

ABORDAJE PALIATIVO DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS TUMORALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PALLIATIVE NURSING APPROACH IN TUMOR ULCERS. LITERATURE REVIEW

Autores:  Jéssica Seco-Franco

Enfermera (RN). Enfermera Interna Residente de Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol

Contacto: Jessica.Seco.Franco@sergas.es

Fecha de recepción: 25/05/2019
Fecha de aceptación: 15/10/2019

Seco-Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(38): 30-39. doi: 10.5281/zenodo.3574671

RESUMEN:

Objetivo: Conocer las pautas para la valoración, tratamiento y diseño de planes de cuidados de enfermería a pacientes con úlceras tumorales.

Metodología: Revisión bibliográfica a través de seis bases de datos científicas. Selección de las publicaciones según criterios de inclusión-exclusión y lectura crítica de los resúmenes.

Resultados: Se han revisado en texto completo 17 artículos. Los estudios consultados coinciden en la necesidad de realizar una valoración holística del paciente, prestando atención a la parte emocional y social. Sobre su clasificación no existe un consenso claro. Los signos y síntomas que más preocupan al paciente y a los profesionales son el dolor, el olor y el exudado. Su control va a ser el objetivo principal del plan terapéutico. El diagnóstico más prevalente es el "Deterioro de la integridad cutánea", pero también aparecen otros secundarios como el "Trastorno de la imagen corporal" y la "Baja autoestima situacional".

Conclusiones: Una valoración completa de la situación del paciente y de la úlcera a nivel local es fundamental para adoptar un abordaje adecuado y diseñar el plan de cuidados. Este abordaje paliativo irá dirigido a controlar los signos y síntomas asociados para mejorar el confort y la calidad de vida del paciente. Es necesaria una mayor formación de los profesionales en este campo y la implementación de protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, para mejorar la atención prestada.

Palabras clave: Úlceras tumorales, valoración, cuidados paliativos, plan de cuidados.

ABSTRACT:

Objective: To know the guidelines for the assessment, treatment and design of nursing care plans for patients with tumor ulcers.

Methodology: Literature review through six scientific databases. Selection of publications according to inclusion-exclusion criteria and critical reading of abstracts.

Results: 17 articles have been reviewed in full text. The studies consulted coincide in the need for a holistic assessment of the patient, paying attention to the emotional and social part. On its classification, there is no clear consensus. The signs and symptoms that most concern the patient and professionals are pain, smell and exudate. Its control will be the main objective of the therapeutic plan. The most prevalent diagnosis is the "Deterioration of skin integrity", but other secondary ones such as "Body image disorder" and "Low situational self-esteem" also appear.

Conclusions: A complete assessment of the situation of the patient and the ulcer at the local level is essential to adopt an adequate approach and design the care plan. This palliative approach will be aimed at controlling the associated signs and symptoms to improve the patient's comfort and quality of life. Further training of professionals in this field and the implementation of updated clinical practice protocols and guides is necessary to improve the care provided.

Keywords: Tumor ulcers, assessment, palliative care, care plan.

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas estamos asistiendo a un proceso progresivo de envejecimiento de la población, y en consecuencia al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Paralelamente, los avances científicos y técnicos prolongan la supervivencia de los pacientes con estas patologías, llegando a estadios avanzados de la enfermedad en la que precisan de cuidados paliativos⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como aquellos cuidados cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal e idealmente deberían de ser introducidos de forma gradual desde las etapas iniciales de la enfermedad⁽¹⁻³⁾.

En este sentido, a pesar de que el seguimiento y tratamiento paliativo de pacientes con enfermedad avanzada no oncológica va en aumento, lo cierto es que la mayoría continúan siendo pacientes con cáncer⁽⁴⁾.

El cáncer constituye además la segunda causa de muerte en España, siendo responsable del 26% del total de defunciones, según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, siguiendo una tendencia al alza tanto a nivel nacional como europeo⁽⁵⁾. Así, la Sociedad Española de Oncología Médica ha estimado que en 2019 se diagnosticarán 277.234 casos nuevos de cáncer en España, un 12% más que en 2015⁽⁶⁾.

Las úlceras tumorales o neoplásicas suelen aparecer en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad y/o durante la fase terminal de la enfermedad oncológica^(7,8). Estas se definen como lesiones cutáneas producidas por la infiltración y proliferación de células tumorales en las estructuras de la piel y/o red vascular y linfática adyacentes^(7,9).

Su forma de presentación habitual se asocia con dolor, mal olor, sangrado local, exudado y edema^(7,9,10). Su origen es el crecimiento de un tumor primario de la piel (carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma, sarcoma de Kaposi, linfomas cutáneos...) o bien la invasión metastásica de otras neoplasias^(7,9-11).

En esta diseminación metastásica la enfermedad oncológica suele seguir criterios de proximidad, de manera que las metástasis cutáneas más habituales son localizadas en tórax y secundarias a cáncer de mama en las

mujeres y a cáncer de pulmón en los hombres⁽⁸⁾, los cuales se corresponden por otro lado, con los tumores más prevalentes si se realiza un análisis de frecuencia con distinción por sexo⁽⁵⁾.

Etiológicamente, las úlceras neoplásicas también se pueden formar de manera secundaria a heridas crónicas de larga evolución que se malignizan, como por ejemplo las úlceras de Marjolin, o por implantación accidental de células cancerígenas en epitelio durante procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, aunque la frecuencia de aparición de estas dos presentaciones es muy escasa⁽⁸⁾.

La literatura diferencia las úlceras tumorales de las lesiones post-oncológicas, secundarias al tratamiento médico o quirúrgico del tumor, y concretamente de la radiodermatitis, efectos cutáneos adversos del tratamiento con radiaciones ionizantes, que se podría encuadrar dentro del grupo anterior, pero su forma de presentación habitual difiere en muchas ocasiones de la de las lesiones que nos ocupan, por lo que no se han tenido en cuenta sus particularidades en esta revisión⁽¹¹⁾.

A nivel epidemiológico, la prevalencia global estimada de lesiones cutáneas tumorales se sitúa entre el 0,6% y 9%⁽⁸⁾. Dentro de las neoplasias primarias de piel, los melanomas o carcinomas de células escamosas, son los que más frecuentemente van a provocar ulceración⁽¹¹⁾. La proporción es inferior en el caso de los pacientes con cáncer metastásico, en los que se considera que entre un 5% y un 10% desarrollarán un deterioro cutáneo secundario a su enfermedad oncológica de base, generando frecuentemente úlceras de gran tamaño y asociadas a una gran morbilidad^(8,9).

Su aparición va a suponer un gran impacto físico y emocional para el paciente y su familia debido a su forma de presentación, generando posiblemente un trastorno de la imagen corporal y limitando la vida diaria y social del paciente⁽¹⁰⁾. Además, a nivel psicológico suponen un estrés añadido a la enfermedad de base, ya que se asocia a progresión tumoral, aunque no implique necesariamente expectativa corta de vida, y su evolución es tórpida, sin expectativas de curación^(10,12).

Para los profesionales sanitarios además del impacto emocional, las úlceras neoplásicas suponen un reto asistencial, pues por su etiología y clínica particular, requieren un enfoque terapéutico diferente al de otro tipo de heridas⁽¹⁰⁾.

El objetivo de esta revisión fue por tanto conocer, según la bibliografía disponible y atendiendo a criterios de

evidencia científica, las pautas generales de valoración y tratamiento de las úlceras tumorales desde la perspectiva de los cuidados paliativos, que sirvan como base para el diseño posterior de planes de cuidados individualizados y el abordaje enfermero de las mismas.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. El proceso de búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo durante el periodo comprendido entre los meses de enero y abril de 2019 en seis bases de datos científicas: DIALNET, LILACS, IBECs, PubMed, CUIDEN y COCHRANE.

A mayores se han consultado varias guías de práctica clínica sobre heridas crónicas, cuidados paliativos y manejo de lesiones tumorales avaladas por sociedades científicas u instituciones de carácter público.

Los descriptores y palabras clave utilizados en las búsquedas bibliográficas han sido: *úlceras, úlcera tumoral, paliativos, ulcer, skin ulcer, palliative medicine y palliative care*. Con ellas se han diseñado diferentes estrategias de búsqueda tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda bibliográfica

DIALNET / LILACS
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: <i>ulcer* AND tumor*</i> Estrategia 2: <i>ulcer* AND paliat*</i>
CUIDEN
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: <i>úlceras AND tumoral</i> Estrategia 2: <i>úlceras AND paliativos</i>
COCHRANE
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: <i>"palliative care" AND ulcer</i>
IBECs
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: <i>úlceras AND tumoral</i> Estrategia 2: <i>úlceras AND paliativos</i>
PubMed
<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: <i>("palliative medicine" [MESH] OR "palliative care" [MESH]) AND (ulcer [MESH] OR "skin ulcer")</i>

Fuente: elaboración propia

El cribado principal de las publicaciones a revisar se ha realizado basándose en criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, los cuales se especifican en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios de selección bibliográfica

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> Idioma de la publicación: gallego, castellano, portugués e inglés. Fecha de publicación: en los 10 años previos a la realización de la revisión. Tipo de publicación: artículos o trabajos originales, revisiones sistemáticas y protocolos y guías de práctica clínica.
Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Idioma diferente a los de los criterios de inclusión Tipo de publicación: carta al director, experiencia, caso clínico o comentario*
* Se excluirán de esta norma aquellas publicaciones que por su contenido se consideren relevantes para la revisión bibliográfica.

Fuente: elaboración propia

En una segunda fase de selección se revisaron los abstracts de las publicaciones que cumplían con estos criterios, con el objetivo de desestimar aquellas cuya temática no estuviese relacionada con el objetivo final de esta revisión bibliográfica.

RESULTADOS:

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se han obtenido un total de 1.037 documentos. Tras aplicar los criterios de selección referenciados y realizar una lectura crítica, se han seleccionado un total de 28 publicaciones, tal y como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda bibliográfica

LILACS	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 367 publicaciones Estrategia 2: 54 publicaciones 	4 publicaciones seleccionadas
CUIDEN	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 9 publicaciones Estrategia 2: 16 publicaciones 	5 publicaciones seleccionadas
COCHRANE	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: 80 publicaciones 	3 publicaciones seleccionadas
DIALNET	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 315 publicaciones Estrategia 2: 38 publicaciones 	5 publicaciones seleccionadas
IBECs	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia 1: 143 publicaciones Estrategia 2: 16 publicaciones 	2 publicaciones seleccionadas
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia única: 53 publicaciones 	9 publicaciones seleccionadas

Fuente: elaboración propia

Es preciso señalar como limitación metodológica la imposibilidad de acceder al texto completo de todas las publicaciones seleccionadas para su revisión exhaustiva.

Los estudios finalmente revisados se resumen en la tabla 4, donde se especifican, además de los datos referentes a la publicación, cuales son los aspectos teóricos objetivo de la revisión que tratan: valoración de la úlcera, cuidados paliativos y uso de taxonomía enfermera en el diseño de planes de cuidados para las úlceras neoplásicas.

Las guías de práctica clínica y protocolos seleccionados en la revisión incluyen la "Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas"⁽⁷⁾ de la Junta de Andalucía, así como su formato de consulta rápida⁽²⁹⁾; la "Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas"⁽⁹⁾ del Servicio Gallego de Salud, la "Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales"⁽¹⁰⁾ de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos, la "Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos"⁽³⁰⁾ del Ministerio de Sanidad y el libro "Cuidados Paliativos. Control de síntomas"⁽³¹⁾ editado por la unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Tabla 4. Publicaciones revisadas

Título der artículo	Tipo de estudio	Base de datos	Año de publicación	Aspectos teóricos tratados
Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumorais: Relato de Casos ⁽¹³⁾	Serie de casos	LILACS	2015	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado ⁽¹⁴⁾	Guía clínica	LILACS	2009	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica ⁽¹⁵⁾	Revisión bibliográfica	LILACS	2013	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermería ⁽¹⁶⁾	Artículo de revisión	LILACS	2015	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Indicadores psicométricos do saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral ⁽¹⁷⁾	Estudio descriptivo	CUIDEN	2018	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Revisión bibliográfica sobre las lesiones tumorales malignas ⁽¹⁸⁾	Revisión bibliográfica	CUIDEN	2010	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Cuidados del paciente con herida tumoral ¹⁹	Guía clínica	CUIDEN	2013	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos y taxonomía enfermera
Heridas y fístulas tumorales: posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático ⁽²⁰⁾	Artículo original	CUIDEN	2010	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Systemic antibiotics for treating malignant wounds ⁽²¹⁾	Revisión sistemática	COCHRANE	2017	Cuidados paliativos
Tratamiento domiciliario de las metástasis cutáneas de carcinoma mamario por parte del equipo de cuidados paliativos ⁽²²⁾	Caso clínico con revisión de bibliografía	DIALNET	2017	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Guía de actuación en lesiones oncológicas ⁽¹¹⁾	Artículo original	DIALNET	2009	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos y taxonomía enfermera
Úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario ⁽²³⁾	Tesis doctoral	DIALNET	2015	Valoración de la úlcera y cuidados paliativos
Atención integral a un varón con una úlcera neoplásica, que no va a cicatrizar, en el ámbito de la atención primaria de la salud: caso clínico ⁽²⁴⁾	Caso clínico	IBECS	2016	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos y taxonomía enfermera
Heridas neoplásicas. Abordaje desde enfermería ⁽²⁵⁾	Comunicación congreso	IBECS	2009	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos
Caring for patients with malignant and end-of-life wounds ⁽²⁶⁾	Artículo original	PubMed	2017	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos
Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients ⁽²⁷⁾	Artículo original	PubMed	2010	Valoración de la úlcera, cuidados paliativos
How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review ⁽²⁸⁾	Revisión bibliográfica	PubMed	2013	Cuidados paliativos

Fuente: elaboración propia

A la vista de los resultados, la bibliografía es extensa en lo que se refiere a los cuidados paliativos en general y especialmente a los cuidados paliativos en los pacientes oncológicos, que como se ha mencionado previamente continúan siendo el eje central de estos cuidados en nuestro país.

Su enfoque y finalidad se pone de manifiesto en numerosas guías de práctica clínica, artículos originales y otras publicaciones de validez científica, orientándose hacia la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares cuando se enfrentan a enfermedades sin expectativas de curación, mediante el control del dolor y otros síntomas, atendiendo no solo a la esfera física del paciente, sino también a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Sin embargo, los estudios sobre las úlceras tumorales o neoplásicas, objetivo de esta revisión bibliográfica, son menos abundantes, con la desventaja añadida de que la mayor parte son casos clínicos o series de casos que exponen experiencias concretas, relatadas por profesionales en una gran proporción, sin ahondar en los síntomas percibidos y las sensaciones a nivel emocional del paciente cuando aparecen estas lesiones, los cuales se han desestimado en esta ocasión.

En cuanto a aquellas publicaciones que se han seleccionado, la mayoría hacen referencia a la valoración de las lesiones y a su tratamiento local, siendo escasas las menciones a los planes de cuidados con utilización de las taxonomías enfermeras estandarizadas.

DISCUSIÓN:

1) *Valoración holística de Enfermería*

Se tendrán en cuenta los estados físico, psíquico y social del paciente, así como su entorno, para poder adecuar las actuaciones a sus problemas y necesidades^(16,19).

Para ello se puede recurrir a una valoración estructurada, basada por ejemplo en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, como muestra Romero Collado et al⁽²⁴⁾ en uno de los casos clínicos revisados.

En esta valoración general se recogerán los antecedentes y los datos del momento actual, tanto objetivos como subjetivos, obtenidos a través de la entrevista con el paciente/familia, la observación, el examen físico y la revisión de la historia clínica^(7,9).

Los ítems más relevantes sobre los que se deben recoger información en esta valoración se repiten en varias publicaciones^(7,9,19,20), siendo estos el estado evolutivo de la enfermedad y su pronóstico, las patologías asociadas, la calidad de vida del paciente, el estado funcional, el estado nutricional y la situación psicológica y social del paciente y su familia.

En este último ítem hay que hacer especial hincapié en la alteración de la imagen corporal secundaria a la lesión y su impacto emocional y social, además de valorar el entorno más próximo e identificar si lo hubiese al cuidador principal, evaluando su disposición para colaborar en los cuidados si fuese necesario⁽²⁰⁾.

Por otro lado, el uso de escalas validadas facilita la interpretación por otros profesionales y el seguimiento posterior del paciente. En este sentido el Servicio Gallego de Salud propone en su guía práctica⁽⁹⁾ el uso de la escala de Karnofsky para valorar la capacidad funcional en las actividades cotidianas y el pronóstico del paciente, propuesta que repite la enfermera Ana Orbeago en su publicación⁽²⁵⁾. Al mismo tiempo la guía anterior establece una recomendación de grado A para la valoración del riesgo nutricional con instrumentos validados como el Mini Nutritional Assessment (MNA), el MUST o el NRS 2002⁽⁹⁾.

La otra parte fundamental de la valoración es la evaluación local de la úlcera, que deberá repetirse periódicamente para adaptar las actividades a la evolución de la misma. Además, el registro de esta valoración, tiene un grado evidencia alto⁽⁷⁾.

Los aspectos a tener en cuenta para una evaluación precisa incluyen: etiología, tiempo de evolución, localización, número de lesiones o nódulos, dimensiones, estadio o profundidad, tipo de tejido en el lecho de la úlcera, estado de la piel perilesional, cantidad y características del exudado, presencia de olor e intensidad, dolor y picor asociados, presencia de sangrado y signos de infección^(7,9,10,16,20).

El crecimiento tumoral puede ser: exofítico o vegetante, con aspecto de coliflor o "fungating", o bien endofítico, que se caracteriza por crecimiento irregular, bordes evertidos e indurados, fondo sucio, sin halo inflamatorio perilesional y que evoluciona a la destrucción de los tejidos^(7,9). En su clasificación o estadiaje no existe un consenso claro y se establecen diferentes formas de hacerlo. Aunque, una opción sencilla sería atendiendo a si existe o no pérdida de continuidad de la piel, clasificarlas como lesiones abiertas, cuando hay ruptura de la

integridad cutánea, o cerradas, cuando la piel está íntegra⁽⁷⁾.

Es importante aclarar que las lesiones cutáneas neoplásicas, no se ajustan a ninguna graduación (a excepción de las lesiones por radiodermatitis), de forma que, tratar de establecer categorías o grados en función de la escasa afectación de la piel o profundidad y extensión de los tejidos afectados, además de una incongruencia, no aporta ningún valor clínico, ni para su identificación, ni para su abordaje, sino que incluso podría dar lugar a errores en profesionales con poca experiencia⁽¹¹⁾ (una lesión con escasa afectación cutánea, puede tener gran afectación de planos profundos, e incluso implicar compromiso vital al paciente)⁽⁷⁾.

De hecho la guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas de la Junta de Andalucía⁽⁷⁾ establece que este tipo de lesiones no es posible clasificarlas por estadios de afectación, debido a que la neoplasia de origen difiere de unos pacientes a otros y en consecuencia su evolución. Además, esta evolución no se correlaciona en ocasiones con el pronóstico de la lesión, pues existen úlceras cerradas que afectan a planos profundos y se asocian a mal pronóstico.

En cuanto a la valoración global de las características de la lesión, las escalas utilizadas para las heridas crónicas pueden ser de utilidad, como por ejemplo la escala TIME o la MEASURE.

En este sentido cabe destacar la escala MFWAT que mencionan Vargas et al⁽¹⁶⁾, una herramienta específica para la evaluación de la herida maligna basada en varios estudios, cuyo resultado es proporcional a la gravedad y que consta de dos partes. La primera mide la percepción subjetiva del paciente con su herida maligna y consta de cinco dominios: dolor, comodidad del apósito, síntomas de la herida, asuntos sociales y problemas psicológicos. La segunda evalúa de manera objetiva el estado de la herida basándose en: tipo de herida, tipo de tejido, tamaño, mal olor, cantidad y calidad del exudado, sangrado, ulceración de la piel y edema.

Los síntomas más frecuentemente asociados; es decir, el dolor, el mal olor, el exudado, el prurito y la hemorragia⁽¹³⁾, también deben ser valorados y es importante conocer su base fisiopatológica para poder incidir sobre ellos de manera lógica.

El dolor afecta al 60 - 90 % de los pacientes en situación avanzada^(16,20). Además el umbral del dolor en estos pacientes puede ser muy bajo, por el posible deterioro

físico y por estar habituados a tratamientos opiáceos^(9,11). En el caso de las úlceras tumorales el dolor va a estar condicionado por la invasión tumoral, la presión mecánica de estructuras nerviosas o vasculares, el edema resultante de la alteración de la permeabilidad capilar y drenaje linfático, la presencia de infección, la exposición de terminaciones nerviosas, la técnica de cura y los productos utilizados en la misma^(16,19,20). Para su valoración se pueden utilizar la escala visual analógica (EVA) o la escala de valoración verbal^(7,9,13,15,16).

Si bien el dolor es uno de los síntomas más frecuentes, como se mencionaba anteriormente, el mal olor probablemente sea para el paciente uno de los más preocupantes y angustiosos, por su difícil control y el estigma familiar y social asociado⁽²⁰⁾. Además, puede causar náuseas y pérdida de apetito⁽¹⁹⁾. Suele ser denso, fuerte y desagradable y se debe al crecimiento de bacterias aerobias y anaerobias que colonizan el tejido desvitalizado y producen agentes volátiles, y a la presencia de exudado^(9,10,16,18). Se puede registrar utilizando la siguiente clasificación: grado 0, sin olor; grado I, olor percibido solo al descubrir la herida; grado II, olor percibido aún sin descubrir la herida; grado III, olor fétido y nauseabundo^(9,15).

El exudado se debe a una alteración de la permeabilidad vascular^(18,20). Este se va a ver aumentado por la carga bacteriana, por la presencia de edema y por la descomposición del tejido necrótico⁽⁹⁾. Cuando es abundante y se hace continuo provoca irritación e inflamación de la piel perilesional, una maceración que aumenta el dolor⁽¹⁶⁾.

El prurito es también un síntoma frecuente⁽⁹⁾. Las causas de picor son sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón o síndrome carcinoide⁽⁹⁾. Debe distinguirse entre el prurito de la lesión y el de la piel perilesional. En el primer caso también puede ser debido a la propia actividad tumoral^(16,20).

Por último, el sangrado puede ser en sábana, local o por invasión de un gran vaso, siendo este último signo de mal pronóstico y riesgo de muerte inminente⁽¹⁹⁾. Su base fisiopatológica es la friabilidad del tejido y la neovascularización del tumor^(9,16,19). También puede aparecer o verse favorecido por alteraciones de la coagulación o efectos secundarios de la medicación⁽¹⁹⁾.

2) Plan de tratamiento individualizado:

Una vez finalizada la valoración se podrá establecer el plan de tratamiento individualizado, que irá encaminado al manejo local de la úlcera y el control de síntomas físicos y psicosociales asociados.

Como punto de partida en el plan de tratamiento se debe hacer referencia a la limpieza de la herida. Con suero salino fisiológico tanto en la herida como en la piel perilesional, siendo otras alternativas el agua destilada o el agua del grifo abundante a una temperatura de +/- 37°C con una evidencia moderada-alta (7,9,13,15,16,22).

Además, se debe valorar el uso de clorhexidina diluida como parte de esta limpieza, de manera profiláctica ante la sospecha de posibles infecciones(7,9). Así lo hicieron da Silva et al(13) en la serie de casos que publicaron.

También se hace referencia a otros productos, como el peróxido de hidrógeno(7,20). La acción de este, aunque no está demostrado que sea bactericida, estaría relacionada con su efecto "ebullición" producido tras su aplicación actuando como efecto desbridante de tejido necrótico por acción mecánica y el aporte de oxígeno en heridas anaerobias contribuyendo a eliminar por su acción oxidante el olor producido por este tipo de heridas(7).

Independientemente del producto antiséptico utilizado se debe finalizar con suero salino fisiológico para eliminar los restos de estos compuestos y evitar efectos secundarios como el escozor o el prurito(7,9,10).

Se debe utilizar la mínima fuerza mecánica que asegure el arrastre de detritus y bacterias(9). Se debe evitar frotar o friccionar para evitar posibles sangrados(16,20,25). El lecho de la lesión no debería secarse, especialmente las zonas con tejido de granulación, y el secado de la piel perilesional debería ser con toques suaves(9,20,25).

En cuanto al desbridamiento, debe de ser acorde a los objetivos terapéuticos, las características de la lesión y la afectación de la calidad de vida del paciente(9). La elección habitualmente será el desbridamiento autolítico, utilizando hidrogeles de estructura amorfa si fuese necesario(25). En general se desaconseja el desbridamiento cortante por el riesgo elevado de provocar sangrado asociado a la revascularización existente(9,25).

Va a ser fundamental el control del dolor, teniendo en cuenta que el momento de la retirada del apósito se ha identificado como una de las etapas más dolorosa de la cura(20). Por ello hay que realizar una técnica lo menos lesiva posible, humedeciendo los apósitos antes de su retirada, evitando presiones de irrigación excesivas o

realizando presión con los apósitos, utilizando soluciones a temperatura corporal, estableciendo pausas durante el procedimiento, utilizando apósitos no adherentes en la superficie ulcerada o hidropoliméricos liberadores de ibuprofeno...(7,9,15,20,25).

Como medida analgésicas, la aplicación de geles de opiáceos a nivel local, como el hidrogel de clorhidrato de morfina (concentración de 1 mg de morfina para 2 g de hidrogel), ha demostrado eficacia en el manejo de estas lesiones, con una evidencia moderada, además de ser clínicamente segura(7,9,28).

En el caso de curas muy dolorosas valorar la necesidad de sedo-analgésia previa a la cura por vía subcutánea con midazolam y/o morfina, así como la aplicación de anestésicos a nivel local, con gasas impregnadas en lidocaína al 2% (media hora antes de la cura) o pomada anestésica de lidocaína y prilocaína (EMLA), una hora antes de la cura cubriéndola con apósito oclusivo (9,20,22).

Indirectamente, la gestión del exudado, la prevención y control de la carga bacteriana, la utilización de la terapia compresiva si la zona lo permite para la disminución del edema y la inflamación, y la protección de la piel perilesional (películas protectoras, cremas de barrera, apósitos no adhesivos o películas de hidrocoloides) para evitar la maceración, ayudan también al control del dolor (10,19,20).

En caso de mal olor, se pueden aplicar una vez al día de manera conjunta los geles de opiáceos y metronidazol para proporcionar un control combinado del dolor y del olor(7,11). Si el olor es incontrolable, es decir de grado III, existe una evidencia alta para su administración tópica en concentración de 7,5 mg/cc o en solución con concentraciones que oscilan de 5 a 10 mg/cc (9). Algunos estudios mencionan incluso la posibilidad de combinarlo con su administración oral o endovenosa(15,20).

Los apósitos de carbón activado también están diseñados para el control del olor(7,9,13,16,19).

El olor, al igual que el dolor, se ve aumentado de manera paralela al aumento de la cantidad de exudado. Así, es importante gestionar el exudado mediante la elección de un apósito adecuado, con gran poder de absorción, como los alginatos, las hidrofibras de hidrocoloide y las espumas poliméricas(9,10,11,13,18,19,25). En esta elección se debe tener en cuenta también la comodidad y la adaptación a la movilidad(9). Si la superficie de drenaje lo permite también se puede recurrir a la colocación de algún dispositivo colector, como las bolsas de colostomía o de

urostomía^(16,20).

Como terapia más novedosa encontramos la terapia de cierre de vacío asistido (VAC) o terapia de presión negativa (TPN) en las que usando presión negativa tópica en la herida con un sistema de sellado se elimina el exudado y se promueve la angiogénesis⁽¹⁸⁾.

La maceración de la piel perilesional es una complicación frecuente en las heridas exudativas, como las úlceras neoplásicas, su prevención se basa en el control del exudado y la correcta limpieza, secado y protección de la piel perilesional como ya se ha comentado. La frecuencia de las curas se debe establecer en función de la saturación del apósito con el exudado⁽¹¹⁾.

Asociado al exudado y a la maceración, está el prurito, con escasa respuesta a los antihistamínicos^(16,20). Por ello, deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente, prevención de lesiones de rascado y medidas como cremas de protección y corticoides tópicos de la piel perilesional o hidrogeles en la lesión tumoral, aunque la evidencia de estas actividades es baja⁽⁹⁾.

Como medidas específicas se proponen el gel de lidocaína al 2%, la loción de calamina o esteroides tópicos y el tratamiento farmacológico específico⁽⁹⁾.

La electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) aplicada a baja frecuencia ha demostrado también importantes efectos inhibitorios en el picor en varios ensayos, suponiendo una buena expectativa de futuro^(16,20).

Para prevenir el sangrado se deben utilizar apósitos antiadherentes y la limpieza suave por irrigación, sin frotar^(9,10,16,22).

En caso de hemorragia, se puede intentar controlar aplicando presión directa durante 10 o 15 minutos y aplicar frío local^(10,16,19). Utilizaremos para la cura apósitos hemostáticos de alginato cálcico, que en contacto con el exudado de la herida producen un intercambio, el alginato absorbe iones de Na⁺ y libera iones Ca²⁺, lo que crea un ambiente húmedo y favorece la acción hemostática en la herida⁽⁹⁾.

Otra opción sería la utilización de lámina de espuma de gelatina absorbible, que no es necesario retirar en las curas siguientes, gasas impregnadas de ácido tranexámico, ácido aminocaproico o sucralfato^(9,15,16).

Si fuese necesario, valorar el uso de fármacos o vaso-

constrictores tópicos, como la adrenalina, realizando una monitorización de los efectos sistémicos y teniendo en cuenta que puede producir necrosis por isquemia, o el uso del nitrato de plata para cauterizar pequeños puntos de sangrado^(9,10,15,16,19,25).

Y, en caso de hemorragia masiva, contemplar la posibilidad de técnicas más agresivas, como la cirugía o la radioterapia con finalidad hemostática, que, aunque no están indicadas de manera habitual, pueden mejorar la calidad de vida del paciente^(9,19,25).

Por último, hacer referencia a la infección que se puede ver favorecida por el exudado y cuya presencia, como ya se ha venido repitiendo, se asocia con aumento del dolor, el olor y el exudado^(9,10,16,18-20). Para prevenirla se deben extremar las medidas higiénicas, valorar el uso profiláctico de antisépticos, evitando las soluciones iodadas, mercuriales y el violeta de genciana, que tiñen y resecan las lesiones, y favorecer el desbridamiento autolítico^(7,9,13,16).

A nivel local los apósitos con plata son muy útiles para inhibir y combatir la proliferación microbiana, además de ayudar a controlar otros síntomas como el dolor, el olor, el exudado y la hemorragia^(7,9,11,16).

En cuanto al uso de antibióticos, existe controversia, pero la mayoría de las publicaciones sostienen que no se deben utilizar de forma indiscriminada, debido al incremento de resistencias bacterianas^(20,21).

Sería útil el diagnóstico de la infección mediante frotis con hisopo, que resulta poco doloroso y con bajo riesgo de sangrado, y permite identificar los microorganismos responsables de la infección y el antibiograma^(9,16,20,25).

Además, su administración intravenosa muchas veces no resulta eficaz, ya que la mala vascularización de estas lesiones y el tejido necrótico impiden la penetración del mismo, por lo que se recurre a su uso de manera tópica^(7,11,16,20,25). Entre los antibacterianos locales más empleados se encuentran la colistina 0,1%, el metronidazol 1-2%, la sulfadiazina argéntica y la nitrofurazona⁽²⁰⁾.

En el plano psicosocial las úlceras provocan sentimientos de culpa, vergüenza, pérdida de autoestima, alteración de las relaciones personales, tendencia al aislamiento social, etc. Se debe tener prudencia con los comentarios, mantener conductas de aceptación de la persona animando a la familia a mantener las muestras de cariño, prestar apoyo psicológico y moral y ayudarle

a afrontar los síntomas de la enfermedad en general y de la úlcera neoplásica en particular^(7,9,10,16,20,25).

3) Plan de cuidados de Enfermería

Todas estas actividades deben quedar registradas en un plan de cuidados que, diseñado de manera individualizada, servirá además para el seguimiento evolutivo de la úlcera tumoral y el resto de problemas y necesidades del paciente, con un grado de evidencia alto⁽⁷⁾.

En base a las publicaciones revisadas que tenían en cuenta esta parte del proceso utilizando las taxonomías estandarizadas de enfermería^(7,11,19,24) se ha elaborado una tabla resumen con la propuesta para el plan de cuidados que incluye los diagnósticos, resultados e intervenciones más habituales (Tabla 6).

Recalcar que el abordaje del paciente con úlcera neoplásica debe ser multidisciplinar, y por tanto se tratará como un problema de colaboración, en el que están implicados medicina, enfermería, psicología y trabajo social entre otros profesionales, pero independientemente de esto se puede recurrir al uso de las taxonomías estandarizadas de enfermería para el registro del plan de actividades por parte de estos profesionales.

Tabla 6. Propuesta para el plan de cuidados

NANDA: (00046) Deterioro de la integridad cutánea	
NOC: [1103] Curación de la herida: por segunda intención	NIC: [3664] Cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización
NANDA: (00132) Dolor agudo/(00133) Dolor crónico	
NOC: [1605] Control del dolor	NIC: [1400] Manejo del dolor
NANDA: (00015) Riesgo de estreñimiento/(00011) Estreñimiento (relacionado con el tratamiento con opiáceos)	
NOC: [0501] Eliminación intestinal	NIC: [0450] Manejo del estreñimiento / impactación fecal
NANDA: (00004) Riesgo de infección	
NOC: [0703] Severidad de la infección	NIC: [6550] Protección contra las infecciones
NANDA: (00118) Trastorno de la imagen corporal	
NOC: [1200] Imagen corporal	NIC: [5400] Potenciación de la autoestima
NANDA: (00066) Sufrimiento espiritual	
NOC: [2002] Bienestar personal	NIC: [5420] Apoyo espiritual
NANDA: (00061) Cansancio del rol del cuidador/ (00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador	
NOC: [2210] Resistencia del papel del cuidador	NIC: [7040] Apoyo al cuidador principal
Otros NANDA: (00136) Duelo/ (00147) Ansiedad ante la muerte	

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES:

Las úlceras neoplásicas se asocian a un progreso tumoral, pero no necesariamente son precursoras de muerte inminente. Por ello es preciso realizar una valoración pormenorizada del paciente y de la lesión, con el objetivo de establecer un abordaje adecuado y diseñar un

plan de cuidados acorde a la situación particular de esa persona.

Cuando el tratamiento curativo ya no es posible, el abordaje paliativo se convierte en el eje del plan terapéutico, con la finalidad de controlar los síntomas locales y sistémicos y aumentar la calidad de vida del paciente. En el caso de las úlceras tumorales, el dolor, el olor y el exudado son los síntomas asociados que generan mayor disconfort, por lo que establecer una correcta analgesia y el control de la carga bacteriana serán actividades prioritarias.

La formación de los profesionales sanitarios continúa siendo deficiente en cuanto a los cuidados paliativos, lo que supone una dificultad en el acceso a los mismos. Esto unido al incremento de la necesidad de cuidados paliativos en nuestra sociedad, debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de las enfermedades crónicas, motiva la necesidad de formación, en particular del colectivo de atención primaria que podrá prestar cuidados en el domicilio del paciente.

En lo que se refiere a las úlceras tumorales se requiere mayor investigación y la creación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, que permitan al personal sanitario, y en especial a la enfermería, establecer un plan de tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

La autora manifiesta no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: SECPAL; 2019 [Actualización 2014].
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Suiza: OMS; 2019 [actualizada el 19 feb 2018].
3. Sanz Fernández ME, Molinero Blanco E. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicine*. 2013; 11(27): 1669-76.
4. Navarro Sanz JR. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. [In internet]. Madrid: SECPAL; 2019. [actualización 2004].
5. Instituto Nacional de Estadística. Fallecidos por cáncer en España (Infografía) [Internet]. Madrid: INE; 2019 [Actualizado en febrero de 2019].
6. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. [Internet]. Madrid: SEOM; 2019 [Actualizado en 2019].

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

7. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Sevilla: Hospital Universitario Reina Sofía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 2015.
8. Montiel Vaquer L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral. REGIO: 2012; 1(2): 37-68.
9. Cabanillas González M, Pulgarín Sobrino SB, Ananín Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, Servicio Gallego de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2016.
10. Vallés Martínez MP, Lapeira Cabello JM, Gómez Cano S, Pérez Espina R, Portillo Pena MJ, Albert Y, et al. Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales. Madrid: Grupo de trabajo de enfermería de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos; 2015.
11. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Díez Fornés P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones oncológicas. Enferm Dermatol. 2008; 2(4): 8-15.
12. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. Eur J Cancer. 2009; 45(18):3237-44. doi: 10.1016/j.ejca.2009.05.014
13. Silva KRM, Bontempo PSM, Reis PED, Vasques CI, Gomes IP, Simino GPR. Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumorais: Relato de Casos. Rev Bras Cancerol: 2015; 61(4): 373-9.
14. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer; 2009.
15. Agra G, Fernandes MA, dos Santos Platel IC, Moreira Freire ME. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. Rev Bras Cancerol. 2013; 59(1): 95-104.
16. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: aspectos básicos del cuidado de enfermería. Repert Med Cir. 2015; 24(2):95-104.
17. Agra G, Soares N, dos Santos SH, Oliveira da Sousa AT, Guimarães MJ, Lopes MM. Indicadores psicométricos do saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral. Aquichan. 2018; 18(4): 461-76.
18. De la Rica Escuin ML. Revisión bibliográfica sobre las lesiones tumorales malignas. Cuidando la Salud. 2014; 12: 96-133.
19. Granados Matute AE, Cejudo López A, Barroso Vazquez M, Cordero Ponce M, Jiménez León R, Romero Sánchez I. Cuidados del paciente con herida tumoral. Evidentia [internet]. 2013; 10(41).
20. Tejada Domínguez FJ, Ruíz Domínguez MR. Heridas y fistulas tumorales: posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático. Hygía: 2010; 74: 55-62.
21. Ramasubbu DA, Smith V, Hayden F, Cronin P. Systemic antibiotics for treating malignant wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 8:CD011609. doi: 10.1002/14651858
22. Illán A, Gala T, Romero V, Valentín R, Hernández P, Saiz F, et al. Tratamiento domiciliario de las metástasis cutáneas de carcinoma mamario por parte del equipo de cuidados paliativos. Hosp Domic. 2017; 1(1): 47-50.
23. López Núñez AM. Úlceras cutáneas en pacientes oncológicos con cuidados paliativos de soporte domiciliario. [Tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2015.
24. Romero Collado A, Homs Romero E. Atención integral a un varón con una úlcera neoplásica, que no va a cicatrizar, en el ámbito de la atención primaria de la salud: caso clínico. Med Paliat. 2016; 23(3):153-8. doi:10.1016/j.medipa.2014.01.002
25. Orbegonzo Aramburu A. Heridas neoplásicas. Abordaje desde enfermería. Rev ROL Enf. 2009; 32(1):16-20.
26. Young T. Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. Wounds UK. 2017; 13(5): 20-9.
27. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. Int Wound J: 2010; 7: 214-35.
28. Graham T, Grocott P, Probst S, Wanklyn S, Dawson J, Gethin G. How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care? A critical review. PAIN. 2013; 154: 1920-8.
29. Guía rápida de consulta para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Sevilla: Hospital Universitario Reina Sofía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 2015.
30. Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
31. Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados paliativos. Control de síntomas. 6ª ed. Las Palmas de Gran Canaria: Unidad de medicina paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; 2014.