



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2016-2017

Trabajo Fin de Grado

Cuidados de enfermería en úlceras tumorales

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumno: M^a Victoria Gómez Pérez

Tutor: D^a Alicia Rodríguez-VilariñoPastor

Junio 2017

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
PALABRAS CLAVE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
A. PREVALENCIA.....	4
B. DEFINICIÓN.....	4
C. TIPOS.....	5
1. Lesiones tumorales o neoplásicas:.....	5
2. Lesiones secundarias al tratamiento:.....	9
3. Radiodermatitis:.....	9
D. ESTADIAJE DE LAS ÚLCERAS TUMORALES.....	9
E. PROBLEMAS ASOCIADOS A LA ÚLCERA TUMORAL.....	9
F. RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LOS CUIDADOS DE LA ÚLCERA.....	10
G. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	11
H. VALORACIÓN. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:.....	11
I. CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA LESIONAL.....	12
I. DOLOR.....	12
II. OLOR.....	13
III. SANGRADO.....	14
IV. EXUDADO.....	15
V. INFECCIÓN.....	15
VI. NECROSIS.....	16
VII. CICATRIZACIÓN.....	16
VIII. IMPACTO EMOCIONAL.....	16
J. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS PREVALENTES EN UN PACIENTE CON ÚLCERA TUMORAL.....	17
K. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS TUMORALES.....	18
L. TRATAMIENTO Y MANEJO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS DE ORIGEN TUMORAL ..	18
1. LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO.....	18
2. GESTIÓN DEL EXUDADO.....	19
3. INFECCIÓN Y MAL OLOR.....	19
4. SANGRADO.....	20
5. PRURITO.....	21

6. DOLOR	21
7. SI HAY SOSPECHA DE INFECCIÓN	21
8. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS:.....	22
JUSTIFICACIÓN.....	24
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	34
Anexo 1	34
Anexo 2	34
Anexo 3	35
Anexo 4	35
Anexo 5	36
Anexo 6	37
Anexo 7	37
Anexo 8	38
Anexo 9	39
Anexo 10.....	40

RESUMEN

Con este trabajo se pretende dar a conocer cuál es la prevalencia y que son las úlceras tumorales así como los diferentes tipos que se pueden encontrar, para ello se realiza un exhaustivo desgranaje del tema para su mejor conocimiento y control como son los diferentes estadios, los problemas asociados, las recomendaciones para la realización de sus curas, como intervenirlas y valorarlas con instrumentos de medición además de cómo controlar la sintomatología lesional; dolor, olor, sangrado, exudado, infección, necrosis, cicatrización y e impacto emocional. Se habla de cómo han de ser los cuidados de enfermería en el tratamiento y manejo de estas úlceras tumorales teniendo en cuenta cada una de las posibles complicaciones que se puedan presentar. Para ello se ha hecho una labor de búsqueda bibliográfica minuciosa, extrayendo dicha información de los diferentes artículos y guías sobre las úlceras tumorales y sus cuidados, llevadas a cabo por profesionales cualificados. Se pone de manifiesto la importancia de un equipo multidisciplinar y de unos cuidados individualizados así como la realización de pronósticos realistas tratando al paciente como un todo incluyendo, en estos cuidados, a la familia y entorno. La escasez de artículos y tratados que hay al respecto, es un hecho palpable, pero lo que realmente muestra el trabajo en su forma y fondo es la importancia del cuidado paliativo más que de la cura (aunque esta sea necesaria) además se pone de manifiesto que el factor psicológico es igual o más importante que el físico.

PALABRAS CLAVE

Úlceras tumorales, cuidados paliativos, heridas neoplásicas, tumores ulcerados, tumores neoplásicos, úlceras cutáneas de origen tumoral.

INTRODUCCIÓN

El tema de los cuidados en las úlceras tumorales tiene una gran relevancia en el ámbito enfermero sobre todo por la importancia y peculiaridad del mismo ya que requiere unos cuidados muy específicos no solo a nivel físico o biológico sino psicosocial. Lo que a continuación se describe es un compendio de las investigaciones realizadas por autores cualificados que se citaran en la bibliografía.

A. PREVALENCIA

Una de las primeras causa de enfermedad, de necesidad de cuidados paliativos y de muerte es el cáncer. Está entre las primeras causas de muerte a nivel mundial y se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total). En el año 2000 los tumores malignos fueron la causa del 12% de todas las muertes que se produjeron en el mundo. (4)

En España fue el motivo del 26.6% de las muertes, en el año 2006, siendo la primera causa en hombres y segunda en mujeres. (5)

El tipo de cáncer que más comúnmente da origen a metástasis cutáneas, son en la mujer: el cáncer de mama (70.7%) y el melanoma (12%) y en el hombre: el melanoma (32.3%), el cáncer de pulmón (11.8%) y el cáncer colorrectal (11%). Hay que tener en cuenta que, pueden surgir de cualquier otro tipo de tumores, entre ellos el cáncer de ovario, cabeza y cuello, sistema genitourinario o incluso ser de origen desconocido. (6)

Del 25 al 50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida en forma de estados de ansiedad, angustia o trastornos depresivos. Muchos de estos cuadros son ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo. (9)

La prevalencia de la depresión y ansiedad en los pacientes con cáncer avanzado varía, según los diversos estudios, entre el 4,5 y el 58%. (9)

B. DEFINICIÓN

Lo primero de todo es explicar que las úlceras tumorales son infiltraciones cutáneas de células cancerígenas bien por el crecimiento de un tumor primario de la piel (ej.; carcinoma vasocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma, sarcoma de Kaposi, linfomas cutáneos, etc.) o por metástasis (ej.; invasión de la piel por otros

tumores, los más comunes en mama, pulmón, cuello y cabeza). Con escasa frecuencia por heridas crónicas de larga duración que se malignizan (úlceras de Marjolin) o implantación accidental de células malignas en el epitelio durante procedimientos diagnósticos o quirúrgicos. Suelen aparecer en fase terminal o en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad. (1)

Esta lesión maligna fungiforme es definida por Grocott en 1995 como "la ulceración y proliferación que aparece cuando las células tumorales malignas se infiltran y erosionan a través de la piel".

Las primeras manifestaciones corresponden a nódulos cutáneos duros (pueden ser rosados, violáceo–azulados o marronáceos–negruzcos). Debido al crecimiento rápido y desordenado de las células neoplásicas se origina un severo trastorno vascular, creándose así, una mala perfusión que provoca una herida abierta que aumentará progresivamente de tamaño afectando a todo el tejido circundante. Su final es el origen de una necrosis y ulceración de difícil cicatrización. Así mismo, todo ello puede favorecer el desarrollo de fístulas según la localización de la herida tumoral (principalmente en región abdominal y perineal). (2)

Como características principales destacar que presentan formas irregulares, con lecho ulceral necrótico, abundante tejido desvitalizado y bordes elevados; en general presentan aspecto friable (frágil, que se rompe o sangra con facilidad). (3)

Aproximadamente un 62% se localizan en tórax y un 24% en cuello, aunque pueden aparecer en cualquier zona anatómica del cuerpo. (3)

Son consideradas lesiones crónicas y el tratamiento de elección debe de orientarse a paliar la sintomatología que provocan, promoviendo y maximizando el confort. Requieren por tanto un posicionamiento especial en relación a los tratamientos y los objetivos de las intervenciones ya que se busca más el control de la sintomatología que la resolución de la lesión. (2)

C. TIPOS

1. Lesiones tumorales o neoplásicas:

- **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.(7)

- **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). (7)
- **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. (7)
- **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. (7)
- **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. (7)
- **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. (7)
- **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. (7)
- **Úlcera de Marjolin:** Podrían generarse lesiones pre malignas en las cicatrices crónicas, úlceras crónicas, cicatrices de quemaduras, osteomielitis crónica, hidradenitis crónica supurativa y acné vulgar cicatricial. (7)
- **Carcinoma basocelular:** Conocido como epitelioma basocelular o basalioma. Suele darse en pacientes de piel blanca, sensibles al sol, con daños actínicos por radiaciones solares ultravioletas, 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. Se suelen presentar en varias formas clínicas:

Tipos:

- 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 centrífugo, borde perlado y más frecuente en tronco.
 - e) *Terebrante*: forma ulcerada que destruye y penetra en los tejidos subyacentes.(7)
- ***Carcinoma espinocelular***: Denominado también epitelioma espinocelular o carcinoma escamoso. Frecuente en sujetos con piel blanca y poca melanina, expuestos a radiaciones artificiales (fototerapia, fotoquimioterapia) y radiación X. Aparecen en lesiones pre neoplásicas, cicatrices de quemaduras, crónicas y en estado de continua extensión, micosis fistulizadas, radiodermatitis crónica, estímulos mecánicos crónicos, úlceras de larga evolución (Marjolin). Es más frecuente en hombres (entre 60/80 años) con trabajo al aire libre. Aparece en: labio inferior, manos, brazos, genitales y mucosas. Tienen tendencia a metastatizar por vía linfática los de mayor tamaño y cuando la invasión afecta por debajo de las glándulas sudoríparas de la dermis. (7)

Tipos:

- 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. (7)
- ***Melanoma***: Puede presentar un crecimiento vertical o radial. Su color varía entre negro, azul, pardo o rojizo, a veces incluso carece de pigmento (melanomaacrómico) lo que dificulta el diagnóstico. Posteriormente se desarrollan nódulos

tumorales en la superficie que pueden llegar a ulcerarse y sangrar. Existen cuatro formas clínicas:

Tipos:

- a. *Léntigo melanoma maligno.*
- b. *Melanoma de extensión superficial.*
- c. *Melanoma nodular.*
- d. *Melanoma lentiginoso acral. (7)*

• **Linfangiosarcoma:** Angiosarcoma cutáneo asociado a linfedema crónico, Clínicamente presenta un 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. (7)

• **Sarcoma de partes blandas:** Son lesiones tumorales originarias en el mesénquima, 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. La clínica, presenta una tumoración que va en aumento, con dolor e incapacidad funcional y la edad media está entre los 20 a 60 años. (7)

• **Sarcoma de kaposi:** Complicación de pacientes con SIDA, patogenia limitada a pacientes inmunodeprimidos con trasplante renal, ancianos de origen judíos del área 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. Son lesiones principalmente en extremidades inferiores con máculas azuladas, que degeneran en nódulos hiperqueratósicos y ulcerados. (7)

• **Linfomas:** Linfoma cutáneos de células T micosis fungoide (MF) 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 foto expuestas. 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. (7)

2. Lesiones secundarias al tratamiento:

Son lesiones provocadas por el tratamiento médico o quirúrgico del tumor. Incluyen 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, presentando signos 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.(7)

3. Radiodermatitis:

En realidad es un efecto secundario al tratamiento con radiaciones ionizantes, se trata por separado, porque son las únicas lesiones oncológicas, en las que estaría indicado establecer una clasificación por grados, ya que es precisa en la identificación de los signos y gravedad de los mismos. Presenta a corto y largo plazo lesiones cutáneas (úlceras y carcinomas) con 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 encontrarnos dehiscencias con lesiones muy exudativas, en cuyo lecho presentan abundante tejido de granulación, pero que son de difícil cicatrización. (7)

D. ESTADIAJE DE LAS ÚLCERAS TUMORALES

Se puede comprobar mediante un cuadro en el **anexo 1**

E. PROBLEMAS ASOCIADOS A LA ÚLCERA TUMORAL

Destacan por la gran repercusión e impacto que tienen tanto para el paciente como para familiares y profesionales debido a la compleja sintomatología que presentan,

son entre otras: dolor, sangrado, exudado continuo, prurito y maceración, infección, mal olor y deformidades importantes. Cada úlcera maligna presenta una clínica propia, con todos o sólo alguno de los síntomas descritos y cada paciente responde de forma individual al padecimiento de estas lesiones, según la repercusión que sobre su bienestar físico, psíquico–espiritual y social tenga, pudiendo a si mismo producir ansiedad, angustia, depresión, aislamiento social, pérdida de la imagen corporal, disminución de la autoestima, alteraciones en la nutrición, delirium, etc. (7)

También tienen 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; 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 se deberán de 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 se enfocará desde un punto de vista de tratamiento tópico-paliativo y psicológico del paciente y familia. Los cuidados a administrar estarán absolutamente condicionados por la sintomatología y características concretas que presente cada paciente. (7)

La enfermedad terminal obliga al paciente a enfrentarse a una progresión fatalista de su enfermedad, donde los conocimientos y el tratamiento no van a conseguir su recuperación. (10)

F. RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LOS CUIDADOS DE LA ÚLCERA

- No ir con prisa manteniendo una escucha activa.
- Lenguaje no verbal: evitar malas caras y gestos de rechazo cuando estamos junto al paciente así como evitar comentarios sobre la lesión.
- Cura cada 12 horas o diaria evitando usar mascarilla y utilizando apósitos lo más sencillos posibles.
- Ventilar la habitación (incienso, Alcanfor o carbón activado en polvo sobre una compresa húmeda).
- Usar una bolsa oscura para desecho del material de curas. (8)

G. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Toda intervención de enfermería comienza con un conocimiento previo de la historia del paciente y de su familia; esta evaluación incluye:

- Momento evolutivo de la enfermedad, tipo, metástasis y patologías asociadas.
- Estado general, nutricional y calidad de vida del paciente.
- Historial de la úlcera: Duración, tratamientos previos y su efectividad.
- Aspecto físico de la lesión (tamaño, profundidad) y localización. Estado bacteriológico de la herida (signos de sobreinfección) y presencia de exudado, sangrado y mal olor junto al tipo de tejido presente (necrótico, granulación, etc.).
- Características del dolor (continuo, pre-cura y/o post-cura).
- Factores que puedan empeorar la lesión.
- Impacto psicológico (alteración de la imagen corporal, ansiedad, depresión, desconcierto o aislamiento).
- Situación familiar y social del enfermo y su disposición a colaborar si es necesario. (2)

En las intervenciones de enfermería 21 se cita en la intervención 3660 "cuidado de las heridas" y en la 3520 "cuidado de las úlceras por presión" pero hay un vacío en la intervención del cuidado de las úlceras tumorales.

H. VALORACIÓN. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

El objetivo dentro de la planificación variará dependiendo del deterioro que va sufriendo la persona dentro del proceso enfermedad durante el transcurso del tiempo. Por y para ello, el trabajo del equipo interdisciplinar (médicos, enfermeros y auxiliares) será de vital importancia y toda intervención irá siempre enfocada en la medida de lo posible a la rapidez o lentitud con la que se van sucediendo todos los síntomas y complicaciones que poco a poco van deteriorando a la persona. Atendiendo a dicho deterioro encontramos diferentes objetivos:

- Mes a mes: Curación herida (siempre que no sea tumoral, pues habría que acudir a otras técnicas de reducción y cierre completo del tumor como la radioterapia).
- Semana a semana: Mantener, curar, aliviar el dolor y reducir el nº de curas innecesarias.

• Día a día: Confort. Una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días, es la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncologic Group) validada por la OMS, lo que trata es objetivar el resultado del tratamiento oncológico teniendo en cuenta la calidad de vida. **Anexo 2.** (2)

I. CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA LESIONAL

I. DOLOR: Es una de las causas 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. En muchos casos puede depender del tipo de tumor o afectación de zonas radiadas. Será misión y obligación de enfermería, proporcionar en los tratamientos tópicos, productos que contribuyan a mitigar el dolor, 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). Se tendrá 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.

El dolor la mayoría de las veces es ocasionado por el propio tumor, otras la propia técnica de cura y otras las propias manipulaciones que se realizan de ella.

✚ Por el propio tumor:

- ✓ Tratar de forma sistémica y / o local con analgésicos siguiendo los principios generales para el tratamiento del dolor.
- ✓ Valoración del mismo antes, durante y después de la cura.
- ✓ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.
- ✓ Los analgésicos locales usados con mayor frecuencia son la Lidocaína gel y crema al 2%, pomada de Lidocaína al 5 % y la bencidamida (ésta exclusivamente en ulceraciones de la mucosa oral).

✚ Por la técnica de cura durante las manipulaciones:

- ✓ Informar al paciente acerca de la técnica y pedir su colaboración si procede.
- ✓ Evitar estímulos innecesarios (golpes, pinchazos, cortes, tirones)
- ✓ Manipular lecho lesional con suavidad (incluida piel perilesional).
- ✓ Interrumpir maniobras si el paciente manifiesta dolor.
- ✓ Aplicar analgésicos tópicos.
- ✓ Evitar agentes irritantes.
- ✓ Si desbridamiento, optar por técnicas enzimáticas y/o autolíticas.
- ✓ Reducir en lo posible el nº de curas en el tiempo (ej. apósitos hidroreguladores).
- ✓ Elegir apósito adecuado :
 - Fácil de retirar y moldeable.
 - Capacidad de absorción adecuada sin que provoque adherencias a la herida.
 - Hipoalérgico. (7) (15)

II. 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 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 se considere 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).

Concretando el mal olor de la herida puede estar provocado por la presencia de detritus o bien por la presencia de bacterias anaerobias. