



Universidad de Oviedo

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

TRABAJO DE FIN DE CARRERA

GRADO DE ENFERMERÍA

Inés Sanjosé Crespo

Mayo de 2024

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

TRABAJO DE FIN DE CARRERA

GRADO DE ENFERMERÍA

“Procedimientos de Atención de Enfermería en pacientes oncológicos con úlceras neoplásicas”

AUTORA

Inés Sanjosé Crespo

TUTORA

Ana María Sánchez Sánchez



Universidad de Oviedo

Ana María Sánchez Sánchez, Doctora en Biología por la Universidad de Oviedo, vinculada al Departamento de Morfología y Biología Celular, área de Anatomía y Embriología Humanas, como Profesora Contratada Doctora.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por Dña. Inés Sanjosé Crespo, titulado *“Procedimientos de Atención de Enfermería en pacientes oncológicos con úlceras neoplásicas”* realizado bajo la dirección de Dña. Ana María Sánchez Sánchez, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Y para que así conste dónde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 1 de mayo de 2024.

Vº Bº

Fdo. Ana María Sánchez Sánchez

Tutor del Proyecto

“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté en nuestro alcance, no solo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”

Cicely Saunders

AGRADECIMIENTOS

Eternamente agradecida a aquellas personas que me han acompañado desde mi llegada a Oviedo y a las que he tenido la suerte de conocer en la recta final de esta etapa tan bonita.

A mi familia que, a pesar de la distancia, su amor y apoyo incondicional ha estado siempre muy presente.

También, a Ana María Sánchez Sánchez por la confianza y consejos que me ha brindado a lo largo de estos meses.

Gracias de corazón.

ÍNDICE

<i>RESUMEN/ABSTRACT</i>	1
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	2
1.1. Concepto general de úlceras neoplásicas	2
1.2. Estado actual del tema	4
1.3. Justificación	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. <i>Objetivo principal</i>	6
2.2. <i>Objetivos específicos</i>	6
3. METODOLOGÍA	6
3.1. Bases de datos y fuentes documentales consultadas	6
3.2. Palabras clave	7
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	8
3.4. Resultados de la estrategia de búsqueda bibliográfica	8
4. DESARROLLO	10
4.1. Fisiopatología y manifestaciones clínicas	10
4.2. Epidemiología	12
4.3. Clasificación	12
4.3.1. Úlceras tumorales primarias	14
4.3.2. Úlceras tumorales secundarias	16
4.4. Diagnóstico	18
4.5. Abordaje de las úlceras neoplásicas	18
4.5.1. Limpieza y desbridamiento de la úlcera	19
4.5.2. Control de la sintomatología	20
4.5.3. Terapias complementarias	26
4.6. Proceso de atención de enfermería	26
5. COMENTARIOS DE INTERÉS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	29
6. ABREVIATURAS	30
7. BIBLIOGRAFÍA	32

RESUMEN

Las úlceras neoplásicas son aquellas causadas por la infiltración y proliferación de células tumorales en la piel y/o red vascular y linfática subyacente. Existe una clasificación según el origen de estas definiéndolas como primarias y secundarias. Por otro lado, podemos mencionar dentro de estas patologías, aquellas lesiones producidas por los tratamientos antineoplásicos. Es importante destacar que son lesiones con clínica propia y que generan un gran impacto emocional, físico y social en el paciente y familiares. Por otro lado, en su mayoría, no tienen un tratamiento curativo propiamente dicho, sino que los cuidados e intervenciones están dirigidos a mantener la mayor calidad de vida. Por ello en este trabajo estudiaremos de las lesiones cutáneas de origen tumoral o úlceras neoplásicas tanto su marco teórico, como la intervención de enfermería que se lleva a cabo con los pacientes oncológicos que padecen este tipo de lesión.

Palabras clave: úlceras neoplásicas, paciente oncológico, tratamiento antineoplásico, plan de cuidados de enfermería

ABSTRACT

Neoplastic ulcers are those caused by the infiltration and proliferation of tumor cells in the skin and/or underlying vascular and lymphatic network. They are classified based on their origin as primary and secondary. Additionally, we can include lesions caused by antineoplastic treatments within these pathologies. It is important to highlight that these lesions have their own clinical presentation and have a significant emotional, physical, and social impact on both the patient and their family. Furthermore, most of these ulcers do not have a curative treatment per se; instead, care and interventions are aimed at maintaining the best possible quality of life. Therefore, in this work, we will study cutaneous lesions of tumoral origin or neoplastic ulcers, including their theoretical framework and the nursing interventions carried out with oncology patients suffering from this type of lesion.

Key words: neoplastic ulcers, oncological patient, antineoplastic treatment, nursing care plan

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. CONCEPTO GENERAL DE ÚLCERAS NEOPLÁSICAS

Las úlceras neoplásicas o tumorales suelen manifestarse en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad o durante la fase terminal de la enfermedad oncológica (1). Se producen por la infiltración y proliferación de células tumorales en la piel y/o en la red vascular y linfática adyacente como consecuencia de un tumor primario de la piel o por metástasis de otras neoplasias. Con menor frecuencia, otras causas son la implantación accidental de células malignas en el epitelio durante procedimientos invasivos y la malignización de heridas crónicas de larga evolución (2). Es habitual encontrar otro grupo de lesiones denominadas post-oncológicas o secundarias a tratamientos antineoplásicos englobadas dentro de las úlceras neoplásicas, siendo necesario puntualizar que deben tenerse en cuenta como un grupo independiente debido a que la fisiopatología difiere considerablemente (2,3). Por ende, para la realización de esta revisión bibliográfica se tendrán en cuenta únicamente las úlceras neoplásicas propiamente dichas.

En su clasificación se mencionan los siguientes criterios reflejándose, si hubiese, los inconvenientes que presentan:

- *ORIGEN*: según el principal criterio de clasificación, las úlceras neoplásicas, se dividen en primarias (cutáneas) y secundarias (extracutáneas). Las primarias se corresponden con un tumor cutáneo primario mientras que las secundarias se relacionan con cáncer metastásico o con la ulceración neoplásica que tiene lugar en determinadas heridas crónicas (2,4).
- *RUPTURA INTEGRIDAD CUTÁNEA*: si existe integridad cutánea o no, definiéndose como cerradas o abiertas. En este tipo de lesiones la presencia de integridad cutánea no aporta de por sí información sobre la gravedad real de la patología puesto que existe la posibilidad de que la úlcera esté invadiendo planos profundos del tejido (5). De este modo, se tendrá en cuenta este criterio de forma complementaria a otros para establecer y dirigir las pautas del tratamiento.

- *AFECTACIÓN CUTÁNEA*: del mismo modo que el anterior criterio de clasificación, se encuentran determinados inconvenientes debido a que las características individuales de las lesiones pueden diferir enormemente según la neoplasia causante, impidiendo así, una clasificación por estadios de afectación (5,6).

El crecimiento tumoral que tiene lugar en las úlceras neoplásicas puede ser exofítico/vegetante, con aspecto de coliflor u hongo en fase proliferativa o bien endofítico, que se caracteriza por desarrollo irregular, bordes profusos e indurados con aspecto de cráter en fase de destrucción. Ambos procesos pueden ocurrir simultáneamente en la misma úlcera (2,5).

El primer signo de invasión tisular local suele ser el desarrollo de uno o múltiples nódulos indolores en la piel acompañados de inflamación, enrojecimiento y calor (7). La piel, además, puede optar por una apariencia de piel de naranja. A medida que la invasión y el crecimiento incontrolado de las células neoplásicas avanza, se genera un importante trastorno vascular y linfático dando lugar a procesos de neovascularización, hipoxia, acumulación de desechos y edema, entre otros. Como consecuencia de la mala perfusión de los tejidos se desencadena la formación de masas tumorales necróticas que, en etapas posteriores, derivarán en la ulceración del tejido y, en determinados casos y según la localización de la herida tumoral, en la generación de fístulas (5,8–10). En la enfermedad metastásica, las células neoplásicas se diseminan a través de los vasos sanguíneos y/o linfáticos o a través de los tejidos a otros órganos próximos o distales (8). Generalmente, los tumores primarios suelen seguir criterios de proximidad siendo más frecuentes las lesiones en la mama por tumores de mama en mujeres y en la pared torácica por tumores a nivel pulmonar en hombres (2,3).

Las lesiones neoplásicas se caracterizan por un crecimiento rápido y a menudo se asocian a síntomas directos como el mal olor, exudado, edema, sangrado, prurito, infección, dolor y a síntomas indirectos como la disminución de la autoestima, aislamiento social y trastornos de la imagen corporal, entre otros problemas psicosociales. El comportamiento de la sintomatología varía enormemente de una lesión a otra lo que supone un gran reto su abordaje (9,11).

1.2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Actualmente, se observa un progresivo envejecimiento de la población que va acompañado del aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, se estima un aumento a 29,5 millones casos nuevos de cáncer en 2040 como se observa en la *Figura 1* (12). Al mismo tiempo, el desarrollo médico y tecnológico ha permitido prolongar la supervivencia de los pacientes y, en consecuencia, alargar determinadas patologías hasta estadios avanzados requiriendo una serie de cuidados específicos (1).

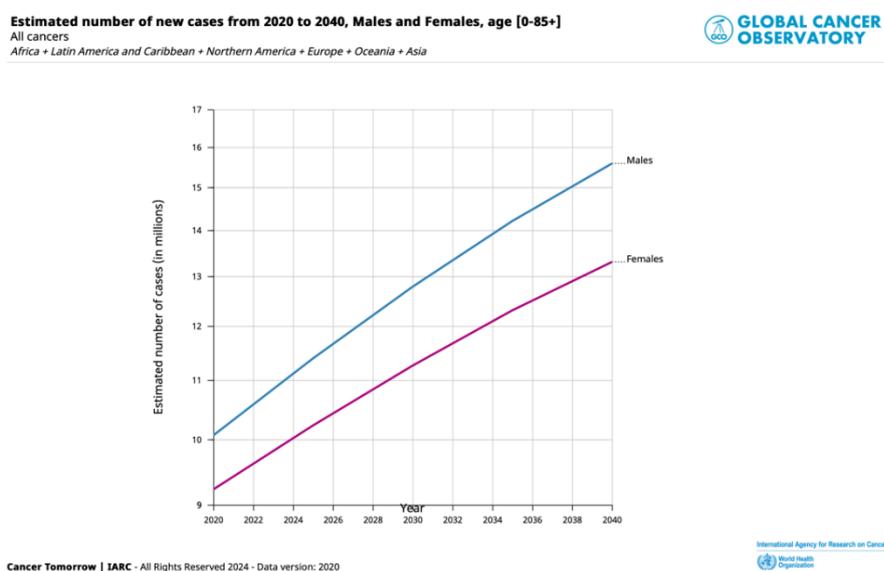


Figura 1. Número de nuevos casos estimados de cáncer desde 2020 hasta 2040

Una de las complicaciones más severas relacionadas con la patología neoplásica son las úlceras tumorales por su impacto tanto a nivel físico como psicosocial del paciente y cuidadores. Actualmente, los datos epidemiológicos no están claramente definidos, no obstante, según diversos estudios se puede estimar que este tipo de úlceras se producirán en un 5% de los pacientes con cáncer y hasta un 10% en pacientes con neoplasia metastásica, con mayor incidencia en personas de edad avanzada (2,11).

Las úlceras neoplásicas suelen desarrollarse en los últimos meses de vida del paciente, aunque también pueden desarrollarse en patologías altamente malignas y estar presente durante años debido a su gran complejidad de cicatrización (13). Además, la prevalencia de

ulceración neoplásica en heridas crónicas en extremidades inferiores es del 2 al 4% y, tras el estudio realizado por Patricia Senet, se observó que 10,4% de las úlceras crónicas correspondían a patología cutánea neoplásica, dejándola, por lo tanto, infradiagnosticada (4,14).

1.3. JUSTIFICACIÓN

A pesar de la baja prevalencia de las úlceras tumorales respecto a otras heridas crónicas, este tipo de lesiones constituyen un elemento adverso adicional al propio proceso neoplásico. El impacto en la calidad de vida del paciente es significativo, cuyas consecuencias abarcan tanto el plano físico como el psicológico y emocional, teniendo en cuenta, además, las repercusiones en su núcleo privado y sanitario.

La complejidad de su abordaje genera desconocimiento e inseguridad dentro de la práctica clínica implicando tratamientos inadecuados y mala calidad en los cuidados. Tener el mayor conocimiento posible respecto a estas patologías aportará una base sólida para la toma de decisiones pudiendo, incluso, hacer partícipes a los pacientes y sus familiares. En estos casos, la educación sanitaria para los cuidadores es imprescindible puesto que se puede precisar cambios de apósitos frecuentes por las características de las lesiones y, mantener tanto al paciente como a la familia informada facilitará y mejorará tanto su bienestar como la relación paciente-enfermera/o.

Se requiere un enfoque personalizado e individual para lograr un cuidado de calidad que abarque todas las esferas del paciente. Para ello, se debe dominar y comprender las diferentes líneas de tratamiento mediante una formación continua y actualizada.

Dados los efectos de las lesiones neoplásicas y su escaso consenso de información a nivel nacional e internacional, en este trabajo, se propone una revisión bibliográfica exhaustiva sobre los datos publicados hasta el momento basados en la evidencia científica de las úlceras neoplásicas, así como de sus intervenciones de enfermería dentro del ámbito físico, social y emocional del paciente.

2. OBJETIVOS

Las úlceras neoplásicas se producen principalmente por tumores primarios de la piel de alto grado de malignidad o por metástasis en estadios avanzados de la enfermedad. La presentación clínica es muy diversa destacando el exudado, mal olor, sangrado, dolor, aislamiento social, trastornos de la imagen, entre otros. Del mismo modo, el abordaje integral de estas patologías es complejo y no existe un consenso propiamente dicho.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se plantean los siguientes objetivos.

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar los cuidados necesarios para llevar a cabo una atención integral del paciente oncológico que padece úlceras neoplásicas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la relevancia de las úlceras neoplásicas en función de la literatura revisada.
2. Evaluar correctamente las úlceras de origen tumoral con el fin de establecer el tratamiento más adecuado.
3. Entender las repercusiones tanto físicas como psicosociales que afectan a los pacientes que padecen úlceras neoplásicas.
4. Analizar los planes de cuidados actuales basados en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para el tratamiento integral del paciente.

3. METODOLOGÍA

El trabajo que se lleva a cabo consiste en una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica actual sobre el tema objeto de estudio.

3.1. BASES DE DATOS Y FUENTES DOCUMENTALES CONSULTADAS

Las bases de datos que se usaron como fuente de información son las siguientes: PubMed, TESEO (Fichero central de tesis doctorales de España), Biblioteca Alhambra y repositorio de investigación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), Google académico y Web Of Science (WOS).

Cabe mencionar que el GNEAUPP cuyas siglas corresponden al Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, es una institución interdisciplinar e independiente de gran referencia a nivel nacional dentro del ámbito de las heridas.

Se tendrá en cuenta el factor de impacto JCR de las revistas científicas relacionadas con la enfermería y el tema planteado para la búsqueda de documentación. *International Journal Of Nursing Studies*, *Journal Of Nursing Management*, *European Journal Of Oncology Nursing*, *BMC Nursing*, son algunas de las más prestigiosas revistas del campo y, por tanto, las de mayor impacto.

3.2. PALABRAS CLAVE

Para delimitar las palabras clave, se utilizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). En la base de datos PubMed se utilizó el tesoro desarrollado por la *National Library of Medicine* (NLM), llamado *Medical Subject Headings* (MeSH). En la *Tabla 1* se establecen las palabras clave.

Descriptores en Ciencias de la Salud - DeCS	Medical Subject Heading - MeSH
Úlcera	Ulcer
Úlcera tumoral	Fungating ulcer
Neoplasias	Neoplasms
Quimioterapia	Drug therapy/chemotherapy
Radioterapia	Radiotherapy
Cicatrización de heridas	Wound Healing
Metástasis	Neoplasm Metastasis
Atención al paciente	Patient Care
Cuidados paliativos	Palliative Care
Dolor	Pain
Calidad de vida	Quality of Life
Cuidados de la piel	Skin care
Valoración de enfermería	Nursing Assessment
Enfermería	Nursing
Texto libre	
Tumores ulcerados	
Cutánides	
Úlcera neoplásica	

Tabla 1. DeCS, MeSH y texto libre

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

En una primera búsqueda bibliográfica se obtuvieron 297 publicaciones y, por ello, se establecen criterios de inclusión y exclusión.

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se fijan los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos publicados en el periodo de 2000 y 2023. Con la excepción de determinados artículos cuya aportación se considera estrictamente necesaria por la falta de estudios epidemiológicos relacionados con las úlceras neoplásicas.
- Castellano e inglés como idiomas de publicación.
- Acceso libre o a través del organismo de la Universidad de Oviedo.
- Escritos que proporcionen información relevante sobre el papel de enfermería en el manejo de úlceras neoplásicas y la documentación relacionada con las condiciones y cuidados de los pacientes oncológicos que padecen de este tipo de patología.
- Documentos que indiquen propuestas de procesos de atención de enfermería basados en la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

3.3.2. ARTÍCULOS DE EXCLUSIÓN

Se fijan los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos duplicados.
- Artículos no relevantes como publicaciones que tratasen las heridas crónicas sin incluir la patología neoplásica como factor determinante.
- Documentación no relacionada con patología humana.
- Artículos de baja calidad respecto a la información expuesta por desactualización de la misma.

3.4. RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de septiembre y diciembre de 2023 en las bases de datos mencionadas anteriormente.

Se utilizó el operador booleano AND para combinar los términos de búsqueda y obtener resultados basados en los términos combinados. Los booleanos OR y NOT no fueron utilizados en ninguna búsqueda. Se utilizó el entroncamiento *nurs** para incluir las palabras derivadas de esa raíz.

3.4.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica en PubMed

Se realizaron diferentes búsquedas con diferentes combinaciones de los términos MeSH:

- **Fungating ulcer AND patient care.** 36 artículos que, tras la aplicación de criterios, 6 artículos.
- **Radiotherapy AND ulcer and nurs*.** 71 artículos que, tras la aplicación de criterios, 4 artículos.
- **Wound Healing and fungating ulcer.** 7 artículos que, tras la aplicación de criterios, 4 artículos.
- **Fungating ulcer AND nurs*.** 37 artículos que, tras la aplicación de criterios, 2 artículos.

3.4.2. Resultado de la estrategia de búsqueda bibliográfica en GNEAUPP

Para llevar a cabo esta estrategia de búsqueda bibliográfica contacté con el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas para solicitar el acceso a todo el repositorio de su Biblioteca Alhambra debido a que muchos documentos estaban restringidos a profesionales sanitarios. Una vez obtuve el acceso completo, seleccioné la documentación que cumple con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 18 artículos, 8 prácticas clínicas y 1 capítulo de un libro de interés.

3.4.3. Resultado de la estrategia de búsqueda en TESEO

Busqué las tesis con la palabra ÚLCERA y seleccioné aquellas que mencionaban úlceras crónicas, tratamiento de úlceras, úlceras cutáneas crónicas y evaluación de las prácticas clínicas de enfermería sobre el deterioro de la integridad cutánea. Obtuve 75 tesis de las cuales 3 tenían relación con el tema de forma directa.

3.4.4. Resultado de la estrategia de búsqueda en Google Académico

Llevé a cabo diferentes búsquedas con términos libres (úlceras neoplásicas, plan de cuidados de enfermería, cutánides, tumores ulcerados) obteniendo 6 artículos de interés.

3.4.5. Otras estrategias de búsqueda

A medida que realizaba la revisión de los diferentes artículos obtenidos en las anteriores estrategias de búsqueda, se tuvieron en cuenta documentos mencionados en los mismos a partir de su bibliografía. Dicha literatura se obtuvo desde la base de datos PubMed y WOS y, aquella que no tenía acceso libre, desde la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo mediante su petición.

4. DESARROLLO

4.1. FISIOPATOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las úlceras neoplásicas aparecen cuando las células tumorales invaden la piel y destruyen los tejidos adyacentes infiltrándose en su red vascular sanguínea y linfática. Suponen un riesgo potencial de la integridad cutánea debido a la combinación de diferentes procesos desde el punto de vista fisiopatológico.

El crecimiento incontrolado del tumor primario y/o la invasión de las células tumorales provenientes de una neoplasia primaria provocan la destrucción de los tejidos, así como la ruptura de vasos sanguíneos y linfáticos, invadiendo del mismo modo, estructuras y terminaciones nerviosas afectando a nivel funcional y provocando dolor. Debido a esto se producirá una neovascularización para compensar la rotura de estos vasos sanguíneos. Sin embargo, a pesar de los mecanismos de compensación, dicha alteración conlleva una desorganización microvascular provocando desde la disminución en la perfusión hasta la anoxia celular. Por otro lado, también se ve alterado el pH extracelular debido al rápido crecimiento tumoral ocasionando coagulopatías; suelen secretar un factor de permeabilidad vascular que provoca que los vasos sanguíneos sean más permeables al fibrinógeno (15) y, en consecuencia, la oclusión de los mismos. Además, el sistema linfático también se verá afectado generando una

acumulación de productos de desecho metabólicos y una alteración de las presiones del líquido intersticial, promoviendo edema y colapso vascular. Todos estos procesos derivan en hipoxia celular y, en última instancia, en necrosis del tejido. Así mismo, la disminución de la función plaquetaria y aumento de la presión sobre los tejidos favorecen el sangrado de la lesión (7).

La formación de una masa tumoral necrótica aumenta el riesgo de una proliferación bacteriana tanto aeróbica como anaeróbica. La infección de estos microorganismos conlleva la activación de proteasas que fragmentan el tejido necrótico provocando exudado y mal olor (11,16,17).

El crecimiento tumoral puede darse en dos fases que no necesariamente son excluyentes la una de la otra. En la fase proliferativa se observa un crecimiento exofítico o vegetante de rápido desarrollo donde las úlceras se presentan como un nódulo prominente con aspecto similar a una coliflor u hongo. En cuanto a la fase de destrucción, se observa un crecimiento endofítico caracterizado por ser irregular donde la lesión tiene forma de cráter cuyos límites son desbordantes e indurados (2,5).

El primer signo de desarrollo de una úlcera neoplásica suele manifestarse mediante uno o varios nódulos bien delimitados e indoloros en la piel acompañados de inflamación con endurecimiento, enrojecimiento, calor y/o sensibilidad. Los nódulos se caracterizan por su variabilidad tanto en tamaño como en pigmentación; van desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros y aparecen con coloración roja intensa a marrón-negro. La superficie cutánea puede experimentar textura de piel de naranja y fijarse a los tejidos subyacentes. Además, puede presentar placas eritematosas, pápulas violáceas y zonas de alopecia (2,8). A medida que el tumor se extiende, el tejido se acaba ulcerando, provocando exudado, hemorragias y mal olor. Si la extensión del tumor se lleva a cabo de forma vertical, se favorece el desarrollo de fístulas, sobre todo, si la localización de la herida tumoral corresponde con las regiones abdominal y perineal (10,18).

Los factores mencionados anteriormente se dan de múltiples combinaciones haciendo que cada úlcera tumoral tenga su propia clínica y gravedad. La evolución depende de la enfermedad de base y situación basal del paciente, además de los tratamientos abordados. Todo ello supone que los cuidados sean exclusivos de cada paciente generando un gran reto a los profesionales sanitarios (10).

4.2. EPIDEMIOLOGÍA

Las úlceras neoplásicas se consideran heridas crónicas de baja prevalencia. Debido a que su incidencia se registra siguiendo diferentes criterios según el lugar de la atención sanitaria, no se encuentran estadísticas exactas sobre su aparición. No obstante, a pesar de que la prevalencia no está clara ni actualizada a nivel nacional e internacional, numerosos autores establecen una estimación entre el 0,6% y el 9% para todo tipo de enfermedad neoplásica presentándose en torno al 5% en pacientes con cáncer y hasta un 10% en pacientes con cáncer metastásico. La base de estos datos se basa en un estudio retrospectivo de 1990 que abarca 7316 pacientes diagnosticados de carcinoma en un intervalo de 10 años en Hershey. 367 de ellos presentan afectación cutánea representando un 5% del total. Sin embargo, si se tienen en cuenta de forma exclusiva a aquellos pacientes que cursan enfermedad metastásica, el porcentaje de compromiso tisular se eleva al 9,4%. En el estudio se concluye que el porcentaje total de afectación cutánea puede estar subestimada debido al retraso de la aparición de la manifestación cutánea metastásica. A nivel internacional, se encontraron, además, dos estudios epidemiológicos más específicos que abordan la prevalencia de la implicación cutánea posterior a un cáncer de mama primario estimándola entre un 3 y un 6%, siendo el tórax la localización más frecuente en mujeres. (5,11,19,20)

4.3. CLASIFICACIÓN

La clasificación de las úlceras neoplásicas se podría llevar a cabo mediante diferentes criterios. No obstante, alguno de ellos tiene ciertos inconvenientes y debe considerarse como información complementaria que ayudará en el abordaje asistencial de la lesión.

Por un lado, se tendrá en cuenta la existencia de *integridad cutánea*. En este caso, las lesiones neoplásicas se dividen en cerradas (integridad cutánea total) o abiertas (pérdida de la integridad cutánea). Dicha división no indica el nivel de profundidad de la afectación tisular sabiendo que, a mayor profundidad peor pronóstico. Por lo tanto, aporta información que será utilizada para seguir una línea u otra de tratamiento, pero no es suficiente para establecer la gravedad de la úlcera (5).

Por otro lado, el estadiaje de las lesiones en *grados de afectación* como el que se lleva a cabo en las UPP (úlceras por presión) no se contempla en determinadas guías prácticas como la “Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas” del Hospital Universitario Reina Sofía porque el alcance tisular depende, entre otros aspectos, de la etiología de la úlcera a nivel individual y una clasificación generalizada sin tener en cuenta el origen proporciona escasa información (5,16). Sin embargo, el libro “Cuidados Paliativos en Enfermería” de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos establece un estadiaje de 4 niveles basándose en el aspecto de las lesiones cutáneas tal y como se establece en la *Tabla 2* (10,21).

NIVEL	CARACTERÍSTICA DE LA LESIÓN
1	Lesión con eritema e induración
2	Lesión nodular sin pérdida de la integridad cutánea
3	Lesión exofítica con pérdida de la integridad cutánea
4	Lesión exofítica asociada a fístulas

Tabla 2. Estadiaje de úlceras neoplásicas por grados de afectación según la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos

Respecto al último criterio posible, se establece la clasificación de las úlceras tumorales a partir de la *etiología* de las mismas. A pesar de ser la categorización más apoyada por los autores consultados, existen diferentes enfoques en ella. No obstante, los dos principales grupos corresponden a las úlceras neoplásicas primarias y las úlceras neoplásicas secundarias. Algunos autores relacionan las úlceras primarias de forma directa y exclusiva con el cáncer de piel primario (10,22) mientras que otros añaden, además, aquellos tumores primarios que surgen en niveles profundos de la piel y su desarrollo concluye con la invasión total y afectación severa de la misma (3,4,11,23). Se tienen en cuenta ambos aspectos en la revisión bibliográfica y se

subdivide la clasificación según el origen del tumor primario ulcerado (3,6). La categorización de las lesiones neoplásicas secundarias presenta, de forma similar, el inconveniente anterior; se pueden tratar como secundarias a aquellas generadas por metástasis de un tumor primario, las heridas crónicas que se malignizan y las lesiones iatrogénicas por intervenciones terapéuticas (10,18,22) o valorar también las úlceras causadas por los tratamientos antineoplásicos (9,24). No obstante, se considera que su presentación clínica y fisiopatología difiere de las primeras mencionadas por lo que se añadirán dentro de la subdivisión, pero no se asociarán al abordaje, valoración ni diagnóstico. (1,21)

4.3.1. ÚLCERAS TUMORALES PRIMARIAS

- ORIGEN EPITELIAL

- CARCINOMA BASOCELULAR

También llamado carcinoma de células basales, el carcinoma basocelular (CBC) representa el 60% de las neoplasias malignas cutáneas y, aunque se asocie mayoritariamente a la exposición continuada de radiaciones ultravioletas, tiene una etiología multifactorial (predisposición genética, edad, patologías previas, etc.). Las localizaciones más frecuentes son en piel sana de cara, cuello, extremidades superiores y tronco. El crecimiento suele ser lento y se rige por criterios de contigüidad siendo excepcionales las metástasis a distancia. Presenta diferentes formas clínicas: nodular, esclerodermiforme, superficial, fibroepitelial y pigmentado (4,5).

- CARCINOMA ESPINOCELULAR

Segundo tumor cutáneo más frecuente, el carcinoma espinocelular o epidermoide aparece sobre todo en zonas de exposición solar crónica como la cara, labio inferior, cuello, brazos y manos, además, de afectar a mucosas y genitales. El 80% de los casos se da en tejido dañado previamente (queratosis actínica, cicatrices de quemaduras, úlceras y radiodermatitis, lesiones preneoplásicas como eritroplasias y leucoplasias, etc.) y, a diferencia del CBC, puede derivar en metástasis por vía linfática, principalmente, en pacientes inmunodeprimidos (22,25).

- ORIGEN MELANOCÍTICO

- MELANOMA

Tumor maligno menos común y con mayor mortalidad asociada presentando alta tendencia a metastatizar. Su incidencia está en auge apareciendo en edades tempranas. Los factores de riesgo asociados son: historial de quemaduras solares y antecedentes familiares y propios de melanoma, fototipos cutáneos I y II y número elevado de nevus adquiridos y/o atípicos. Se desarrollan nódulos tumorales que, a medida que se desarrolla, aumenta la capacidad de ulcerarse. Existen 4 formas clínicas: lentigo melanoma maligno, melanoma de extensión superficial, melanoma nodular y melanoma lentiginoso acral. Sus presentaciones clínicas siguen, inicialmente, la regla ABCDE (asimetría, borde irregular, color no homogéneo, diámetro > 6 mm y evolución rápida). (6,25)

- ORIGEN GLANDULAR

- ENFERMEDAD DE PAGET MAMARIO

La enfermedad de Paget mamario es un trastorno poco común del complejo pezón-areola que está asociado en un 25% a un carcinoma subyacente del cual el 4% deriva en cáncer de mama. Su presentación clínica se caracteriza por placas eritematosas con bordes definidos y secreciones. Pueden presentar prurito y erosiones. (26)

- ORIGEN NEUROENDOCRINO

- CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

Carcinoma maligno, muy agresivo y de crecimiento rápido. Se localiza principalmente en zonas de exposición continuada a radiaciones UV solares como la cara y cuello. Inicialmente aparece como un nódulo eritematoso con habilidad ulcerativa rápida. Presenta alta tasa de recidivas locales y capacidad metastásica propagándose a los ganglios linfáticos cercanos (3,22).

- ORIGEN VASCULAR

- SARCOMA DE KAPOSI (SK)

Neoplasia cutánea con afectación visceral en determinados casos que se presenta asociada a diferentes grupos poblacionales. El *SK clásico* aparece en varones mediterráneos > 60

años en miembros inferiores (MMII); el *SK endémico o africano* en pacientes más jóvenes con distintos subgrupos con diferente gravedad; el *SK epidémico o asociado al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)* en varones homosexuales principalmente con lesiones en zona facial y cavidad oral. (27)

- ORIGEN LINFOCÍTICO

- LINFOMA

Afectación de los linfocitos localizados en la dermis. La patología más común concierne a las células T denominándose micosis fungoide. Su clínica se caracteriza por presentar placas eritematodescamativas en tronco que, con el avance del tumor, pueden ulcerarse. Se considera junto con la enfermedad de Paget mamario y el SK la presentación menos frecuente de neoplasias cutáneas primarias. (7,28)

- ORIGEN MESENQUIMAL

- SARCOMA DE PARTES BLANDAS

Lesiones malignas raras cuya malignidad depende del potencial metastásico y no del origen del tumor. Su localización inicial suele ser a nivel profundo y puede afectar al tejido adiposo, nervioso, fibroso y muscular cuya denominación dependerá de ello. Se presenta de forma mayoritaria en MMII entre los 20 y 60 años. (3,6)

4.3.2. ÚLCERAS TUMORALES SECUNDARIAS

- METÁSTASIS

Las úlceras tumorales secundarias a procesos metastásicos tienen un origen extracutáneo donde las células de la neoplasia primaria se diseminan a través de la vía sanguínea y linfática pudiendo también infiltrarse a través de los diferentes planos del tejido. De esta forma, se pueden dar tanto por contigüidad como por metástasis a distancia produciéndose hasta en el 10% de los pacientes con cáncer metastásico. Cada neoplasia tiene la capacidad de metastatizar en cualquier región corporal, aunque ciertas neoplasias tienen preferencia por determinadas localizaciones como el cáncer de mama y pulmón en la pared torácica (1–3,22).

Las metástasis cutáneas suelen presentarse, en un primer momento, como nódulos eritematosos e indoloros con capacidad ulcerativa. En determinados casos son la única manifestación de la patología neoplásica por lo que, además, se asocian a un mal pronóstico con una supervivencia entre 3 y 5 meses desde su aparición (mortalidad superior al 70% en el primer año) (8–10,29).

- MALIGNIZACIÓN/ULCERACIÓN NEOPLÁSICA

Según Granados y cols. se estima que el 1,7% de las heridas crónicas sufren una degeneración neoplásica mediante un proceso clínico histológico asociado a malignidad. Se suele dar en lesiones preneoplásicas como quemaduras de alta gravedad, epidermólisis ampollosa, úlceras y fístulas tórpidas, etc. (3,30)

Mención especial a la úlcera de Marjolin que se trata de un carcinoma epidermoide muy agresivo que suele desarrollarse en zonas dañadas previamente por lo que se puede considerar una úlcera secundaria como resultado de una insuficiencia venosa, osteomielitis, quemaduras y tratamientos radioterapéuticos. (5,28)

- TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS

Las úlceras secundarias a tratamientos antineoplásicos, también llamadas lesiones post-oncológicas por determinados autores (6,24), engloban todas aquellas producidas a consecuencia de intervenciones tanto quirúrgicas como terapéuticas. (2,9,18,22)

- RADIOTERAPIA. La radiodermatitis supone la principal complicación cutánea en relación con los tratamientos de radioterapia. Las lesiones producidas presentan una fisiopatología diversa respecto al resto de úlceras neoplásicas pudiéndose clasificar mediante un estadiaje.
- QUIMIOTERAPIA. La extravasación de citostáticos provoca graves lesiones a nivel de la zona de punción. Las pautas de la administración y manipulación de dichos fármacos, así como la actuación en caso de extravasación están recogidas en los correspondientes protocolos hospitalarios.

- PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. Intervenciones como la exéresis parcial o total del tumor (traqueostomías, colostomías, mastectomías, etc.) pueden dar lugar a la implantación accidental de células malignas en el tejido.

4.4. DIAGNÓSTICO

La presentación inicial de las úlceras neoplásicas se asemeja a otras lesiones benignas como quistes epidérmicos y lipomas dificultando su diagnóstico. No obstante, suelen presentar dos signos propios:

- Ubicación incompatible con las localizaciones típicas de las heridas vasculares comunes.
- Presencia de gran cantidad de tejido de granulación en el lecho de la herida.

Para detectarlas de forma precoz se debe tener en cuenta, además de las manifestaciones de la lesión, la historia clínica, en concreto, los antecedentes neoplásicos, la existencia de lesiones preneoplásicas y el uso de tratamientos antineoplásicos. Tras la evaluación clínica y personal, la confirmación del diagnóstico se lleva a cabo mediante una biopsia del tejido y su evaluación histopatológica. (2,8)

En aquellas heridas crónicas de larga evolución que no presentan mejoría, es importante realizar un estudio histológico debido a que existe, según Isoherranen K y cols., una prevalencia de hasta el 10,4% de úlceras neoplásicas localizadas en MMII infradiagnosticadas, lo que supone un enfoque erróneo en la evaluación y abordaje terapéutico. (4)

4.5. ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS NEOPLÁSICAS

El tratamiento de las lesiones neoplásicas constituye una compleja red de cuidados en la que se debe tener en cuenta tanto el ámbito físico como el psicosocial del paciente. Es por ello por lo que supone un desafío a los profesionales sanitarios atendiendo, además, a que existen pocos estudios recientes que garanticen una plena evidencia científica del abordaje más adecuado. En consecuencia, existen múltiples guías y revisiones bibliográficas que están basadas en la opinión y experiencia personal de especialistas en casos individuales. Tras un estudio

realizado en Suiza por Probst S y cols. en el año 2009, se observan diferentes intervenciones para el manejo de úlceras según el área geográfica donde se realice el abordaje de las mismas, concluyendo, por lo tanto, una falta de consenso y estrategias comunes. (31,32)

A pesar de la variabilidad de la literatura, se determina, en términos generales que, según el tipo de úlcera, se puede optar por abordar el tumor, si es posible, o tratar directamente la sintomatología asociada. Es importante considerar que, en la mayoría de los casos, los cuidados se centran en mejorar la calidad de vida del paciente más que en la cicatrización de la úlcera en sí misma debido a su fisiopatología y situación basal del paciente. (15)

4.5.1. LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO DE LA ÚLCERA

La máxima asepsia posible es uno de los factores principales a la hora de abordar cualquier úlcera por lo que, previo al resto de intervenciones, se debe asegurar una adecuada limpieza.

La limpieza local de una herida con afectación superficial se puede llevar a cabo con agua destilada o corriente a 37°C aproximadamente. En el caso de que los tejidos y estructuras implicados se encuentren en planos profundos, se recomienda el uso de suero salino fisiológico. No se encuentra una evidencia notable para el uso de antisépticos tópicos, es más, Montiel Vaquer afirma que pueden provocar irritación, sequedad y mal olor. Sin embargo, el Servicio de Salud Gallego menciona en la Guía Práctica de Lesiones Cutáneas Neoplásicas que se debe valorar la limpieza profiláctica con clorhexidina diluida en el caso de sospecha de infección por exceso de exudado. (2,3)

Los lavados se llevan a cabo mediante irrigación a baja presión evitando siempre friccionar la lesión. Se aconseja realizar desbridamiento en aquellas úlceras que presenten tejido necrótico optando siempre por un desbridamiento autolítico y/o enzimático mediante el mantenimiento de una cura húmeda y el uso de productos como hidrogeles o colagenasas (estas últimas no se pueden combinar con productos con plata o yodo debido a que desactivarían las enzimas responsables del desbridamiento).

En el caso de úlceras muy avanzadas con signos clínicos severos es posible realizar la limpieza de la misma mediante una cirugía higiénico-paliativa (desbridamiento quirúrgico y mecánico) con el fin de controlar el sangrado, eliminar el tejido desvitalizado, contener la infección y reducir el dolor.

Se debe mantener la piel perilesional limpia, seca e hidratada. Se puede optar por el uso de pomadas con óxido de zinc o apósitos de poliuretano transparentes para asegurar su protección. (3,5,8)

4.5.2.CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA

- DOLOR

El dolor afecta al 60-90% de los pacientes cuyo umbral suele estar reducido por su posible deterioro físico y su habituación a tratamientos opiáceos. El origen puede ser la presión del tumor sobre otras estructuras anatómicas, el edema generado por la alteración de la microvasculatura, la infección si hubiera, la exposición de las terminaciones nerviosas y/o la realización de las curas. El tipo de dolor asociado se clasifica en dolor profundo, neuropático y superficial relacionado con los procedimientos. (8,11)

El mal control del dolor supone, además del propio sufrimiento físico, una disminución de la calidad de vida asociada a trastornos del sueño, falta de apetito, limitaciones en la movilidad, aislamiento social, incapacidad física, sobredependencia, depresión, ansiedad, etc. (34). Las recomendaciones a seguir son las siguientes:

- Administración de analgesia sistémica de forma periódica respetando la escalera analgésica apoyada por la Organización Mundial del Dolor (OMS). (11)
- Administración de medicación previa a la cura en presentación intravenosa, subcutánea y/o tópica. Se observan buenos resultados en el manejo del dolor superficial mediante la utilización de medicación tópica como la lidocaína al 2% o la benzocaína. Se aplica inmediatamente después de retirar los apósitos y se

deja actuar hasta que se obtiene el efecto anestésico deseado (Vargas E y cols. indican que 30 minutos previos a la curación son suficientes). (10)

→ Aplicación de crema de lidocaína/prilocaína para el alivio del dolor relacionado con el desbridamiento. (2)

→ Utilización de apósitos antiadherentes y minimizar su cambio. (11)

En cuanto a los opioides tópicos, existe poca evidencia que abalen su funcionalidad a largo plazo sin efectos secundarios. No obstante, se encuentran casos en los que la aplicación diaria de diluciones de morfina e hidrogel proporciona un adecuado control del dolor. (21)

▪ MAL OLOR

El mal olor está causado por el crecimiento de bacterias tanto aerobias como anaerobias en el tejido desvitalizado de la úlcera produciendo compuestos volátiles y exudado. La intensidad del mismo aumenta en el caso de las úlceras que se extienden hasta cavidades corporales. Se puede catalogar en cuatro grados según como se muestra en la *Tabla 3*. (1,5)

GRADO	DEFINICIÓN
0	Sin olor
I	Olor percibido sólo al descubrir la herida
II	Olor percibido aún sin descubrir la herida
III	Olor fétido y nauseabundo

Tabla 3. Grados de olor

El mal olor se trata de uno de los síntomas que generan mayor preocupación e inseguridad en el paciente y su entorno. Conlleva serios problemas como la pérdida de apetito y el aislamiento social debido a sus determinadas características; olor denso, intenso y desagradable (33). Su control se lleva a cabo mediante las siguientes intervenciones:

→ Administración de antimicrobianos para limitar la acción bacteriana; el uso de Metronidazol tópico presenta alta efectividad en solución con concentraciones que oscilan de 5 a 10 mgr/cc. En úlceras cavitadas o fístulas se puede administrar mediante sonda o irrigaciones. El yoduro de cadexómero (nombre comercial Iodosorb), otro agente antimicrobiano de liberación continua de yodo y gran capacidad absorbente también ha dado muy buenos resultados. (2,8,16)

- Utilización de apósitos de carbón activado. Se deben aplicar de forma hermética para asegurar su efectividad. Su asociación con plata aumenta las propiedades antimicrobianas reduciendo, en consecuencia, la formación del olor. (10)
- Otros productos como aceites aromáticos esenciales, extracto de té verde, apósitos de miel se mencionan en la literatura como opciones de menor evidencia. (34)
- Estricto control del exudado, evitando la saturación de los apósitos empleados.
- Medidas ambientales como ventilación durante la cura, aromaterapia, uso de absorbentes de olores externo o neutralizadores de olores. (2)

- EXUDADO

Las úlceras neoplásicas producen, generalmente, altos niveles de exudado debido a su hiperpermeabilidad y proliferación bacteriana. Su mal control provoca incomodidad, molestias y baja autoestima en el paciente por lo que se debe tener en cuenta la localización de la herida, la cantidad y tipo de exudado y la presencia de olor para evitar cualquier tipo de inconveniente. (2,18)

Se intentará optar por apósitos de gran capacidad de absorción que no conlleven vendajes voluminosos como las espumas de poliuretano que aseguran la absorción, evitan la maceración del tejido perilesional y no dejan residuos, entre otros beneficios. También, se recomiendan apósitos no adherentes como las hidrofibras de hidrocoloide que forman un gel al entrar en contacto con el exudado. Están indicados, además, para heridas cavitadas y presentan propiedades hemostáticas. Sin embargo, requieren de un apósito secundario para su fijación. Si la cantidad de exudado no se controla con apósitos y, la localización y forma de la herida lo permiten, se puede valorar el uso de un dispositivo de ostomía como bolsa colectora. Por el contrario, si la herida no presenta prácticamente exudado, se puede optar por el uso de gasas con vaselina como primer producto de contacto con el lecho o apósitos antiadherentes para evitar el sangrado y dolor en las curas. Los cambios de apósitos variarán según cada paciente y,

en determinados casos, tanto el paciente como la familia podrá y querrá hacerse cargo debido a las ventajas de autonomía. De modo que, el equipo sanitario tiene la responsabilidad de instruir y aconsejarles. (2,23,28,34)

- SANGRADO

El tejido de una herida tumoral tiende a ser muy friable y a partir de la mínima manipulación puede sangrar. Sumado a ello, los pacientes oncológicos suelen presentar alteraciones en la coagulación por lo que se incrementa el riesgo de hemorragia. Por lo tanto, la prevención se considera el mejor método para su control. Se puede llevar a cabo mediante las siguientes recomendaciones:

- Retirada cautelosa del vendaje y los apósitos. En el caso de que estén adheridos, irrigar sin elevada presión con suero salino o agua templada la herida. (11)
- Uso de apósitos antiadherentes como hidrogeles, apósitos de silicona o hidrocoloides. (16)
- Si durante la cura y/o debido a un traumatismo agudo, aparece un sangrado activo, se optará, en un primer momento, por la aplicación indirecta de hielo y presión directa sobre la herida durante 15 minutos. En el caso de que el sangrado no cese, se recurrirá al uso de productos con acción hemostática como el colágeno o celulosa regenerada oxidada y apósitos de alginato aplicándolos bajo un vendaje a presión. (21)
- Se pueden aplicar gasas saturadas con vasoconstrictores tópicos como la adrenalina con rigurosa vigilancia de los posibles efectos. (35)
- En heridas con sangrado continuo se opta por apósitos de alginato cálcico que, en contacto con el exudado y la sangre, crea un ambiente húmedo y favorece la acción hemostática en la herida. (3,35)
- Si existen puntos localizados de sangrado activo, se pueden controlar mediante la aplicación de nitrato de plata para cauterizarlos. (23)

→ Para evitar el choque psicológico de los apósitos saturados de sangre, se puede optar por cubrir la capa más externa de la cura con vendajes oscuros. (21)

En aquellos casos que no haya buenos resultados, se valorarán terapias más agresivas como radioterapia, embolización o cirugía. (4)

- PRURITO

Se considera un síntoma frecuente y difícil de manejar. Puede aparecer en la piel perilesional o en la propia lesión y se debe a múltiples factores.

Aunque presentan baja evidencia, se establecen las siguientes recomendaciones si se produce en la piel perilesional:

→ Uso de corticoides tópicos o mentol en crema.

→ Aplicación de la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS).

En el caso de que aparezca en la úlcera propiamente dicha se podría optar por la administración de tratamiento oral de paroxetina y mirtazapina y el uso de apósitos de hidrogel. (2,5,10)

- INFECCIÓN

La elección de tratamiento dependerá de la presencia de colonización local o de infección clínica. El diagnóstico de infección mediante cultivos se hará a partir de la presencia de signos clínicos evidentes: eritema, aumento de dolor y exudado, fiebre, etc. Es imprescindible diferenciar la colonización de la infección para evitar el sobreuso de antibioterapia oral. Además, debido a la mala vascularización del tejido, se debe valorar el uso de antibióticos tópicos.

Se deben evitar aquellos productos que enmascaren el aspecto de la herida como la povidona iodada. En el caso de observar signos incipientes de infección, se optará por el uso de apósitos de plata y/o limpieza con clorhexidina diluida que favorecerá el control de la carga bacteriana, entre otras funciones. (3,11,21)

▪ PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Los pacientes oncológicos están, en muchas ocasiones, sometidos a un alto grado de ansiedad por la cercanía de la muerte, la sensación de impotencia ante situaciones no abordables, la dependencia que generan sobre su entorno, etc. Las úlceras neoplásicas, implican, además, la afectación de su imagen corporal e identidad personal y social. Por este motivo, a la hora de abordar los cuidados de una lesión neoplásica se debe tener una visión holística valorando al paciente y a su entorno desde todos los puntos biopsicosociales. (6,16)

El mal control de los síntomas físicos mencionados anteriormente conlleva al paciente sentimientos de vergüenza, asco y disconfort, entre muchos otros. Esto se debe a que el mal olor y la presencia de manchas de exudado y/o sangrado tienen un estigma social negativo y su efecto recae en el paciente provocando un aislamiento social (34).

Además de las medidas ya propuestas, se debe determinar el impacto generado en otros ámbitos del paciente como su calidad de sueño, apetito, relaciones sociales y su nivel de autoestima, entre otros. De esa forma, se elaborará una estrategia multidisciplinar desde el punto de vista médico, enfermero y psicológico. Las recomendaciones a seguir son (8,30,34):

- Escucha activa por parte del personal sanitario para que el paciente exprese sus preocupaciones y miedos mediante una comunicación cercana y sincera.
- Educación sanitaria para involucrar al paciente y su entorno en el cuidado de las lesiones, siempre y cuando, no esté contraindicado. Favorecerá la confianza en sí mismo y sentirá control sobre sus autocuidados.
- Recomendar actividades físicas como psicológicas acorde con las limitaciones del paciente.
- Proporcionar apoyo emocional enfocándose en el afrontamiento de la enfermedad y la muerte, la expresión de sentimientos y los cuidados paliativos para alcanzar la máxima calidad de vida.

→ Respaldo a la unidad de cuidadores encargados del paciente con apoyo emocional, educación y cercanía.

4.5.3. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

De forma complementaria y condicionada a cada paciente, existen otras opciones terapéuticas, generalmente paliativas, que favorecerán el control de los síntomas mencionados anteriormente. Por un lado, la exéresis del tumor y la reconstrucción de la zona afectada mediante injertos y/o colgajos se valoran como intervenciones quirúrgicas que, además de paliar los efectos cutáneos negativos, disminuirán el trastorno de la imagen corporal. Por otro lado, sesiones de radioterapia y/o quimioterapia pueden favorecer la disminución del tamaño y presión del tumor, olor, dolor y, en el caso de la radioterapia, el sangrado (2,5,8,11).

4.6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería engloba las valoraciones e intervenciones realizadas por el personal de enfermería mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC de manera estandarizada (lenguaje común) e individualizada a cada caso. De forma teórica, el método consta de 4 fases: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (37)

La valoración de enfermería se lleva a cabo para detectar los problemas y necesidades reales y potenciales del paciente con el fin de establecer las intervenciones adecuadas relacionadas tanto con el aspecto físico como social y psicológico del paciente. Determinar un plan de cuidados basándose en una valoración holística y actualizada en cada cambio del paciente garantiza una adecuada continuidad de la atención sanitaria. (6,10)

La valoración integral se puede realizar a partir de los patrones de Marjory Gordon como lleva a cabo Judit Panadés (9) o mediante las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson como establece Dalfó Pibernat y cols. (36), entre otros. Ambos modelos, mostrados en la *Tabla 4* proporcionan los datos necesarios para establecer los diagnósticos del PAE (9,36,37). Cada criterio alterado se evalúa y se le asigna un diagnóstico de enfermería basado en unos determinados indicadores según la NANDA. Estos diagnósticos se relacionan con los criterios de

resultados esperados (NOC) y, a su vez, establecen las intervenciones de enfermería (NIC) correspondientes. Estas intervenciones se componen de actividades de enfermería específicas. (9,36)

MODELO DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON		MODELO DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON	
1	Percepción y control de la salud	1	Necesidad de respirar normalmente
2	Nutricional – metabólico	2	Necesidad de beber y comer adecuadamente
3	Eliminación	3	Necesidad de eliminar normalmente por todas las vías
4	Actividad – ejercicio	4	Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas
5	Sueño – descanso	5	Necesidad de dormir y descansar
6	Cognitivo – perceptual	6	Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7	Rol – relaciones	7	Necesidad de mantener la temperatura corporal
8	Auto percepción – autoconcepto	8	Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9	Afrontamiento – tolerancia al estrés	9	Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10	Adaptación – tolerancia al estrés	10	Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones y necesidades
11	Valores – creencias	11	Necesidad de practicar sus creencias
		12	Necesidad de trabajar en algo gratificante para la persona
		13	Necesidad de desarrollar actividades lúdicas y recreativas
		14	Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad

Tabla 4. Modelos de valoración de enfermería

En un paciente que padece úlceras neoplásicas los aspectos más relevantes en el plan de cuidados son el estado evolutivo de la enfermedad oncológica y su pronóstico, el estado y evolución de la lesión cutánea, las patologías asociadas, la calidad de vida, su estado funcional y nutricional y la situación psicológica y social tanto del paciente como de su familia. En este caso, los cuidados se deben plantear como Problemas de Colaboración (PC) debido a que su abordaje requiere de un equipo multidisciplinar (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, entre otras especialidades). (1,5)

En conclusión, los diagnósticos NANDA asociados, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería para el abordaje de una úlcera neoplásica se establecerían como se expone en la *Tabla 5*. (1,6,9,30,36)

Diagnóstico NANDA	NOC	NIC
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Curación de la herida por segunda intención (NOC 1103)	Cuidados de las heridas: ausencia de cicatrización (NIC 3664)
Dolor crónico (00133)/agudo (00132)	Control del dolor (NOC 1605)	Manejo del dolor (NIC 1400)
Riesgo de infección (00004)	Severidad de la infección (NOC 0703)	Protección contra las infecciones (NIC 6550)
Riesgo de sangrado (00206)	Estado circulatorio (NOC 0401)	Disminución de la hemorragia (NIC 4020)
Trastorno de la imagen corporal (00118)	Imagen corporal (NOC 1200)	Potenciación de la autoestima (NIC 5400)
		Mejora de la imagen corporal (NIC 5220)
Baja autoestima situacional (00120)	Afrontamiento de problemas (NOC 1302)	Potenciación de la autoestima (NIC 5400)
	Aceptación: estado de salud (NOC 1300)	Mejorar el afrontamiento (NIC 5230)
		Apoyo emocional (NIC 5270)
Ansiedad ante la muerte (00147)	Autocontrol de la ansiedad (NOC 1402)	Disminución de la ansiedad (NIC 5820)
Sufrimiento espiritual (00066)	Bienestar personal (NOC 2002)	Apoyo espiritual (NIC 5420)
Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00061)/Cansancio del rol del cuidador (00062)	Nivel de estrés (NOC 1212)	Apoyo al cuidador principal (NIC 7040)
	Resistencia del papel del cuidador (NOC 2210)	

Tabla 5. Taxonomía NANDA-NOC-NIC

Las escalas son herramientas estandarizadas que permiten la valoración de un determinado ítem dentro de los diagnósticos de enfermería como el estado nutricional o la capacidad funcional del paciente. Con el objetivo de determinar el grado de afectación de la integridad cutánea están disponibles las siguientes escalas (1,10,11):

- TIME (del inglés: Tissue, Infection, Moisture, Edge). Escala más conocida diseñada por la Asociación Europea para el Manejo de Heridas (EWMA) que valora el tejido no viable, la infección y/o inflamación, la humedad y/o el exudado y los bordes epiteliales.
- MEASURE. Valora la medida (largo, ancho, profundidad y área afectada), exudado (cantidad, olor y características), aspecto del lecho, sufrimiento del paciente,

efectividad del tratamiento actual y los bordes perilesionales. Aporta un enfoque centrado en el paciente debido a que se evalúa el dolor.

- MFWAT. Herramienta específica para la evaluación de las úlceras neoplásicas. Consta de un primer dominio que mide la percepción subjetiva del paciente y un segundo que consiste en la evaluación objetiva de la lesión realizada por el especialista.

5. COMENTARIOS DE INTERÉS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los procedimientos de atención de enfermería en pacientes oncológicos que padecen úlceras neoplásicas forman parte de un abordaje multidisciplinar en el que participan, además de los profesionales de Enfermería, médicos, psicólogos y trabajadores sociales. Los cuidados necesarios para aliviar los síntomas directos como el exudado, el olor, el dolor y la infección de las heridas contribuyen al mismo tiempo a paliar síntomas indirectos generados por la propia lesión. No obstante, el abordaje psicológico debe ir más allá del control de la sintomatología; la educación sanitaria, el apoyo emocional y el afrontamiento de su enfermedad son fundamentales para una atención integral.

A pesar de la baja y controvertida prevalencia de las úlceras neoplásicas, se consideran lesiones cada vez más comunes por el incremento de las neoplasias y el aumento de la cronicidad de las enfermedades. Además, suponen, en muchas ocasiones, un pronóstico negativo acarreado repercusiones biopsicosociales significativas en el paciente y su entorno. El enfrentamiento a la enfermedad y la muerte, el aislamiento social derivado de la vergüenza y temor producido por las lesiones, el dolor y la incapacitación física y mental forman parte del gran impacto que envuelven dichas lesiones.

Además, se debe tener presente la opción de un tratamiento paliativo focalizando los cuidados en el confort y calidad de vida del paciente y no en la recuperación de la integridad cutánea.

En consecuencia, es imprescindible evaluar y valorar todos los aspectos que implica padecer una úlcera neoplásica evitando así un infradiagnóstico o un mal tratamiento. Establecer un plan de cuidados estandarizado adaptado a las circunstancias físicas, psicológicas y sociales del paciente presenta una alta evidencia de beneficios tanto a nivel individual como sanitario. De esta forma, llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería desde el inicio de la acogida del paciente facilita el abordaje de las lesiones entre profesionales y permite la continuidad de los cuidados. Sin embargo, muchas de las publicaciones establecen un abordaje no estandarizado sin planes de cuidados establecidos dificultando un seguimiento evolutivo pleno de la lesión.

Se concluye, por tanto, que se requieren investigaciones adicionales sobre la prevalencia actual de las lesiones neoplásicas y ensayos clínicos con mayores muestras de pacientes para establecer qué intervenciones y tratamientos poseen una evidencia científica sólida para tratar las úlceras neoplásicas.

6. ABREVIATURAS

- PAE: Plan de Atención de Enfermería
- TESEO: Fichero central de tesis doctorales de España
- GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
- WOS: Web Of Science
- JCR: Journal Citation Reports
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
- NOC: Nursing Outcomes Classification
- NIC: Nursing Interventions Classification
- UPP: Úlceras Por Presión
- CBC: Carcinoma basocelular
- SK: Sarcoma de Kaposi

- MMII: miembros inferiores
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
- OMS: Organización Mundial del Dolor
- TENS: Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea
- EWMA: Asociación Europea para el Manejo de Heridas
- TIME: del inglés: Tissue, Infection, Moisture, Edge
- PC: Problemas de Colaboración

7. BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Montiel Vaquer L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. *Rev Int Grupos Invest Oncol*. 2012; 1(2): 52–9.
3. Cabanillas González M, Pulgarín Sobrino SB, Ananín Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº4]. En: Rumbo Prieto JM, Raña Lama CD, Cimadevila Álvarez MB, Calvo Pérez AL, Fernández Segade J, editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
4. Isoherranen K, Jordan O'Brien J, Barker J, Dissemond J, Hafner J, Jemer G, y cols. Atypical wounds. Best clinical practices and challenges. *J Wound Care*. 2019; 28(6). doi: 10.12968/jowc.2019.28.Sup6.S1.
5. Pérez L, Cañadas F, García R, Turrado MÁ, Fernández GÁ, Moreno M, y cols. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. 1º ed. Hospital Universitario Reina Sofía, Complejo Universitario Torrecárdenas, editor. 2015.
6. Palomar Llatas F, Formes Pujalte B, Díez Fornes P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones oncológicas. *Enferm. Dermatol*. 2008; 2(4): 8–15.
7. Naylor W. Using a new foam dressing in the care of fungating wounds. *Br J Nurs*. 2001; 10(6): 24–30. doi: 10.12968/bjon.2001.10.Sup1.5334.
8. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006; 22(3): 185–93. doi: 10.1016/j.soncn.2006.04.006.

9. Panadés Cabré J, Blanco Blanco J. Abordaje integral de la persona con una lesión neoplásica cutánea. Plan estandarizado de cuidados de enfermería basado en la evidencia. Gerokomos. 2021; 32(2): 131–5. doi: 10.4321/s1134-928x2021000200012.
10. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: Aspectos básicos del cuidado de enfermería. Repert Med Cir. 2015; 24(2): 95–104. doi: 10.31260/RepertMedCir.v24.n2.2015.628.
11. Starace M, Carpanese MA, Pampaloni F, Dika E, Pileri A, Rubino D, y cols. Management of malignant cutaneous wounds in oncologic patients. Support Care Cancer. 2022; 30: 7615–23. doi: 10.1007/s00520-022-07194-0.
12. NIH: National Cancer Institute. El cáncer: estadísticas. Instituto Nacional del Cáncer. [Internet]. 2020 [Consultado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas#:~:text=El%20cáncer%20es%20una%20de,cáncer%20a%2016%2C4%20millones>
13. Langemo D. General Principles and Approaches to Wound Prevention and Care at End of Life: An Overview. Wound Manag Prev [Internet]. 2012 [citado el 13 de enero de 2024]; 58(5). Disponible en: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/content/general-principles-and-approaches-wound-prevention-and-care-end-life-overview>
14. Senet P, Combemale P, Debure C, Baudot N, Machet L, Aout M, y cols. Malignancy and chronic leg ulcers: the value of systematic wound biopsies: a prospective, multicenter, cross-sectional study. Arch Dermatol. 2012; 148(6): 704–8. doi: 10.1001/archdermatol.2011.3362.
15. Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, Hernandez L, Pappous E, Kyriannis C, y cols. Incorporating Wound Healing Strategies to Improve Palliation (Symptom Management) in

- Patients with Chronic Wounds. *J Palliat Med.* 2007; 10(5): 1161–89. doi: 10.1089/jpm.2007.9909.
16. Jiménez García JF, Ferrer Solá M. Úlceras tumorales. En: García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Torra Bou JE, editores. *Atención Integral de las Heridas Crónicas*. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP-FSJJ; 2016. p. 355-367
17. Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds – generalising from multiple - case study data using a system of reasoning. *Int J Nurs Stud.* 2001; 38: 533–45. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00098-5.
18. Woo KY, Sibbald RG. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. *Adv Skin Wound Care.* 2010; 23(9): 417–28. doi: 10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2.
19. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 22(1): 19–26. doi: 10.1016/0190-9622(90)70002-y.
20. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *J Wound Care.* 2009; 18(7): 273–80. doi: 10.12968/jowc.2009.18.7.43110.
21. Soldevilla Agreda JJ. Cuidados de las heridas neoplásicas y manejo del linfedema. En: Astudillo W, Orbezo A, Latiegi A, Urdaneta E, editores. *Cuidados Paliativos en Enfermería*. 1ª ed. San Sebastián; 2003. p. 107–22.
22. Cossío F, Fernández B, González R, Guerra M, López C, Saíz A, y cols. Úlceras neoplásicas. En: Cacicedo R, Castañeda C, Cossío F, Delgado A, Fernández B, Gómez MV, y cols. *Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas*. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011. p. 161-82.
23. McMurray V. Managing patients with fungating malignant wounds. *Nurs Times.* 2003; 99(13): 55–7.

24. Rumbo Prieto JM. Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica de enfermería sobre deterioro de la integridad cutánea, úlceras y heridas crónicas. [Tesis]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2015.
25. Bernad Alonso I, De Diego Pericas V, Espeso Fernández MÁ, Fernández Vilariño EV, García Morras P, Garrido Calvo AM, y cols. Tumores cutáneos. En: Guía de actuación en dermatología del Servicio Riojano de Salud. La Rioja; 2021. p. 55–61.
26. Sandoval Leon AC, Drews-Elger K, Gómez Fernández CR, Yepes MM, Lippman ME. Paget's disease of the nipple. *Breast Cancer Res Treat.* 2013; 141(1): 1–12. doi: 10.1007/s10549-013-2661-4.
27. Hernández Ruiz E, García Herrera A, Ferrando J. Sarcoma de Kaposi. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2012; 40(2): 39–48. ISSN 0210-5187
28. McNees P. Skin and Wound Assessment and Care in Oncology. *Semin Oncol Nurs.* 2006; 22(3): 130–43. doi: 10.1016/j.soncn.2006.04.003.
29. Komurcugil I, Arslan Z, Bal ZI, Aydogan M, Ciman Y. Cutaneous metastases with different clinical presentations: case series and review of the literature. *Dermatol Reports.* 2022; 15(1): 9553. doi: 10.4081/dr.2022.9553.
30. Granados Matute AE, Cejudo López Á, Barroso Vázquez M, Cordero Ponce M, Jiménez León R, Romero Sánchez I. Cuidados del paciente con herida tumoral. *Evidentia.* 2013; 10(41).
31. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: A survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs.* 2009; 13(4): 295–8. doi: 10.1016/j.ejon.2009.03.008.
32. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J* [Internet]. 2010 [citado el 12 de enero de 2024]; 7: 214–35. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-481X.2010.00682.x>

33. Young CV. The effects of malodorous fungating malignant wounds on body image and quality of life. *J Wound Care*. 2005; 14(8): 359–62. doi: 10.12968/jowc.2005.14.8.26827.
34. Goode ML. Psychological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. *J Wound Care*. 2004; 13(9): 380–2. doi: 10.12968/jowc.2004.13.9.26704.
35. Rupert KL, Fehl AJ. A Patient-Centered Approach for the Treatment of Fungating Breast Wounds. *J Adv Pract Oncol*. 2001; 11(5): 503-10. doi: 10.6004/jadpro.2020.11.5.6
36. Dalfó Pibernat A, Peiró Robert M, Sánchez Mur J, Moreno Martínez M, Marchán Martínez J. Atención integral a una mujer con úlcera neoplásica latero cervical: un caso clínico en Atención Primaria. *Metas Enferm*. 2018; 21(4); 28-32.
37. Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez J, López Márquez A, Millán Salazar MD, y cols. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. 1ª ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.