

HERIDAS NEOPLÁSICAS: ASPECTOS BÁSICOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Emilce Vargas*, Ivonne Alfonso**, Dora Solano***, Marcela Aguilar****, Vanessa Gómez*****

Resumen

Las heridas neoplásicas están relacionadas con el tumor y requieren un abordaje especial y más cuidadoso por los diferentes factores asociados con el cáncer. Se pueden encontrar problemas de difícil manejo como mal olor, exudado, sangrado, dolor, infección, apariencia visual que causa baja autoestima y aislamiento social que conlleva a un marcado deterioro de la calidad de vida de los pacientes y sus familias. **Objetivo:** determinar cuáles son los aspectos básicos del cuidado de enfermería en heridas neoplásicas. **Materiales y métodos:** esta revisión documental analiza la epidemiología, clasificación, instrumentos de valoración y las intervenciones de cuidado actual que el profesional de enfermería debe tener al brindar el cuidado a estos pacientes. **Conclusión:** se requiere un equipo multidisciplinario para el manejo de las heridas neoplásicas. Se deben identificar los problemas o necesidades, acorde con esto se diseñará un plan de manejo personalizado y se evaluarán las intervenciones generando un impacto positivo en el estilo de vida actual y futuro del paciente.

Palabras clave: heridas neoplásicas, cuidados de enfermería, cuidados paliativos, heridas paliativas.

NEOPLASTIC WOUNDS: BASIC ASPECTS OF NURSING CARE

Abstract

Neoplastic wounds are related to an underlying tumor and require specific and more careful care compared with other patients, due to the various factors associated with cancer. They are characterized by distressing issues such as fetid odor, exudate, bleeding, pain, infection, and bodily disfigurement which cause impaired self-esteem, social isolation and significantly impaired quality of life of patients and their family. **Objective:** to determine the basic aspects of neoplastic wounds nursing care. **Materials and Methods:** the documental review conducted in this study entails the epidemiology, classification and evaluating instruments, and the interventions that nurses must currently provide to these patients. **Conclusion:** a multidisciplinary team is essential to manage neoplastic wounds. Issues and needs must be identified to design a personalized management plan and interventions must be evaluated aiming to generate a positive impact on the life style of the patient.

Key words: neoplastic wounds, nursing care, palliative care, palliative wounds.

Fecha recibido: septiembre 16 de 2014 - Fecha aceptado: enero 22 de 2015

* Enfermera, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Oncológica, Pontificia Universidad Javeriana. Gestora de casos Centro de Excelencia TNE. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá DC, Colombia.

** Enfermera, Fundación Universitaria del Área Andina. Servicio de Urgencias, Clínica del Country. Bogotá DC, Colombia.

*** Enfermera, Universidad de Córdoba. Atención domiciliaria Clínica Saludcoop. Bogotá DC, Colombia.

**** Estudiante VII semestre de enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

Sandra Yaya, asesora metodológica, enfermera terapeuta enterostomal. Especialista de Producto Ordenes y Suministros S.A.S. Coloplast A/S.

Introducción

Descritas en la literatura como de difícil manejo, las heridas neoplásicas se caracterizan por ser exudativas, malolientes, dolorosas, sangrantes, sobreinfectadas y con rápida destrucción cutánea. Afectan los aspectos psicosociales e impactan en forma negativa la calidad de vida del paciente y su familia. Su progreso indica que la enfermedad está avanzando, por ende su pronóstico es desalentador. Las opciones terapéuticas son limitadas, siendo un reto para el personal de enfermería que maneja heridas o proporciona cuidados al paciente con cáncer. El estudio se enfocó en conocer los aspectos básicos del cuidado de las heridas neoplásicas identificando los principales problemas a los que se ven enfrentados los enfermeros y las familias, así como los instrumentos de valoración, las técnicas y productos utilizados para su cuidado. Los síntomas que acompañan a estas lesiones, complican las actividades de la vida diaria, por tanto el objetivo de nuestras acciones estará encaminado a minimizar su impacto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, procurando el mayor bienestar posible.

Objetivos

General: determinar cuáles son los aspectos básicos del cuidado de enfermería en pacientes con heridas neoplásicas. *Específicos:* identificar los principales síntomas que afectan en forma negativa a los pacientes con heridas neoplásicas y establecer el manejo actual de estos pacientes.

Propósitos

Analizar las técnicas de manejo de heridas neoplásicas en la actualidad, motivando a los profesionales en la práctica diaria y contribuir al desarrollo de la enfermería, facilitando al profesional y/o especialista la valoración objetiva y manejo integral del paciente.

Desarrollo metodológico

Búsqueda del documento: para este tipo de investigación se buscó información de fuentes secundarias de libros, tesis de grado y artículos de revistas científicas.

Se realizaron búsquedas bibliográficas previas hasta delimitar la información que se quería encontrar. A través del sistema de información web de la biblioteca general de la Pontificia Universidad Javeriana y de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud se realizó esta búsqueda, usando las bases de datos *MEDLINE*, *SCOPUS*, *EBSCO* y *Nursing ProQuest*, con las palabras claves heridas neoplásicas y cuidados de enfermería, en un período de cinco años entre octubre 2008 y octubre 2013. Se encontraron 30 artículos en inglés, cuatro libros y una tesis de grado, de los cuales luego de revisar su pertinencia se escogieron 27.

Selección de documentos: los criterios de inclusión permitieron escoger los artículos de mayor confiabilidad, validez y relevancia basados en la profundidad de su contenido, que a su vez respondieran al problema y los objetivos propuestos.

Marco teórico, lesiones neoplásicas

Son heridas cutáneas que aumentan en forma progresiva debido a que el crecimiento del tumor infiltra las capas de la piel y dan lugar a una úlcera abierta que no cicatriza destruyendo el tejido circundante. Pueden estar asociadas con complicaciones posradioterapia, posquirúrgicas, infecciones y sangrados. Debido al crecimiento rápido y desordenado de las células neoplásicas se origina un severo trastorno vascular, creándose mala perfusión que desencadena en la etapa final necrosis y ulceración de difícil cicatrización. Todo ello puede favorecer el desarrollo de fístulas según la localización de la herida tumoral (en especial en las regiones abdominal y perineal)¹. Según Grocott y Cowley, 2001 y Young 2005 la definen como infiltración del cáncer o metástasis en la piel, vasos sanguíneos y linfáticos. El origen de las lesiones neoplásicas se relaciona con dos causas: el compromiso metastásico en la piel o la invasión y proliferación del tumor en el tejido cutáneo.

Epidemiología

Las heridas malignas son poco comunes, constituyen entre 5 y 10% de todos los cánceres en el mundo oc-

cidental. La localización más frecuente es en la mama (62%), seguida por la cabeza y la cara (24%), los genitales, ingle, parte posterior (3%) y otras áreas (8%) (Thomas, 1992).² Una encuesta Suiza reportó una prevalencia de 6,6% (Probst y col. 2009).³ Los lugares más comprometidos fueron mama (49,3%) cuello (20,9%), pecho (17,6%), extremidades (16,6%), genitales (16,6%), cabeza (13,5%) y otros (1,7%). La esperanza de vida de una persona con una herida de este tipo es muy corta, con un promedio de seis a doce meses de supervivencia.²⁻⁴ Su ubicación y apariencia pueden variar en forma considerable.² En cáncer de mama puede ser una extensa úlcera con tejido necrótico comprometiendo la pared torácica, en cáncer de ovario, intestino ciego y recto, se infiltra en la pared anterior del abdomen como pequeños nódulos que avanzan a tejido necrótico semejantes a un “coliflor”, en recto y tracto genitourinario pueden causar crecimientos sobresalientes perineales, deformidad grave y pérdida de la función normal de la vejiga, vagina e intestino. Los tumores de cabeza y cuello no sólo distorsionan la cara, también pueden infiltrar la cavidad oral aumentando el goteo de saliva y exudados, impidiendo funciones como deglución y fonación.

Etiología, primarias

Las lesiones neoplásicas pueden ser primarias⁵ ya sea por *cánceres de piel de tipo no melanoma* como son el *carcinoma basocelular*, tumor de crecimiento lento, que si no se trata puede extenderse a las áreas cercanas y afectar huesos y tejidos de la piel. Es raro que un cáncer de células basales se extienda a partes distantes del cuerpo; y el *carcinoma escamocelular* que se desarrolla en las capas superiores de la epidermis, con frecuencia aparece en áreas del cuerpo expuestas al sol, tales como la cara, orejas, cuello, labios y dorso de las manos. También se puede desarrollar en cicatrices o úlceras de la piel o en otras partes del cuerpo.

También puede ser *primaria por cáncer de piel tipo melanoma* que es menos común y el más grave de los tumores de piel, se origina en los melanocitos y puede extenderse a través de la sangre o el sistema linfático a otras partes del cuerpo, surge a partir de un nuevo lunar o de otros ya existentes cambiando de forma y color.

Secundarias

Por metástasis: existe una relación entre piel y enfermedad neoplásica de origen no cutáneo, ya que muchas de ellas pueden originar metástasis en piel e incluso ser la primera y única manifestación demostrable de la neoplasia.

Por exéresis parcial o total de un tumor: las úlceras que evolucionan a carcinomas como en lupus, actinomicosis, lepra y epidermolisis bullosa.

Complicaciones de procedimientos terapéuticos: las causadas por radioterapia pues la piel es uno de los tejidos que sufren mayor intensidad los efectos inmediatos de la radiación, el daño dependerá de la dosis sufrida, de su fraccionamiento y del intervalo de tiempo en que se ha suministrado; o bien para quimioterapia que es una de las complicaciones más graves de la administración de citostáticos por su extravasación, produciendo una úlcera de la piel por necrosis del tejido circundante.

