

Guía de actuación en lesiones Oncológicas

La problemática que generan las lesiones oncológicas o neoplásicas es especialmente importante por tratarse de pacientes con unas condiciones físicas, a veces muy comprometidas (secundarias a la patología de base y estado evolutivo de la misma) y por las propias características de las lesiones, que van a condicionar la necesidad de un abordaje específico, que no siempre se va a corresponder con el que se recomienda en cualquier otro tipo de lesión aguda o crónica (úlceras vasculares, por presión, pie diabético...). Este artículo pretende pues, contribuir a clarificar estos aspectos, partiendo de que ni todas las heridas crónicas son benignas, ni el abordaje habitual es siempre el más adecuado, pues además de tener en cuenta las características habituales de la lesión (aspecto, estructuras anatómicas afectadas, profundidad, cantidad y tipo de exudado...) habrá que considerar otras como: presencia o no, de células tumorales en el lecho de la lesión, tipo de tumor y características evolutivas del mismo, expectativa de vida del paciente, zona afectada expuesta o no, presencia de lesiones satélites, etc.

Cualquier lesión crónica que no cicatriza en un periodo de más de seis semanas y que sea susceptible de degenerar en un tumor, tiene que mantenernos "alerta", pues la derivación a la especialidad correspondiente (dermatología, cirugía...) es absolutamente imprescindible para garantizar una asistencia adecuada.

Una valoración holística, nos permitirá establecer un plan de cuidados individualizado, en el que frecuentemente el objetivo a conseguir no se centrará en cicatrizar las lesiones, sino en proporcionar a nuestros pacientes la mejor calidad de vida posible, garantizando de esta manera su autonomía y confort.

Palabras clave: Tumor, úlcera, cuidados enfermería

Introducción

Cuando hablamos de lesiones tumorales, oncológicas o neoplásicas que derivan en un deterioro de la integridad cutánea, hemos de ser conscientes, de que no estamos ante una úlcera tradicional, ni siquiera similar a otras heridas crónicas o agudas; ya que frecuentemente son lesiones en las que está en juego la vida del paciente y cuyo condicionante principal para su abordaje y evolución, va a ser la etiología y localización de la lesión.

Este tipo de lesiones no se pueden clasificar en grados o estadios de afectación, ya que son lesiones en las que la enfermedad de base, puede tener origen en mesenquima, epidérmico, melanocítico, células T, venoso, etc y en las que va a jugar un papel muy importante el estado inmunitario del paciente (inmunodeprimidos), pudiendo presentar clínica muy distinta y variable, en función de todas esas circunstancias, así como presentar metástasis por distintas vías (linfática, sanguínea, satélites cutáneos)^(1,2).

Se estima que aproximadamente entre un 5-10% de la patología neoplásica, presenta afectación cutánea, aunque no se sabe con exactitud la proporción que llega a desarrollar úlceras tumorales⁽³⁾. Aspectos como dolor, ansiedad, angustia, alteración de la imagen corporal, pérdida de autoestima, mal olor, exceso de exudado, hemorragias, aislamiento social, problemas de nutrición o dificultad en las curas, son relativamente frecuentes y por lo tanto han de ser debidamente abordados.

Para una mejor comprensión del tema hemos decidido establecer tres categorías de lesiones: Lesiones tumorales o neoplásicas, Lesiones post-oncológicas y Radiodermatitis.

1. Lesión tumoral o neoplásica

Es la alteración causada por la infiltración de un tumor en la piel y/o red vascular y linfática adyacente. Su frecuencia es más importante en pacientes de edad avanzada con metástasis de neoplasias primarias y en situación terminal⁽⁴⁾, lo que muchas veces va a condicionar su tratamiento hacia el objetivo de mantener la mejor calidad de vida posible y al control de los síntomas (abordaje paliativo). Los tumores que más frecuentemente pueden derivar en deterioro de la integridad cutánea y/o tisular son los de mama, sarcomas, melanomas o carcinomas de células escamosas, bien sean primarios o secundarios a metástasis. Como características principales destacar que presentan formas irregulares, con lecho ulcerar necrótico, abundante tejido desvitalizado y bordes elevados; en general presentan aspecto friable (frágil, que se rompe o sangra con facilidad). Aproximadamente un 62% se localizan en tórax y un 24% en cuello, aunque pueden aparecer en cualquier zona anatómica del cuerpo.

