos cambios suelen limitarse al área cortical, con una zona estrecha de transición de naturaleza benigna y una erosión crónica. Varikatt et al. informaron un caso de erosión en la cavidad medular, señalando que esto no solo imita un proceso más agresivo, sino que también puede estar relacionado con el riesgo de recurrencia, dada la dificultad potencial de obtener un margen de resección adecuado. Es importante completar el diagnóstico con una Rx simple, ya que la afectación ósea puede modificar la extensión de la lesión y la planificación terapéutica<sup>(3,5,7)</sup>.
- **Resonancia magnética (RM):** En esta prueba, el FSA muestra una hiperintensidad homogénea en imágenes ponderadas en T2, y un mayor contraste con el tejido normal en la resonancia tras la administración de contraste. Oteo-Álvaro et al. describieron una presentación de RM diferente, con baja intensidad de señal en T1 y T2, lo que sugiere una naturaleza fibrosa, probablemente secundaria a un mayor contenido fibroso respecto al mixoide en la lesión<sup>(3,5)</sup>.
- **Ultrasonidos:** Proporciona información sobre el tamaño, localización, forma y contenido de la masa tumoral. Suele asociarse al uso de Doppler, que aporta datos sobre el patrón vascular y ayuda en la respuesta terapéutica. La ecografía también es útil en el seguimiento y detección de recurrencias tras tratamiento quirúrgico<sup>(3)</sup>.
- **Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial del FSA debe realizarse con diversas patologías, tanto benignas como malignas. Las dos más comunes son el fibroqueratoma digital adquirido y el fibroma periungueal, ya que suelen ser considerados diagnósticos iniciales y, por tanto, es fundamental diferenciarlos del FSA<sup>(6)</sup> (**Tabla I**).

### Tratamiento:

El tratamiento recomendado es la extirpación completa o resección de la lesión, para así prevenir recurrencias. Aunque, como ya se ha mencionado anteriormente, el tumor

no muestra evidencia de comportamiento agresivo, la presencia de atipia citológica en un pequeño número de casos hace poco claro el potencial de transformación maligna<sup>(7)</sup>.

CONDICIÓN	BENIGNO / MALIGNO	PRESENTACIÓN CLÍNICA	HISTOLOGÍA
<b>Fibroqueratoma digital adquirido</b>	Benigno	Nódulo <1 cm En dedos	Negativo para CD34
<b>Fibroma periungueal</b>	Benigno	Pápulas cónicas y firmes Rosa a rojo Debajo del pliegue ungueal proximal	Fibroblastos estrellados mezclados con colágeno denso y vasos sanguíneos orientados verticalmente
<b>Neurofibroma mixoide</b>	Benigno	Lesión solitaria Manos o pies, pero con predilección por la cabeza y el cuello	Ausencia de vascularización y la inmunoreactividad para S100
<b>Dermatofibrosarcoma protuberans</b>	Maligno	Tronco y extremidades proximales Patrón de crecimiento más infiltrativo	No tiñe para EMA
<b>Mixofibrosarcoma</b>	Maligno	Nódulo cutáneo Único en las extremidades proximales	Células fusiformes y áreas celulares y mixoides alternas, pero tiende a ser mucho más celular y pleomórfico Se tiñe positivamente solo para vimentina y CD34, y ocasionalmente para actina
<b>Sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio acral</b>	Maligno	Extremidades de pacientes de mediana edad	Patrón nodular de alternancia de áreas mixoides densamente hiper celulares e hipocelulares Infiltrado inflamatorio mixto, células gigantes y pseudolipoblastos Tinciones positivas para vimentina, CD34 y CD68

**Tabla 1.** Diagnóstico diferencial del FSA (Fuente: elaboración propia).

## Pronóstico:

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 la existencia de recidivas en un 25% de los casos en un intervalo de tiempo de 27 meses. Sin embargo, es importante señalar que la recurrencia solo se ha informado en los casos en los que los márgenes iniciales fueron positivos. Solo se ha documentado un caso de recurrencia del FSA después de volver a realizar la escisión con márgenes negativos<sup>(6)</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

## Descripción:

Mujer de 49 años que acude derivada del Servicio de Cirugía General del Complejo Universitario de Ferrol (CHUF) a la Clínica Universitaria de Podología (CUP) para valoración, tratamiento y seguimiento de la lesión de crecimiento exofítico.

## Valoración clínica:

Durante la exploración se observa un apéndice carnososo y con bordes delimitados de aproximadamente 1 cm de diámetro bajo el 3º dedo del pie izquierdo, compatible con diagnóstico de FSA (Imagen 2).



**Imagen 2:** Aspecto del fibroma pendular 3º dedo en la primera visita (Fuente: imagen propia).

La paciente refiere dolor leve que se acentúa a la presión, describiéndolo con una intensidad de 4 sobre 10 según la Escala Visual Analógica (EVA).

Como parte de la exploración vascular se confirmó la presencia, mediante palpación, de los pulsos pedios y tibial posterior en ambos pies (intensidad normal). Por su parte, se obtuvo un valor de índice tobillo- brazo (ITB) de 1, indicando un estado hemodinámico normal.

En cuanto a la exploración biomecánica, en la movilidad del primer radio la amplitud de movimiento total es equitativa entre dorsiflexión y plantarflexión con una articulación subastragalina (ASA) neutra y una articulación mediotarsiana (AMT) en pronación máxima. Los valores obtenidos en el Foot Posture Index (FPI) arrojan resultados de posición neutra de la ASA, y, por tanto, posición neutra de pie. La exploración en dinámica mediante visualización directa aporta valores de normalidad.

## Juicio clínico:

Dados los hallazgos clínicos, se realizó una ecografía, la cual apoyó la sospecha diagnóstica de FSA.

## Evolución clínica y cuidados:

La paciente es remitida a la Clínica Universitaria de Podología (CUP) para valoración y toma de decisión terapéutica. Se

## FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

programa intervención quirúrgica de exéresis de la lesión, explicándole a la paciente detalladamente el proceso (sus beneficios y posibles riesgos ofreciendo la posibilidad de consultar las dudas).

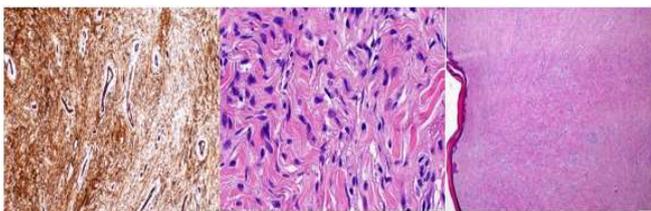
Antes de que la paciente abandone la consulta, se le explican una serie de normas prequirúrgicas que debe seguir para garantizar las condiciones óptimas de su llegada a quirófano.

Se le entrega una hoja informativa prequirúrgica, donde aparecerán los cuidados que debe realizar en la zona antes de su llegada a quirófano y normas de tipo general como el calzado que debe utilizar, la comida, etc.

Días después la paciente acude para realizar la intervención quirúrgica programada de exéresis de la tumoración. Posteriormente, en el estudio histopatológico se observa:

- Proliferación celular de patrón irregular e infiltrativo, centrado en dermis y con extensión al tejido adiposo subcutáneo más superficial respetando márgenes quirúrgicos.
- Constituida por fibroblastos mayormente fuso celulares y ocasionalmente estrellados que se disponen en fascículos o al azar desordenados, sin atipia citológica ni mitosis.
- Estroma denso colagenizado con áreas ligeramente mixoides, numerosos vasos y mastocitos.
- Intensa positividad para CD-34 y KI-67 con un índice de proliferación celular del 1%.

Con estos datos se confirmó la sospecha diagnóstica de FSA (Imagen 3).



**Imagen 3:** Resultados histológicos de anatomía patológica (Fuente: imagen propia).

Se indicó seguimiento y revisión en la CUP, así como, la realización de curas ambulatorias en su centro de salud. Las recomendaciones y tratamiento a seguir fueron:

- Reposo relativo, es decir, evitar actividad física brusca, golpes, etc., pero sí se recomienda caminar para estimular la circulación.
- No aproximar el pie a focos de calor.
- No manipular la herida quirúrgica ni el vendaje.
- Controles con su enfermera de atención primaria para la realización de curas con povidona yodada + apósito absorbente no adherente + vendaje de recubrimiento.
- En el caso de complicaciones, paracetamol 1 gramo cada 8 horas si dolor.

A las 48 horas se realizó la primera cura posquirúrgica bajo el 3º dedo del pie izquierdo consistente en cambio de vendaje, lavado con suero fisiológico y aplicación de antiséptico

tópico (povidona yodada). La herida presentaba buen aspecto no apreciándose sangrado ni signos de infección (Imagen 4).



**Imagen 4:** Aspecto de la herida quirúrgica a las 48 horas de la cirugía (Fuente: imagen propia).

La paciente manifestó dolor a la palpación de rápida resolución con la medicación analgésica. A pesar de esto, la evolución de la herida fue favorable.

Se pautó la siguiente cita a las 2 semanas tras la primera cura repitiendo el proceso (cambio de vendaje, irrigación con suero fisiológico y aplicación de povidona yodada). Se pudo apreciar como el área intervenida evolucionó de forma favorable, cicatrizando sin signos de infección ni sangrado. La paciente manifestó dolor a la palpación de rápida resolución con la medicación analgésica. A pesar de esto, la evolución seguía prosperando.

A los 21 días de la segunda cura se pautó la siguiente cita, es decir, al mes de haber realizado la cirugía. Se pudo observar la zona totalmente cicatrizada, sin sangrado ni procesos exudativos (Imagen 5). La paciente no refería haber padecido dolor. Se procedió a la retirada de los puntos de sutura.



**Imagen 5:** Aspecto de la lesión posquirúrgica al cabo de un mes (Fuente: imagen propia).

A los dos meses de haber realizado la tercera cura se realiza una cuarta revisión. Se observa la zona totalmente cicatrizada, sin sangrado ni procesos exudativos (Imagen 6).



**Imagen 6:** Aspecto de la lesión posquirúrgica a los 3 meses (Fuente: imagen propia).

La paciente no refería haber padecido dolor. Se procedió, por tanto, a dar el alta quirúrgica.

### Aspectos ético-legales:

Los estudios de 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. Sin embargo, 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) [12] 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) [13]. Se le solicita a la paciente la firma de un consentimiento informado específico para casos clínicos donde se describe el objetivo del estudio y el tratamiento de los datos que serán codificados. También se ha seguido la normativa ético-legal vigente para estudios biomédicos (Declaración de Helsinki y convenio de Oviedo).

### Valoración de enfermería:

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>[16]</sup> (**Tabla II**).

Como resultado de la valoración obtenemos que el patrón 2 (nutricional-metabólico), el 4 (actividad-ejercicio), el 5 (sueño-reposo), el 7 (autopercepción-autoconcepto) y 10 (afrentamiento-tolerancia del 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:

<p><b>Patrón 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD</b></p> <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>
<p><b>Patrón 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO</b></p> <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>
<p><b>Patrón 3. ELIMINACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Continente para orina y heces.</li> <li>-Regularidad de eliminación.</li> <li>-No uso de laxantes.</li> <li>-No drenajes, aspiración, etc.</li> <li>-No déficit de conocimientos.</li> </ul>
<p><b>Patrón 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO</b></p> <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>
<p><b>Patrón 5. SUEÑO-REPOSO</b></p> <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>
<p><b>Patrón 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO</b></p> <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>
<p><b>Patrón 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Optimista.</li> <li>-No a gusto consigo misma.</li> <li>-Los cambios sufridos en su cuerpo son un problema.</li> <li>-Cambios en los sentimientos hacia sí mismo y hacia su cuerpo a causa de la enfermedad.</li> <li>-Mantiene el contacto visual y expresión.</li> <li>-Relajada y asertiva.</li> </ul>
<p><b>Patrón 8. ROL-RELACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estructura familiar en convivencia: pareja e hijos.</li> <li>-Apoyo familiar y de amigos. Buena interacción.</li> <li>-Familiares/otros que dependen de ella para ciertas tareas.</li> <li>-No problemas en el trabajo. Actualmente de baja.</li> </ul>
<p><b>Patrón 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Relaciones sexuales satisfactorias y sin problemas.</li> <li>-Uso anticonceptivos.</li> <li>-Menstruación, aunque con ausencias prolongadas por premenopausia.</li> </ul>
<p><b>Patrón 10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA DEL ESTRÉS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gran cambio la pérdida de movilidad e independencia por la cirugía.</li> <li>-Crisis personales consigo misma.</li> <li>-Personas a las que recurre: familiares cercanos.</li> <li>-No consumo de alcohol, drogas o medicamentos para afrontar problemas.</li> </ul>
<p><b>Patrón 11. VALORES-CREENCIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ideas claras sobre lo que quiere.</li> <li>-La religión no es fundamental, pero sí está presente.</li> </ul>

**Tabla II.** Valoración de los 11 patrones según Marjory Gordon (Fuente: elaboración propia).

## FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

- Índice de Barthel (IB) [17]: El resultado obtenido en nuestra paciente fue de 90 puntos, situándose de esta forma en un grado de dependencia moderada. Son en las ABVD de trasladarse entre la silla y la cama y subir/bajar escaleras donde existe dependencia; mientras que, en el resto de los ítems, es independiente.
- EuroQoL-5D (EQ-5D) [18]: El estado de salud de la paciente es el 22322. El índice correspondiente a dicho estado de salud es 0,226, 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.

Comparando los datos recogidos mediante la valoración y las dos 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.
- La autopercepción-autoconcepto: existencia de sentimientos negativos.
- La lesión cutánea: herida postquirúrgica cuya cicatriz afectará estéticamente a la paciente.

### 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) [19]. Para ello se usó la base de datos de DdE de acceso online NNNConsult (Elsevier Inc) [20] (Tabla III).

NECESIDAD	NANDA-I
Higiene/piel	<b>00044 Deterioro de la integridad tisular</b>
Moverse	<b>00085 Deterioro de la movilidad física</b>
Moverse	<b>00088 Deterioro de la deambulación</b>
Evitar peligros / seguridad	<b>00100 Retraso de la recuperación quirúrgica</b>
Moverse	<b>00298 Disminución de la tolerancia a la actividad</b>
Reposo/sueño	<b>00198 Trastorno del patrón del sueño</b>
Trabajar/realizarse	<b>00118 Trastorno de la imagen corporal</b>
Evitar peligros /seguridad	<b>00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo</b>

Tabla III. Relación de Diagnósticos de Enfermería (Fuente: elaboración propia).

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 cibar 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) [21,22]. 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 FSA. 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 7).

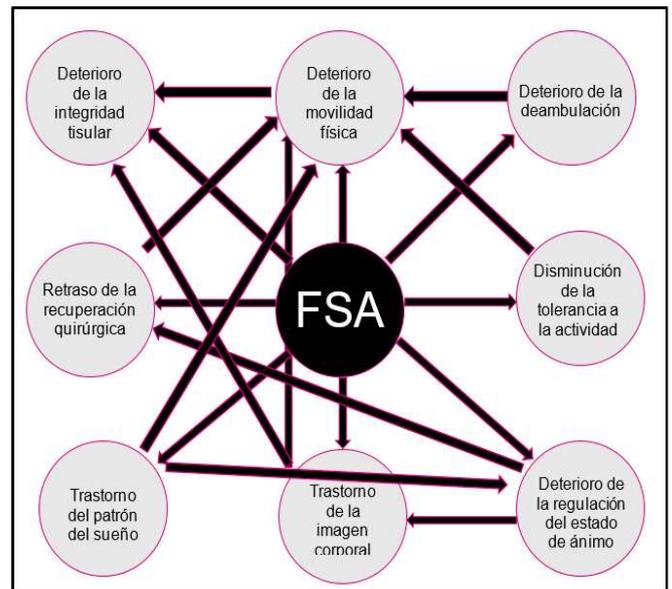


Imagen 7. Modelo AREA. Relaciones establecidas y obtención de los NANDA más relevantes (Fuente: imagen propia).

Los cinco diagnósticos resultantes de la aplicación del modelo AREA, priorizamos los más relevantes para nuestro caso clínico fueron los descritos en la Tabla IV.

DIAGNÓSTICO NANDA	CARACTERÍSTICA DEFINITORIA	FACTOR RELACIONADO	CONDICIÓN ASOCIADA
<b>Deterioro de la integridad tisular (00044)</b>	Deterioro de la integridad cutánea	Conocimiento inadecuado sobre el mantenimiento de la integridad tisular	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 musculoesquelético Restricción de la movilidad prescrita
<b>Trastorno de la imagen corporal (00118)</b>	Percepciones que reflejan una visión alterada del aspecto del propio cuerpo Expresa preocupación con el cambio	Disfunción cognitiva	Deterioro del funcionamiento psicosocial Heridas y lesiones Procedimientos quirúrgicos

Tabla IV. Diagnósticos más relevantes (Fuente: elaboración propia).

Además de los 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 [23]. 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) [20].

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):

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>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.</li> <li>- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.</li> </ul>			
<b>NIC: Enseñanza: individual (5606)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.</li> <li>- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.</li> <li>- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.</li> <li>- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario, según corresponda.</li> </ul>			

### 2) Deterioro de la movilidad física (00085):

RESULTADOS NOC	INDICADORES	EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT)	
		INICIO	FINAL
<b>(0208) Movilidad</b>	(20802) Mantenimiento de la posición corporal	3	5
	(20804) Movimiento articular	4	5
	(20806) Ambulación	2	5
	(20814) Se mueve con facilidad	2	5
1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido			

<b>(0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</b>	(20411) Fuerza muscular	3	5
1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente comprometido; 3: Moderadamente comprometido; 4: Levemente comprometido; 5: No comprometido			
<b>(0205) Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas</b>	(20508) Trastorno del sueño	3	5
	(20510) Imagen corporal negativa	3	5
1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve; 5: Ninguno			
<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 deambulacion y evite lesiones.</li> <li>- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulacion si el paciente tiene inestabilidad.</li> <li>- Ayudar al paciente con la deambulacion 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>			

### 3) Trastorno de la imagen corporal (00118):

RESULTADOS NOC	INDICADORES	EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT)	
		INICIO	FINAL
<b>(1200) Imagen corporal</b>	(120014) Adaptación a cambios corporales por cirugía	3	5
	(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			
<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
1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado			
<b>(1205) Autoestima</b>	(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			
<b>NIC: Mejora de la imagen corporal (5220)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.</li> <li>- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.</li> <li>- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.</li> <li>- Identificar los medios de disminución del efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.</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: Ayuda al autocuidado (1800)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> </ul>			

# FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.

- Alentar la independencia, peor interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

## NIC: Potenciación de la autoestima (5400)

-Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.

-Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.

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 los tres diagnósticos principales acordados a tres problemas detectados en la valoración. Como resultado hemos logrado la resolución de los tres diagnósticos establecidos.

De forma complementaria, hemos considerado importantes hacer una reevaluación de las dos 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: en la escala de Barthel, obtiene una puntuación de 100 puntos, situándose así en un grado de completamente independiente.

EQ-5D: en cuanto a la CVRS, el estado de salud de la paciente ahora es el 11111. El índice correspondiente es 1, representando así el mejor estado de salud. En la escala EVA el valor señalado por la paciente ha sido de 90 puntos, por lo que se sitúa por encima de lo que sería un estado normal.

De esta forma podemos observar que:

- Existe una nula discapacidad funcional en las ABVD, progresando desde una dependencia moderada a una dependencia nula.
- El valor resultante del primer índice de la valoración de la CVRS era muy bajo, pero ha ascendido hasta situarse en el valor más alto posible; al igual que la puntuación asignada por la paciente sobre su estado de salud actual.

## 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 [20-26]. Además, resulta una herramienta con gran potencial para transferir conocimiento, siendo un diseño a tener en cuenta en entornos de aprendizaje.

El FSA es una neoplasia mesenquimal benigna y 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, 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. 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 dos escalas que sirvieron de apoyo para una evaluación más objetiva (IB21 [17] y EQ-5D22 [18]); 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. Por otro lado, la escala EQ-5D [18], cuenta 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 ella, 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. 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 [21] 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>[21,22,27,28]</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>[29]</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>[23]</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 y contenido acerca de las técnicas utilizadas para la confirmación del diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del FSA 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.

Ya desde un primer momento, hemos sido conscientes de la limitación en relación con la cantidad y variedad de la información disponible acerca del FSA 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. 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.

### CONFLICTOS DE INTERESES:

Los/as autores/as declaran no tener conflictos de interés.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Sánchez LI, Ávila AM, Gómez LM, Flórez HA. Fibromixoma acral superficial. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol*. 2019; 27 (1): 63–7.
2. Akçay Çelik M, Erdem H, Turhan Haktanır N. Superficial Acral Fibromyxoma: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020; 77: 531–3.
3. Crepaldi BE, Soares RD, Silveira FD, Taira RI, Hirakawa CK, Matsumoto MH. Fibromixoma acral superficial: Revisão da Literatura. *Rev Bras Ortop*. 2019; 54 (5): 491–6.
4. Lamberti A, Miracco C, Fimiani M, Rubegni P. Superficial Acral Fibromyxoma of the Toe: Unusual Location of the Mixoid Variant. *Am J Dermatopathol*. 2017; 39 (11): 849–52.
5. Lee S, Reid MAR. Superficial acral fibromyxoma: a case report with radiological review. *Skeletal Radiol*. 2018; 47 (7): 1021–8.
6. Sawaya JL, Khachemoune A. Superficial acral fibromyxoma. *Int J Dermatol*. 2015;54(5):499–508.
7. Crepaldi BE, Soares RD, Silveira FD, Taira RI, Hirakawa CK, Matsumoto MH. Fibromixoma acral superficial: Revisão da Literatura. *Rev Bras Ortop*. 2019;54(5):491–6.
8. Tumor de Köenen: etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento de elección [Internet]. Elsevier.es. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-podologia-224-pdf-X0210123815501427>
9. Estrada VM, Manifacio CR. Neurofibroma mixoide solitario. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002; 11 (2): 97–100.

10. Al-Rahbi S, Al-Lawati T, Al-Kharusi S, Thomas S, Al-Harrasi K. Dermatofibrosarcoma protuberans: una malignidad rara de la mama. *Oman Med J*. 2015; 30 (5): 378–81.
11. Proubasta I, Arriaga N, Alegría I, Jiménez A. Sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio acral: caso clínico y revisión bibliográfica. *Rev iberoam cir mano*. 2014; 42 (02): 157–61.
12. 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.
13. 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.
14. BOE.es - BOE-A-1999-23750 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [Internet]. Boe.es. [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boe.es. [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
16. Gordon M. Diagnóstico enfermero proceso y aplicación. 3a ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1996.
17. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):127-37.
18. 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.
19. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 11a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
20. NNNConsult [web]. Barcelona: Elsevier. [citado 30 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/> (acceso con login).
21. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes*. 2006;(35):21-9.
22. 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 28 de abril de 2024]; 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).
23. Pérez Cruz M. Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes*. 2009; 41:4-11.
24. 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.
25. 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.
26. Andreu Pérez D, Hidalgo Blanco MA, Moreno Arroyo C. El caso clínico. *Enferm Nefrol*. 2018;21(2):183-7. DOI: 10.4321/s2254-28842018000200009.
27. Roure R. El modelo AREA desde la perspectiva asistencial. *Correo AENTDE* [online]. 2005 [citado 28 de abril de 2024]; 8(2): 2-3. Disponible en: [https://www.aentde.com/pages/correo/ca\\_200582/138](https://www.aentde.com/pages/correo/ca_200582/138).
28. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm*. 2004; (44-45):37-41.
29. González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. *Enferm Universitaria*. 2016; 13(2):124-9.