Las úlceras por neoplasias en general se caracterizan por su crecimiento proliferativo y ulceración, ya sea como una lesión en forma de coliflor (proliferación) o un área ulcerada como un cráter poco profundo que puede ampliarse hasta formar un seno o fístula.⁶

Clasificación, estadificación

Una aproximación certera al manejo de este tipo de heridas se inicia con el análisis de los distintos factores y características más relevantes de la o las lesiones presentes que se clasifican en grados o niveles así⁷: grado I, eritema y/o induración; grado II, lesiones nodulares sin pérdida de la integridad de la piel; grado III, lesión cutánea exofítica o en forma de cavidad con pérdida de la integridad de la piel; y grado IV, lesiones exofíticas o cavidades asociadas con ostomías o fístulas.

Impacto

Tener una herida neoplásica obliga a cambios en el estilo de vida del paciente y de las personas en su entorno. El más grave quizá sea en el campo de la

autoestima. La propia imagen corporal se distorsiona cuando las zonas del cuerpo son afectadas por severas deformidades. Los síntomas que acompañan a estas lesiones complican las actividades de la vida diaria, por lo que los objetivos del cuidado de estas heridas están orientados a minimizar su impacto sobre la calidad de vida en los diferentes frentes amenazados como se muestra en la (Figura 1). La visibilidad de la lesión neoplásica causa un inmenso sufrimiento para el paciente y un cambio en las relaciones con la familia y amigos. Ejemplo de esto se muestra en un estudio australiano realizado con 14 enfermeras, cuatro pacientes y un cuidador, quienes la califican como una experiencia inolvidable y atribuyen al mal olor la mayor parte del sufrimiento.⁸ Las enfermeras de este estudio sintieron repulsión y experimentaron a su vez gran tensión, mientras trataron de ocultar sus sentimientos instintivos secundarios al mal olor. Otro estudio realizado en Taiwán con diez pacientes (seis mujeres y cuatro hombres) con heridas malignas, mostró cómo estos experimentaron sentimientos de angustia, vergüenza y aislamiento social con los síntomas del mal olor y el exudado.⁴

Valoración de enfermería

Incluye la detección de problemas y necesidades del paciente. Para ello se tendrán en cuenta los estados fí-

sico, psíquico y social que aportarán una visión global de la persona y sus circunstancias, con el fin de adecuar las actuaciones de enfermería a las necesidades.^{9,10}

Para una evaluación precisa se tendrán en consideración los siguientes aspectos: etiología, localización, número de lesiones o nódulos, estadio, tamaño, profundidad, trayectos fistulosos y/o anfractuados, color del lecho de la lesión, tipo de tejido, exudado: características y cantidad, presencia de olor e intensidad, dolor, sangrado, infección y piel perilesional en cuanto a color e integridad.

Aunque no existe un sistema oficial para valorar las heridas malignas, se encontraron dos instrumentos aún no validados los cuales son el método de evaluación del tratamiento *TELLER* por Le Roux y la autoevaluación gráfica de los síntomas de la herida *WoSSAC*, que permiten al paciente relacionar los cambios en la herida en forma subjetiva y se centran en el cuidado paliativo de las heridas malignas y la calidad de vida. La diferencia es que el primero lo registra el clínico con base en un acuerdo de consenso cualitativo con el paciente a través del diálogo y el segundo lo hace el propio paciente. Browne y col. consideran la posibilidad de sesgo con el método *TELLER*.¹¹ Sin embargo, estas dos herramientas de cuidados paliativos reconocen la experiencia del paciente que vive con heridas



Figura 1. Impacto de la herida neoplásica en la calidad de vida.

crónicas y la necesidad de incluir síntomas para dar una atención óptima al manejo de estas heridas. De hecho Grocott menciona en su estudio de caso las diversas limitaciones para medir en forma objetiva las lesiones malignas con ultrasonido, fotografías y peso de los apósitos para determinar el volumen de exudado.¹²

TIME: es la herramienta más conocida en nuestro medio diseñada por la EWMA (Asociación Europea para el manejo de heridas) es un documento de posición para que todos los profesionales de la salud estandaricen la evaluación de heridas.¹³

MEASURE: elaborada por un grupo de expertos en la cicatrización de heridas utilizando una nemotecnia como se muestra en la (Tabla 1). Este esquema incorpora un enfoque centrado en el paciente e incluye la evaluación del dolor.¹²

MFWAT: es una herramienta específica para la evaluación de la herida maligna basada en estudios de Grocott (1997), Shultz (2001), Naylor (2002) y otros anteriores como Lo Sf, S. F, Hayter M, Hu W, Tai C, (2006,2008). Consta de dos dominios que miden la percepción subjetiva del paciente relacionada con su herida maligna y MFWAT-N evalúa su estado.¹⁴⁻¹⁶ La primera parte (MFWAT-P) hace referencia a la parte subjetiva del paciente y la segunda parte de la escala es objetiva y realizada por especialistas en heridas (Tabla 1).

Tratamiento

El tratamiento de las heridas no sólo va dirigido al control de los síntomas físicos, sino también incluye aspectos psicológicos, espirituales y socioeconómicos.¹⁶ Las lesiones malignas por lo general no se curan. El objetivo de los cuidados paliativos con la herida es lograr la más alta calidad de vida en los pacientes. Se identifican como resultado del proceso de evaluación y son: optimizar el potencial de curación del paciente, favorecer el ambiente de curación local, reducir los efectos de las complicaciones asociadas con la lesión, disminuir el olor y el dolor de la herida.

Gfocott P (2007) propone estos tres principios básicos para organizar la atención y dirigir las intervenciones.

Estos principios son: *tratamiento del tumor subyacente* cuyo objetivo es controlar la neoplasia junto con problemas tales como el sangrado, promoviendo la curación siempre que sea posible. La selección del tratamiento busca causar el mínimo daño y el máximo beneficio. La radioterapia se utiliza para reducir el

Tabla 1. Escalas de valoración para heridas crónicas

Escala	Parámetros evaluados	Observaciones
TIME	T: (Tissue) tejido no viable. I: (Infection) infección y/o inflamación M: (Moisture) humedad/exudado E: (Edge) bordes epiteliales	Es la más conocida; diseñada por un grupo de expertos y ampliada en un documento de la Asociación Europea para el manejo de heridas. (EWMA).
MEASURE	M: Medida, largo, ancho, profundidad y área E: Exudado, cantidad, olor, características A: Aspecto, lecho de la herida S: Sufrimiento, dolor R: Reevaluar la efectividad del tratamiento de heridas E: Bordes, (condiciones del borde y la piel circundante)	Enfoque centrado en el paciente e incluye la evaluación del dolor.
MFWAT	MFWAT-P: mide la percepción subjetiva del paciente con su herida maligna. Consta de cinco dominios: dolor, comodidad del apósito, síntomas de la herida, asuntos sociales y problemas psicológicos. Escala numérica de 0 a 10 MFWAT-N: evaluación objetiva del estado de la herida. Nueve elementos: tipo de herida, tipo de tejido, cantidad, mal olor, cantidad y calidad del exudado y sangrado, ulceración de la piel y edema se califica de 1 a 5.	Es específica para las lesiones o heridas malignas; incluye la percepción subjetiva del paciente; el puntaje es proporcional a la gravedad.
TELLER (Le Roux)	Método de evaluación del tratamiento. Diligencia por el profesional al entrevistar al paciente.	Centrada en el cuidado paliativo de las heridas malignas y la calidad vida.
WoSSAC	Autoevaluación gráfica de los síntomas de la herida por el paciente.	Centrada en el cuidado paliativo de las heridas malignas y la calidad vida.

volumen del tumor, paliar la recurrencia del sangrado y disminuir el dolor.¹⁶⁻¹⁸ Otro tratamiento encontrado en la literatura es la electroquimioterapia, definida como una antitumoral cuyo objetivo es la citorreducción. Consiste en la administración de antineoplásicos seguido de la aplicación local de electropulsos. Puede administrarse en una sola sesión en un centro oncológico ambulatorio y es costo efectivo. Hay pruebas que demuestran la eficacia de la electroquimioterapia en términos de reducción del volumen tumoral y de los síntomas como sangrado y exudado.

Manejo local de la herida: Gfcott P (2007) plantea algunas medidas generales para el cuidado paliativo de las heridas neoplásicas como la remoción de tejido necrótico y el tratamiento de la sobrecarga bacteriana para reducir el olor, exudado y daño de la piel perilesional. Por consiguiente son medidas útiles limpiar la herida con suero fisiológico sin friccionar con gasas, utilizando la técnica del dedo enguantado, mantener un ambiente húmedo controlado, desbridar el tejido muerto, reducir la carga bacteriana y el olor, controlar los exudados por evaporación del exceso de líquido, proteger la piel perilesional de excoriación o maceración y controlar la frecuencia de los cambios de apósito. En efecto, la aplicación de estos últimos mantiene una interfaz húmeda en el lecho de la herida, evitando la remoción traumática, de esta manera la limpieza suave con la técnica de dedo enguantado protege el tejido frágil.

Control de los síntomas: se clasifican en físicos y sociales según Grocott (2007) y Probst (2010); los síntomas más comunes de las heridas malignas son el mal olor, excesivo exudado, dolor, sangrado y prurito.

Olor: es uno de los síntomas más difíciles de tratar y de ocultar en las lesiones neoplásicas, debido a la pérdida de la viabilidad del tejido y al exudado. La mezcla de agentes volátiles producidos por bacterias aerobias y anaerobias, son las causantes de producir el mal olor así como la mezcla de diamina y aminos tales como cadaverina y putrescina producidas en los procesos metabólicos de bacterias proteolíticas.^{19,20} Su manejo se limita a tres elementos principales: metronidazol (sistémico o tópico), antimicrobianos y apósitos de

carbón activado y plata. Thomas y col.² dicen que los apósitos de carbón activado sirven como filtro, absorbiendo sustancias malolientes volátiles de la herida, antes de que pasen al aire. Existen otros elementos encontrados para controlar el mal olor que no son usuales (pomada cúrcuma, trióxido de arsénico tópico, ácido hipocloroso, aceites esenciales, extracto de té verde, soluciones antisépticas, aceites de aromaterapia en el lecho de la herida de limón, lavanda y té). Los apósitos de miel y plata son recomendados para el manejo de pacientes con heridas malignas en el control del olor, garantizando un bajo riesgo de bacterias resistentes.⁶

Actividades de enfermería: cambiar de apósitos a necesidad, utilizar los de carbón activado para el control del olor o los de sales de plata según necesidad para inhibir y combatir la proliferación microbiana, combinar con medidas ambientales (gotas de ambientador, productos balsámicos, ventilación, etc.), respetar la situación del paciente cuidando nuestros gestos y actitudes y debemos dar muestras de empatía, acercamiento y acompañamiento.

Dolor: el causado por las lesiones malignas es un fenómeno complejo. Es uno de los síntomas prevalentes y afecta entre 60 y 90% de los pacientes en situación avanzada. Puede ser causado por el crecimiento del tumor, la presión sobre otras estructuras anatómicas, el edema resultante de la alteración capilar y drenaje linfático, infección, la exposición de terminaciones nerviosas o debido al cambio de los apósitos.²¹

El dolor crónico es muy costoso, tanto en lo económico como en lo social, es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que compromete la calidad de vida. Al no manejarse en forma adecuada puede generar algunas consecuencias como trastornos del sueño, poco apetito y nutrición inapropiada, limitación de la movilidad, dependencia de la medicación, aislamiento social, incapacidad o bajo rendimiento laboral, sobredependencia familiar y/o de otros cuidados y depresión, tristeza, frustración, ansiedad y miedo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la escalera analgésica es un punto de referencia útil para determinar cuándo los pacientes pueden nece-

sitar el cambio de medicación hacia un opioide, la dosis, frecuencia de administración y la adición de fármacos adyuvantes para controlar el dolor (SIGN 2000).¹² La aplicación tópica de fármacos opioides como la morfina es una alternativa de tratamiento cuando no hay respuesta a la analgesia convencional. Aunque no existe evidencia científica limitada para este método, una serie de estudios de casos publicados y documentos teóricos apoyan su uso y su capacidad para reducir de manera significativa el dolor de la herida.²² El abordaje es una responsabilidad compartida, donde se identifican las áreas de competencia de cada uno de los actores dentro del equipo asistencial. El control del dolor del paciente con heridas crónicas debe ser integral e individualizado. El manejo se basa en la utilización de anestésicos y antiinflamatorios tópicos (región perilesional); los opioides tópicos son una opción y para paliar el dolor y escozor de la piel dañada y ulcerada, adecuación de la técnica de cura y elección de apósitos (puede ser útil asociar ansiolíticos antes de la curación). Control del dolor intenso mediante tratamiento sistémico y tópico, manejo del dolor moderado (tratamiento tópico), dependiendo de la intensidad y bajo prescripción médica se recurre a opioides de acción rápida (morfina o fentanilo) y utilización de gel de xilocaina, esteroides o loción de calamina.

Actividades de enfermería: utilizar analgesia previa a la curación según indicación médica, valorar la aplicación de analgesia local como lidocaína al 2% o morfina en apósitos que cubran la herida media hora antes de la curación, pues se ha comprobado que este tiempo es suficiente para obtener un nivel adecuado de analgesia. Si las curaciones son muy dolorosas se deben administrar antes fármacos analgésicos, productos de barrera como película cutánea y óxido de zinc, utilizar la escala analgésica del dolor para valorar el grado, hacer pausas al realizar las curaciones, no hacer irrigaciones con elevada presión, evitar presión con los apósitos, y no dejar la herida expuesta al medio ambiente.

Exudado: lo ocasiona la alteración en la permeabilidad vascular y factores como la sobreinfección y

colonización. Cuando se hace continuo y toma contacto directo con la piel perilesional, suele irritarla e inflamarla dando como resultado una maceración con incremento de dolor.¹ El control efectivo del exudado resuelve en buena parte los problemas de la herida y los pacientes pueden recuperar el grado de independencia y control sobre sus vidas.¹² La absorción es el método principal del manejo de este tipo de lesiones.

El tratamiento recomendado para el control del exudado en úlceras de gran componente exudativo es colocar apósitos con alginato cálcico, hidrofibra y espumas de poliuretano. Si la superficie de drenaje lo permite, se puede colocar algún dispositivo colector como son las bolsas de colostomía, urostomía o de una pieza con ventana transparente y valorar la limpieza profiláctica con clorhexidina diluida.

Actividades de enfermería: lavado abundante de la lesión, se aconseja utilizar la ducha a baja presión como método de limpieza en cada curación, realizar limpieza de lecho de la lesión sin fricción, evaluar las características del apósito al retirarlo y tratar si hay infección, utilizar apósito para controlar el exudado siendo confortable para la vida del paciente, cuidar la piel perilesional evitando maceración, irritación y escoriación porque complica la herida. Se recomienda utilizar pomadas con óxido de zinc, los apósitos y oclusión de la herida deben ser lo menos voluminoso e incómodos para el paciente y así la actividad diaria será más confortable para el paciente.

Sangrado: estas lesiones son predisponentes a sangrar debido a la alta vascularización del tumor. Se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones en caso de sangrado: utilizar medidas tópicas como adrenalina 1:1000 en caso de sangrado persistente (precaución, posible necrosis por isquemia)²³, ácido tranexámico para control de sangrado, se administra en una dosis de 1 a 1.5 g, dos a cuatro veces al día durante diez días²⁴, disponer de esponjas hemostáticas utilizadas en cirugía como alternativa práctica de emergencia para el control rápido del sangrado aunque son costosas y la suspensión de sucralfate que se considera por los especialistas en cuidados paliativos como una opción rentable.²⁵

Actividades de enfermería: recomendaciones para prevenir el sangrado ²⁶, retiro suave del apósito con solución salina si se adhiere a la herida para evitar sangrado, uso de apósitos no adherentes y/o productos que mantengan húmedo el lecho de la herida, realizar presión directa durante 10 a 15 minutos cuando se produce sangrado, taponar con agentes hemostáticos sitios como nariz, vagina y recto, reducir al mínimo la frecuencia de los cambios de apósito para evitar el desbridamiento mecánico, utilizar gasa saturada con vasoconstrictores tópicos con epinefrina para controlar el sangrado profuso y colocar vendajes tópicos, selladores de fibrina, colágeno o alginato, vasoconstrictores o la cauterización de los agentes (epinefrina, nitrato de plata, formalina o el alumbre).

Prurito: es causado por la propia actividad tumoral. El uso de opioides y de distintos ungüentos (ej. vaselinas) junto con los jabones y antisépticos con detergentes que se aplican de manera incorrecta sobre estas heridas, contribuyen a la aparición de este síntoma siendo frecuente en tumores de mama. La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) también puede ser eficaz en el alivio del prurito asociado con herida maligna. La aplicación de mentol en crema tiene efecto de enfriamiento y calmante, puede aplicarse en áreas afectadas dos o tres veces al día o según sea necesario, a pesar de que no debe usarse en heridas abiertas.

Maceración: es un problema en heridas exudativas como en las heridas neoplásicas, sin embargo llama la atención que en los estudios analizados no está descrito como tal. Probst y col. 2009, sugieren como factor clave en el control del síntoma el uso de productos y apósitos apropiados. Los protectores de piel forman una barrera para que soporte el constante flujo de exudado o efluente de las lesiones malignas evitando la maceración.

Infección: la presencia de abundante detritus y tejido desvitalizado es una característica frecuente en las úlceras neoplásicas que con el incremento del exudado favorece la proliferación de bacterias y la posibilidad de infección. Es una de las complicaciones principales de este trastorno dedicando los mayores recursos para su control, una de las consecuencias del tejido

desvitalizado es el mal olor.¹ Se recomienda utilizar antibióticos tópicos debido a la mala vascularización que dificultaría la llegada por vía sistémica, realizar cultivo de acuerdo con los protocolos de cada institución, evitar soluciones yodadas, mercuriales o violeta de genciana porque tiñen y resecan; el gluconato de clorhexidina es efectivo frente a gérmenes aerobios y anaerobios así como en hongos, es de amplio espectro de acción y elevado efecto residual (después del uso de cualquier antiséptico realizar un lavado con suero).

Actividades de enfermería: extremar la limpieza de la herida, eliminar el tejido desvitalizado priorizando el desbridamiento autolítico con hidrogeles por ser menos traumático; utilizar apósitos con plata son muy eficaces para el control de la infección y por consecuencia del mal olor, y existen en el mercado gran variedad con características especiales, que pueden ayudarnos a controlar estos síntomas como el dolor o la hemorragia.

Sociales

Los pacientes con lesiones neoplásicas tienen sentimientos de culpa, temor, vergüenza e inseguridad y prefieren soportar solos dicho impacto que arriesgarse a ser juzgados y señalados, causando incomodidad a las demás personas.⁹ El aislamiento social es una de las situaciones más comunes que experimentan los pacientes con lesiones neoplásicas no solo por el impacto visual que genera la misma, sino también por los síntomas que desencadenan este tipo de lesiones como los son el olor, el exudado y el sangrado. La ausencia de intervenciones en el cuidado y manejo de las lesiones neoplásicas llevan al paciente a aislarse, alterando su dinámica social habitual requiriendo un manejo disciplinario con distintos profesionales como oncólogos, psicólogos, especialistas en dolor, rehabilitadores, nutricionistas y enfermeros especializados. Wilkes y col¹¹ estudiaron el impacto de las heridas malignas sobre los enfermeros, describiendo sus experiencias como difícil de manejar, dolorosa y con frecuencia dando lugar a sentimientos de culpa e impotencia por no ser capaces de manejar la herida de forma adecuada. Así mismo mencionan problemas en sus relaciones psicosociales.

Si esto sucede con los profesionales de enfermería, imaginemos por un instante cómo será la vivencia de sus familiares y/o cuidadores, quienes deben hacer frente al mismo tiempo a sus propios problemas, al dolor causado por las condiciones de su ser querido con un cáncer terminal y a los síntomas asociados con la lesión maligna.

Cuidados de enfermería: los más relevantes son realizar una valoración de la red de apoyo familiar y social, así como de los recursos del propio paciente, la familia o las instituciones; potenciación de la autoestima; apoyo emocional; facilitar a la familia y el paciente la obtención de material informativo; y educar a la familia en el apoyo y acompañamiento del paciente en la realización de sus actividades de bienestar como bañarse, vestirse, aseo personal, cambio de posición y alimentación.

En la (**Tabla 2**) se resumen las intervenciones de enfermería para los principales problemas presentados por los pacientes con heridas neoplásicas.

Discusión

Se encontró un número significativo de publicaciones (narraciones de experiencias, casos clínicos y revisiones de tema) en especial de profesionales de enfermería que muestran intervenciones de manejo de pacientes con este tipo de lesiones. En algunos los enfermeros experimentan desesperanza, impotencia, frustración, incapacidad, tristeza, culpa e incluso ira, ya que no atendieron a sus pacientes con heridas malignas en lo que consideraban como manera adecuada. En las investigaciones revisadas se encontró similitud en los síntomas como el olor, dolor, sangrado, exudado e infección. Sin embargo no está descrita la maceración a pesar de ser un problema común en las heridas altamente exudativas. Se requieren investigaciones que exploren los efectos en la calidad vida de los pacientes con heridas malignas, así como otros estudios para evaluar intervenciones efectivas. Más que aplicar apósitos y ungüentos, su trascendencia radica en generar confianza, bienestar y comodidad. Se sugiere que las instituciones donde traten heridas o pacientes oncológicos desarrollen una guía para el

manejo de heridas complejas y a su vez capacitar al personal de enfermería con los avances del manejo de este tipo de enfermos.

Conclusiones

El cuidado de un enfermero especialista (terapista enteroestomal/oncólogo) es clave ya que sus conocimientos le permiten manejar de forma adecuada e integral a los pacientes con heridas complejas y por ende mejorar al

Tabla 2. Cuidados básicos

Problema	Intervención de enfermería
Tejido desvitalizado	Limpieza (técnica dedo enguantado) Desbridamiento: autolítico con hidrogeles de estructura amorfa, o enzimático
Olor incontrolado	Utilizar apósitos de carbón activado Tratar el proceso infeccioso Utilizar metronidazol tópico
Sangrado	Irrigar antes de retirar apósitos Controlar el sangrado local utilizando apósitos hemostáticos: alginatos, colágeno En caso de sangrado persistente utilizar adrenalina 1/1000
Infección	Tomar cultivo de acuerdo con protocolos de cada institución Utilizar antibióticos tópicos y sistémicos No usar soluciones yodadas, mercuriales o violeta de genciana Uso de clorexidina, para la limpieza Utilizar apósitos con plata y carbón activado Uso de ácido hipocloroso
Dolor	Utilizar analgesia antes de la curación según orden médica Utilizar analgesia tópica (antiinflamatorios, lidocaína gel, opioides) 30 minutos antes de la curación Utilizar medidas no farmacológicas Hacer pausas al realizar las curaciones Evitar irrigaciones con elevada presión Evitar presión con los apósitos Evitar dejar la herida expuesta al medio ambiente Valorar respuesta analgésica según escala de dolor EVA No usar placebos
Maceración (deterioro de la piel perilesional)	Utilizar productos barrera: película cutánea, óxido de zinc
Prurito	Estimulación eléctrica transcutánea (TENS) Aplicación de mentol en crema

paciente en aspectos como el dolor, calidad del sueño, apetito, olor, confianza y autoestimas, restableciendo las relaciones familiares y sociales, lo que significa una mejor calidad de vida. Los enfermeros están en una posición privilegiada para mejorar la calidad de atención del paciente, ya sea como resultado directo del cuidado o mediante la identificación de necesidades permitiendo la participación de otros miembros del equipo multidisciplinario, promoviendo la evaluación y el tratamiento integral del paciente y su familia.

Es necesario que los profesionales de la salud se capaciten y permanezcan en constante actualización y que puedan compartir sus conocimientos con los pacientes y los cuidadores. La actuación de enfermería frente a este tipo de lesiones se deberá enfocar desde el punto de vista de tratamiento paliativo al paciente y su familia. Los cuidados proporcionados estarán condicionados por la sintomatología y las características concretas que presente cada paciente.

Referencias

- Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Heridas y fistulas tumorales: posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático. *Hygia*. 2010; 74: 55-62.
- Thomas S. Current practices in the management of fungating lesions and radiotherapy damaged skin. Bridgend, Mid Glamorgan: The Surgical Materials Testing Laboratory; 1992.
- Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs*. 2009; 13 (4): 295-98.
- Lo SF, Hu WY, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2008; 17(20): 2699-2708.
- Grocotta P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013; 7(1):101-5.
- Muñoz Rodríguez A, Escanciano Pérez I, Ballesteros Úbeda MV, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J, et al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas [monografía en Internet]. Madrid, España: Hospital Universitario de Móstole; 2011 [citado 2015 Marzo 09]. Disponible en: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/manual-de-protocolos-y-procedimientos-en-el-cuidado-de-las-heridas.pdf>.
- Astudillo W, Orbegoza A, Latiegi A. Cuidados paliativos en Enfermería. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003.
- Torra JE, Arboix M, Soldevilla JJ, Rueda J, Segovia T, Martínez F, Torres de Castro OG. En: Soldevilla JJ, Torra JE. Atención integral de las heridas crónicas. 1a ed. Madrid: Spanish Publishers Associates; 2004.
- Alexander SJ. An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *Int Wound J*. 2010; 7(6): 456-65.
- Delgado García JM. Valoración, identificación y evaluación de las heridas crónicas. *ENE*. [serie en internet]. 2013 [citado 09 Mar 2015]; 7(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/311>.
- Browne N, Grocott P, Cowley S, Cameron J, Dealey C, Keogh A, et al. Wound care research for appropriate products (WRAP): validation of the TELER method involving users. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(5):559-71.
- Grocott P. Developing a tool for researching fungating wounds. [monografía en Internet]. London, Inglaterra: World Wide Wounds; 2001 [cited 2013 Nov 10]. Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2001/july/Grocott/Fungating-Wounds.html>
- EWMA. Position document: wound bed preparation in practice. [monografía en Internet]. London, Inglaterra: European Wound Management Association; 2004 [cited 2015 Mar 09]. Disponible en: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2004/pos_doc_English_final_04.pdf.
- Grocott P. Evaluation of a tool used to assess the management of fungating wounds. *J Wound Care*. 2001; 6: 421-24.
- Nocent Schulz VN. The development of a malignant wound assessment tool. [dissertation]. Canada: University of Alberta. Dept. of Public Health Sciences; 2001.
- Lo SF, Hayter M, Hu WY, Tai CY, Hsu MY, Li Y. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Adv Nurs*. 2012; 68(6): 1312-21.
- Lo SF, Hu WY, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2008; 17(20): 2699-708.
- Lotem M. Skin problems in palliative medicine. In: Geoffrey Hanks NI, Cherny NA, ChristakisMF, Stein K, Russell KP. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2003. p. 618-38.
- Gfocott P. Care of patients with fungating malignant wounds. *Nurs Stand*. 2007; 21(24):57-8.
- Shirasu M, Nagai S, Hayashi R, Ochiai A, Touhara K. Dimethyl trisulfide as a characteristic odor associated with fungating cancer wounds. *Biosci Biotechnol Biochem*. 2009; 73(9): 2117-20
- Woo K, Sibbald G, Fogh K, Glynn C, Krasner D, Leaper D, et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *Int Wound J*. 2008; 5(2):205-15.
- Caicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Delgado Uría A, Fernández Saiz B, Gómez España MA, et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. [monografía en Internet]. Cantabria, Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011 [citado 10 Mar 2015]. Disponible en: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas>.
- Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs*. 2001; 10(22 Suppl):S33-6, S38, S40.
- Gabay M. Absorbable hemostatic agents. *Am J Health Syst Pharm*. 2006; 63(13), 1244-53.
- Grocott P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J Community Nurs*. 2000; 14 (3): 31-40.
- Collier M. Management of patients with fungating wounds Collier. *Nurs Stand*. 2000; 15(11):46-52