F. Palomar Llatas,
B. Fornes Pujalte,
P. Díez Fornes,
V. Muñoz Mañez y
V. Lucha Fernández.
Unidad de Enfermería
Dermatológica, úlceras
y heridas. CHGUV.
L. Arantón Areosa,
Supervisor Calidad,
Área Sanitaria de Ferrol.
A Coruña.

Correspondencia:
ulceras_hgv@gva.es



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

- **Queratocantoma:**

Es una lesión benigna pero su aspecto clínico nos hace pensar a veces en un carcinoma epidermoide. Es duro a la palpación; su componente principal es vascular y su evolución rápida. Es una tumoración con tendencia a ulcerarse y a presentar ligera hiperqueratosis sobre el borde, aunque su aparición suele ser secundaria a un pequeño traumatismo con solución de continuidad de la piel. (foto 1)

- **Enfermedad de bowen:**

Mácula, pápula escamosa hiperqueratósica a veces de aspecto verrugoso, se extiende principalmente por todo el espesor de la epidermis, con zonas fisuradas y erosivas. Es considerado como un epidermoide in situ, aparece en lesiones con gran exposición a radiaciones ultravioletas (UV).

- **Enfermedad de paget:**

Un 25% de estas lesiones presentan un carcinoma subyacente y el 4% de éstas, degeneran en una neoplasia de mama. Presentan placa eritematosa con secreciones serohemorrágicas y erosiones; es unilateral, pruriginosa y no responden a tratamientos tópicos.

- **Eritroplasia de queyrat:**

Placa brillante aterciopelada del glande, es un carcinoma epidermoide in situ, que suele darse entre los 30/60 años, en hombres no circuncidados; puede presentar ulceración y ser invasiva con metástasis. En su etiología destaca el esmegma (secreción balanoprepucial), déficit de higiene, traumatismos o fricción.

- **Eritroplasia:**

Son un 95% de los tumores espinocelulares orales; presentan placa rojiza aterciopelada; suele darse en fumadores, masticadores de tabaco o bebedores de alcohol; aproximadamente un 2% son leucoplasias.

- **Leucoplasia:**

Lesión hiperqueratósica en la superficie mucosa (labio, lengua, mucosa yugal, paladar) en forma de placa blanca producida por una irritación crónica (tabaco, traumatismos, fricción o infecciones crónicas). Entre los 50/70 años y principalmente en el hombre, un 2-4% degeneran en epidermoide.

- **Cuerno cutáneo:**

Es una forma frecuente de aparición de carcinoma epidermoide, principalmente en la cara, dorso de manos y labio inferior. Puede aparecer sobre piel sana o sobre una queratosis. En su base presenta una infiltración y destaca la formación de una engrosada capa queratósica que al desprenderse, deja una ulceración sangrante en su base.



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

cristalmina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

CRISTALMINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DC) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80. Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungistático. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decubito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvese de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **Sin receta médica.**
PRESENTACIONES:
Cristalmina solución 1% envase 500 ml
Cristalmina solución 1% envase 125 ml
Cristalmina solución 1% envase 25 ml
Cristalmina solución 1% monodosis
OTRAS PRESENTACIONES:
Cristalmina film 1% gel envase 100 g
Cristalmina film 1% gel envase 30 g
Cristalmina Plus solución 1% envase 30 ml

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Foto 4.



Foto 5.



Foto 8.

Foto cedida por:
Ramón Dura - CAP de
Torrent



Foto 6.



Foto 7.

Bibliografía:

- 1 *García Díez A. Avances en el tratamiento del cáncer cutáneo.* Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.
- 2 *Mejina Martínez P, Hernández Machado V, González Mestre V. Manual de Cirugía Plástica, "Tumores epiteliales malignos".* Sociedad Española de cirugía plástica reparadora y estética.
- 3 *Pozo Villa R y Lapeira Cabello JM. Úlceras tumorales em cuidados paliativos.* A propósito de um caso. *Med Pal* 2007; 14 (2): 66-68.
- 4 *Blanco Blanco J. Los apósitos de plata, una nueva herramienta para el abordaje de las heridas neoplásicas.* A propósito de un caso. *Med Pal* 2006; 13 (3): 120-124.
- 5 *Aranda Martínez JM, Castro Marco MV, Galindo Carlos A, Ledo García MJ, Martínez Cuervo F, Moreno-Guerín Baños A y Palomar Llatas F, Romo Sanz MI, Ruda Resilina E, Soto Martínez MA, Torres de Castro OG, Vigil Escalera Quintanal LJ. Versión española revisada y adaptada de la "Valoración y cuidado del paciente con heridas crónicas dolorosas" de Dr. Karsten Foggh® 11/2006.* Coloplast productos médicos S.A. Noviembre de 2006. referencia GU696.

• Úlcera de marjolin:

JN Marjolin la describió, tras la aparición de un epiteloma epidermoide en una antigua cicatriz epidermoide, dándole el nombre de úlcera de Marjolin ^(foto 2 y 3). Podrían ser lesiones premalignas las cicatrices crónicas, úlceras crónicas, cicatrices de quemaduras, osteomielitis crónica, hidradenitis crónica supurativa y acné vulgar cicatricial.

• Carcinoma basocelular:

Denominado también como epiteloma basocelular o basalioma ^(foto 4). Suele darse en pacientes de piel blanca, sensibles al sol (tipo I y II), con daños actínicos por radiaciones solares ultravioletas (UVB), radiaciones artificiales (fototerapia, fotoquimioterapia), radiación X o cobaltoterapia. Frecuentes en cicatrices de quemaduras, úlceras crónicas, y en estado de continua extensión, micosis fistulizadas, radiodermatitis crónica o estímulos mecánicos crónicos. Un 4,4% aparece en úlceras de MMII (el 75% son basocelulares).

Se suelen presentar en varias formas clínicas:

- a) Nódulo ulcerativo o ulcus rodenas:** es el más frecuente.
- b) Pigmentado:** de color negro marrón y superficie brillante, centro duro y firme, hay que diferenciarlo del melanoma maligno.
- c) Esclerodermiforme o morfeiforme:** en nariz, frente y mejillas; de color blanco y amarillento, con superficie plana y radioresistente.
- d) Superficial o pagetoide:** placa eritematosa de crecimiento lento y centrifugo, borde perlado y mas frecuente en tronco.
- e) Terebrante:** forma ulcerada que destruye y penetra en los tejidos subyacentes ⁽⁵⁾.

• Carcinoma espinocelular:

Denominado también epiteloma espinocelular o carcinoma escamoso ^(foto 5). Frecuente en sujetos con piel blanca y poca melanina (tipos I y II), expuestos a radiaciones artificiales (fototerapia, fotoquimioterapia) y radiación X. Aparecen en lesiones preneoplásicas, cicatrices de quemaduras, crónicas y en estado de continua extensión, micosis fistulizadas, radiodermatitis crónica, estímulos mecánicos crónicos, úlceras de

larga evolución (Marjolin), en úlceras de MMII en un 4'4% y de estas el 25% son espinocelulares. Es menos frecuente que el basocelular en relación de 1/10 y mas frecuente en hombres (entre 60/80 años) con trabajo al aire libre (especialmente en el medio rural).

Localizaciones topográficas: labio inferior, manos, brazos, genitales y mucosas. Tienen tendencia a metastatizar por vía linfática, principalmente los de mayor tamaño y cuando la invasión afecta por debajo de las glandulas sudoríparas de la dermis.

a) Carcinoma espinocelular intraepidémico: puede tener su origen en lesiones cutáneas ya existentes.

b) Carcinoma espinocelular invasor: el crecimiento es ilimitado, infiltrante y rápido, afecta al estado general y puede producir la muerte.

• Melanoma:

Puede presentar un crecimiento vertical o radial. Su color varía entre negro, azul, pardo o rejizo, a veces incluso carece de pigmento (melanoma acrómico) lo que dificulta el diagnóstico. Posteriormente se desarrollan nódulos tumorales en la superficie que pueden llegar a ulcerarse y sangrar. En zonas sometidas a presión (acral) son frecuentes la aparición de erosiones y ulceraciones ^(foto 6).

Clínica del melanoma maligno: Existen cuatro formas clínicas:

- a) Léntigo melanoma maligno.
- b) Melanoma de extensión superficial.
- c) Melanoma nodular.
- d) Melanoma lentiginoso acral.

• Linfangiosarcoma:

Angiosarcoma ^(foto 7) cutáneo asociado a linfedema crónico, que fue descrito por Stewart y Treves en una casuística de seis casos de mujeres mastectomizadas por neo de mama y con linfadenectomía. Clínicamente presenta una área indurada, con tonalidad violácea, edema y nódulos con tendencia a la ulceración. En estadios avanzados presenta dolor y lesiones que afectan a todo el brazo, incluida la mano y la parte torácica proximal. Tiene mal pronóstico y es metastático.



Foto 9.



Tejido neoplásico.

• Sarcoma de partes blandas:

Son lesiones tumorales originarias en el mesenquima, poco frecuentes. Afectan a tejido no óseo y se denominan según la afectación sea en tejido adiposo, nervios, músculos, tejido fibroso... (liposarcoma, fibrosarcoma, etc). Su malignidad no depende del origen del tumor sino del potencial metastásico (Foto 8).

La clínica, presenta una tumoración que va en aumento, con dolor e incapacidad funcional (si la afectación es en un miembro), siendo su aparición en un 20% en MMSS y un 40% en MMII (la edad media está entre los 20 a 60 años).

• Sarcoma de kaposi:

Patología secundaria o complicación de pacientes con SIDA, patogenia limitada a pacientes inmunodeprimidos con trasplante renal, ancianos de origen judíos del area mediterránea y países de centro África. La etiología está influenciada por citomegalovirus, papilomavirus y diversos tipos de herpes virus para la variante detectada en pacientes homosexuales (considerada por ello como enfermedad de transmisión sexual). Son lesiones principalmente en extremidades inferiores con máculas azuladas, que degeneran en nódulos hiperqueratósicos y ulcerados (foto 9).

• Linfomas:

Linfoma cutáneos de células T (MF) micosis fungoide con un 2'2% de los linfomas, la incidencia es de 1-3 para mujer-hombre y principalmente entre la 4ª y 6ª década. Es un tumor formado por linfocitos T. La clínica consiste en una placa eritematosa en tronco y zonas generalmente no fotoexpuestas⁽⁶⁾. Son lesiones con bordes poco definidos, asimétricas, con ligera descamación, las placas pueden ir en aumento y formar tumores que pueden ulcerarse, presentando afectación ganglionar y visceral en estados avanzados de enfermedad. También puede aparecer en nódulo con adherencias a tejidos adyacentes.

2. Lesión post-oncológica

Usaremos este término para designar a aquellas lesiones secundarias al tratamiento médico o quirúrgico del tumor. Incluyen pues, un amplio abanico de situaciones, que van desde la escisión, extirpación y sutura, hasta las derivadas de los tratamientos a que se somete al paciente. Se incluirían aquí las lesiones que se suelen presentar tras extravasación de quimioterapia; éstas son frecuentes en zonas de punción endovenosa (sobre todo en flexura de brazos), presentando signos



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

dertrase[®]
POMADA

Complejo enzimático
(Tripsina y Quimotripsina) que permite
una proteólisis de amplio espectro



**Acción desbridante con efecto
antiséptico de amplio espectro**

DERTRASE[®] pomada. Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido L-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofurural (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE[®], se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofurural, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **Salvat**
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Foto 10.



Foto 11.



Foto 12.

de induración local, edema, dolor y eritema, que en unas 24 horas evoluciona a necrosis (con placa negra) que aumenta en extensión en función de la dosis extravasada y de los tejidos adyacentes; el tratamiento requiere desbridamiento de todo el tejido necrosado; siendo frecuente su resolución por vía quirúrgica (colgajo o injerto completo de piel).

3. Radiodermitis

Si bien está englobada en el grupo de post-oncológicas, pues en realidad son un efecto secundario al tratamiento con radiaciones ionizantes, las trataremos por separado, porque son las únicas lesiones oncológicas, en las que estaría indicado establecer una clasificación por grados. En la tabla adjunta (tabla 1), exponemos la clasificación de Añón JL y cols⁽⁷⁾ que recomendamos, ya que es precisa en la identificación de los signos y gravedad de los mismos.

La radiodermitis (foto 10) presenta a corto y largo plazo lesiones cutáneas (úlceras y carcinomas) con sus respectivas repercusiones psicológicas en los pacientes.

La clínica que presentan se caracteriza principalmente por una xerosis extrema (piel seca), acompañada de eritema (quemadura), fibrosis cutánea con esclerosis capilar, alteraciones en la pigmentación cutánea, disfunción secretora glandular (sebácea, sudorípara), alteraciones en la mitosis celular (principalmente aumento de la basal) y afectación del folículo piloso. Esta clínica puede estar condicionada por factores como región anatómica afectada por la radiación (pliegues), estado nutricional e higiene del paciente, farmacoterapia coadyuvante, estado inmunológico y sobre todo por el tiempo y la dosis de radioterapia que se administra. Además en algunas zonas post-quirúrgicas radiadas, podemos encontrar dehiscencias (fotos 11 y 12) con lesiones muy exudativas, en cuyo lecho presentan abundante tejido de granulación, pero que son de difícil cicatrización. En la tabla 2, se detallan de forma esquematizada, a modo de esquema comparativo, las características, manifestaciones y síntomas más relevantes, que podemos encontrarnos entre las lesiones tumorales y las heridas post-oncológicas (sirva como propuesta de aspectos a tener en cuenta para su diferenciación).

Abordaje de enfermería

Partimos de que, frente a ciertas heridas oncológicas, tendremos que establecer cuidados paliativos, ya que la curación no será posible y objetivo principal pasa a ser, mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

De todas las características que presentan estos pacientes, destacan por su repercusión, los aspectos y conflictos psicoemocionales (tanto del paciente, como de la familia). El paciente pasa por unas fases impactantes como son: conocer in situ "el cáncer", tratamiento durísimos, sufrimiento físico y mental e incluso la sensación de proximidad a la muerte, que generan sufrimiento y ansiedad también en la familia⁽⁸⁾; se trata además de patologías epidemiológicamente muy importantes e impactantes, cara a la sociedad, la administración, la familia, el personal dedicado a la salud, etc., por lo que tendremos que afrontar dentro de nuestras competencias, esta ayuda al paciente, con el apoyo del equipo multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales...). La actuación de enfermería frente a este tipo de lesiones la enfocaremos desde un punto de vista de tratamiento tópico-paliativo (y psicológico) del paciente y familia⁽⁹⁾. Los cuidados a administrar estarán absolutamente condicionados por la sintomatología y características concretas que presente cada paciente:

1. El dolor

Es una de las caudas principales de que se acentúe la ansiedad y el estrés de un individuo; el umbral del dolor en estos pacientes puede ser muy bajo, por el posible deterioro físico y por estar habituados a tratamientos opiáceos^(5 y 10). En muchos casos puede depender del tipo de tumor o afectación de zonas radiadas.

Será nuestra misión y nuestra obligación, proporcionar en los tratamientos tópicos, productos que contribuyan a mitigar el dolor (o al menos a no incrementarlo), tratamientos menos irritativos y más confortables para el paciente, como puede ser el uso de hidrogeles en zonas con presencia de esfacelos, o de apósitos con muy baja adherencia al lecho de la lesión, para que a la hora de retirada de estos sean lo menos molestos posible para el paciente (mallas siliconadas, mallas de hidrocoloides). Tendremos en cuenta que todos los productos que gelifican en contacto con el exudado de las lesiones, forman una especie de barrera protectora con ese gel, que protege las terminaciones nerviosas expuestas (y los receptores del dolor), por lo que podrían considerarse una alternativa válida y de primer orden en estos casos.

2. Neutralización del olor

Las lesiones por dehiscencias o post-quirúrgicas al tumor que afloran de nuevo (y algunas otras tumorales, úlceras y evolucionadas), son lesiones muy exudativas y por tanto presentan alto riesgo de colonización crítica, que puede conllevar la

Bibliografía: (continuación)

- 6 Abellaneda Fernández C, Mas Ferrá A y Estrach Panella T. **Linfomas cutáneos primarios**. Dermatología práctica 2006; 14 (1):8-16.
- 7 Añón Vera JL y cols. **Manual sugerencias en la prevención y tratamiento de la radiodermitis**. Editores médicos SA EDIMA. Coloplast productos médicos SA.
- 8 Guinot Rodríguez JL. **Atención al paciente oncológico**. Master Oficial para la formación en la investigación universitaria y del programa de doctorado.
- 9 Arantón L, Beaskootea, MP, Capillas R, Cerame S, Coiduras JM, Collado F, Manzanero MJ, Palomar F, Segovia T, Subirá A. **Módulo V Calidad de vida en los pacientes con heridas** © 2008, E.R Squibb & Sons, L.L.C. Convatec.
- 10 Aranda Martínez JM, Castro Marco MV, Galindo Carlos A, Ledo García MJ, Martínez Cuervo F, Moreno-Guerín Baños A y Palomar Llatas F. **El dolor en las heridas crónicas**. Rev ROL Enf 2007; 30(5).
- 11 **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008**. NANDA Internacional. Elsevier España SA. Madrid 2007.

GRADO	RADIODERMITIS
0	Piel aspecto normal.
I	Eritema folicular débil, depilación, descamación seca y disminución sudoración.
II	Eritema tenso brillante, edema moderado, descamación húmeda.
III	Descamación húmeda confluyente, edema con fovea.
IV	Descamación húmeda hemorrágica, ulceración y necrosis.

Tabla 1.

	Tumores	Heridas post-oncológicas
Bordes	Bordes sobreelevados, infiltrados y perlados (C. basocelular) o mamelonado (C. espino)	Bordes no sobreelevados e invaginados
Dolor	No	Circunstancialmente y punzante
Color lesión	Según etiología: eritematoso, violáceo, negro-marrón, perlado	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos)
Olor	Puede llegar a ser muy intenso y desagradable	Moderado e intenso si signos de colonización crítica
Pulsos	Normal	Normal
Piel perilesional	Normal, eritema y en algunos casos descamación	Inflamación
Localización	Principalmente cara y tronco. Úlceras > 5 años en MMII, UPP > 5 años, cicatrices por antiguas quemaduras	Dehiscencias de resecciones tumorales, zonas radiadas, extravasación citostáticos
Características	Lecho blando con esfacelos y fácil sangrado, Nódulo duro y con adherencias a tejidos adyacentes	Heridas abiertas y cavidades generalmente, tejido de granulación con esfacelos y duros al tacto.
Predisposición	Todas la edades	Todas las edades
Edemas	No	Si, loco-regional
Temperatura	Normal	Si, infección
Psique/emocional	Dependerá grado de aceptación	Dependerá grado de aceptación

Tabla 2.

agudización del olor, haciéndolo característico, denso, fuerte y desagradable, que se acentúa con el calor. La pulverización de colonias u otros aromas en el habitáculo del paciente, no hace sino empeorar dicha situación.

El tratamiento tópico ideal en estos casos, consiste en acortar el periodo entre el cambio de apósitos, ajustándolo a la frecuencia que se requiera en función de la saturación del apósito con el exudado. La utilización de apósitos con carbón activado (productos específicos para el control del olor) y apósitos de componente argéntico según consideremos la presencia de colonización crítica o de infección, también resultarán alternativas útiles y eficaces.

Otra alternativa, si el mal olor se asocia a la presencia de gérmenes anaerobios en el lecho ulceral, sería la aplicación tópica de un antibiótico (Metronidazol), que se muestra generalmente eficaz. Comentar que el uso de antibióticos tópicos en heridas, está contraindicado, por el elevado riesgo de incrementar las resistencias de los gérmenes a los antibióticos, pero es ésta, una de las pocas excepciones en que estaría justificado su uso (con carácter paliativo).

3. Disminuir el riesgo de infección y control de la carga bacteriana

Hay lesiones, como el tumor de laringe o como un vaciamiento ganglionar tras la extirpación de un epidermoide de suelo de boca (que puede llegar a aflorar a posteriori en la zona radiada),



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.



el apósito de espuma
que mimra la herida y su entorno



"NO ADHESIVOS"
FINANCIADOS
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo
del paciente

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

	Tumoral	Heridas postoncológicas	Componente Arterial	Componente Venoso	Hipertensiva o Mixta	UPP	Pie diabético	
							Neuropática	Isquémica
Dolor	No	Circunstan- cialmente y punzante	Brusco y agudo, muy doloroso, claudica con pierna en declive	Dolor muscular profundo. Se alivia con elevación de MI	Brusco y agudo, muy doloroso y punzante	Dolor al tacto y manipulación de la herida	Ausente, si dolor posible infección	Intenso
Pulsos	Normal	Normal	Débil o ausente	Normales	Normales	-----	Normales	Ausente o débil
Olor	Moderado	Puede ser intenso, si signos de infección	Normal	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Normal
Color lesión	Según etiología: eritematoso, violáceo, negro-marrón, perlado	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)
Bordes	Sobreelevados, infiltrados y perlados (C. basocelular) o mameionado (C. espino)	No sobreelevados e invaginados	Lisos	Bordes desiguales y estrellados	Bordes irregulares	Lisos	Romos	Lisos
Piel perilesional	Normal en algunos casos descamación	Inflamación	Delgada, brillante y seca, sin vello, palidez a la elevación, atrofia o sin cambios de tamaño	Edema firme, color rojo pardo, evidencia de úlceras curadas, varices	Edema, varices, piel atrófica, ausencia de vello	Erosiones, edematosa y con eritema	Hiperqueratosis, edematizado tumefacción en infección	Edema locoregional
Localización	Principalmente cara y tronco. Úlceras > 5 años en MMII, UPP > 5 años, cicatrices por antiguas quemaduras	Dehiscencias de resecciones tumorales, zonas radiadas, extravasación cistostáticos	En la punta de los dedos, articulaciones falángicas, talón, maléolo externo, cabeza metatarsianos, lados y plantas pies	Alrededor del maléolo interno, área pretibial	Alrededor de maléolos	Principalmente en sacro el 36% y en talones en un 33%. Zonas de presión	Planta del pie y cabeza de metatarsianos	Interdigital, primeras falanges, talón e incluso todo el pie
Características	Lecho blando con esfacelos y fácil sangrado. Nódulo duro y con adherencias a tejidos adyacentes	Heridas abiertas y cavitadas, tejido de granulación con esfacelos y duras al tacto	Bordes bien definidos, necrosis, base profunda, pálida no hemorrágicas, pequeñas	Tejido de granulación y hemorragias, grandes de tamaño	Tejido de granulación y bordes con zonas de esfacelos o necrosis	Según grado, desde eritema en grado I a cavitadas y afectación ósea en grado IV	Úlcera con hiperqueratosis alrededor	Placas de necrosis o esfacelos en fondo de úlcera
Predisposición	Todas la edades	Todas las edades	Arteriosclerosis, diabéticos, edad avanzada	Tromboflebitis, varices	Hipertensos	Encamados con presión regional, humedad, cizallamiento y fricción	Enfermos diabéticos con enfermedad de mas de 10 años de evolución	
Edemas	No	Si, loco-regional	No?	Si	Si	Si?	Si?	Si?
Uñas	-----	-----	Engrosadas	Normales	Uñas engrosadas	-----	Engrosadas	Normales
Temperatura	Normal	Si, infección	Fría	Normal o elevada	Normal	Normal	Normal y elevada	Fría
ITB	-----	-----	Inferior a 0'8	0'9 - 1'2	0'7 - 1'00	-----	1'3	0'5
Psique/emocional	Dependerá grado de aceptación	Dependerá grado de aceptación	Irritable	Indiferente	Irritable	Según deterioro cognitivo	Indiferente	Irritable

Tabla 3.

que van a condicionar la presencia de una colonia polimicrobiana muy importante (en saliva y exudados), que podría llegar a complicar la situación. En estos casos, tal y como se ha comentado en el punto anterior, la utilización de apósitos con plata, resultaría eficaz para inhibir y combatir la proliferación microbiana.

4. Fugas de exudado

La utilización de apósitos adecuados que actúen con una excelente gestión de los exudados, hará mas confortable la vida al paciente; ya hemos comentado que se trata de lesiones altamente exudativas y que si controlamos el nivel de exudado, controlaremos el estado de la piel perilesional, evitando que se macere, irrite o escorie, lo que derivaría en un incremento del tamaño de la herida. Dentro de este apartado, tendremos en cuenta que los apósitos y la oclusión de la herida, deben de ser lo menos aparatosos, voluminosos e incómodos para el paciente, haciendo que la actividad diaria del paciente sea lo más confortable posible.

5. Cicatrización

La cicatrización de determinadas heridas es imposible (un tumor que evoluciona o una lesión con células tumorales multiplicándose, no tiende a cicatrizar, usemos el tratamiento que usemos), por ello nuestro esfuerzo se centrará, como decíamos antes, en que los tratamientos tópicos reúnan todas las características recogidas en estos 6 puntos, primando la calidad de vida y el confort del paciente, sobre cualquier otro aspecto; el objetivo de tratamiento será administrar los mejores cuidados posibles, pero desde una perspectiva paliativa, que asegure el confort, la dignidad del paciente.

6. Aspectos psicoemocionales

El alto grado de ansiedad del paciente, causado por tener cara a cara, la llegada de la muerte, por ver afectada su imagen corporal, o incluso por la sensación y sentimiento de sentirse una carga para su familia; al igual que el de la familia, ante las difi-



cultades que provoca la enfermedad en todo su entorno, personal al paciente y familiar, generando sensación de impotencia ante unos acontecimientos que se desencadenan y sobre los que no se puede apenas intervenir, creando un nivel de interdependencia, que va a terminar afectando a la vida cotidiana y a la armonía de esa unidad familiar, van a necesitar del esfuerzo de todo el equipo interdisciplinar, siendo muy importante la presencia de profesionales específicos en la gestión de este tipo de problemas.

Resaltar la necesidad de establecer un adecuado plan de cuidados, que ha de asentarse en una cuidada y minuciosa valoración holística de enfermería, para garantizar que los cuidados que planifiquemos y administremos sean los mejores posibles y los más adecuados según el momento en que se encuentre. Destacar también la importancia de cumplir los registros oportunos, que han de ser lo más completos posible, procurando documentar la situación, evolución, pautas establecidas (y respuesta a las mismas), solo así estaremos en disposición de garantizar una adecuada continuidad de cuidados (independientemente del profesional que actúe en cada momento concreto).

Según la taxonomía diagnóstica de la NANDA⁽¹¹⁾, dentro de los diagnósticos enfermeros posibles, que podemos identificar en este tipo de pacientes, destacaremos los siguientes:

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Dolor crónico.
- Ansiedad ante la muerte.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad tisular.
- Riesgo de lesión.
- Riesgo de lesión perioperatoria.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Riesgo de infección.
- Sufrimiento espiritual.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

En la tabla 3 se detallan la diferenciación y características más significativas de las lesiones cutáneas que con más frecuencia podemos encontrarnos en consulta.

No quisiéramos terminar, sin resaltar otras consideraciones, a nuestro juicio igual de importantes, ya que al igual que decíamos al principio, que cualquier lesión es susceptible de malignizarse, hemos de tener en cuenta también, que cualquier paciente afectado de una neoplásica (con o sin lesiones neoplásicas que deriven en deterioro de la integridad cutánea o tisular) es susceptible de desarrollar lesiones por presión o de cualquier otra etiología, por lo que hemos de extremar, más aún si cabe, las medidas de prevención oportunas y establecer, si aparecen lesiones, el abordaje y tratamiento adecuados a cada caso; aspectos como valoración, uso de dispositivos o productos para prevención y/o tratamiento y sobre todo educación sanitaria, cobran, si cabe, una importancia todavía mayor. En cualquier caso, será primordial que la valoración de enfermería, sea desde una perspectiva holística (valorando las lesiones, pero también al paciente, con todas y cada una de las circunstancias que intervienen en el proceso, de forma global, completa y exhaustiva), y que derive en el consiguiente plan de cuidados individualizado. En función de que hayamos sido capaces de identificar adecuadamente los problemas y sus múltiples interrelaciones, estaremos en disposición de administrar a nuestros pacientes, los cuidados de calidad que se merecen, garantizando siempre la mejor atención posible.

A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide
**tan flexible y
adaptable como la piel**

Info  **Salvat**
900 20 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y salud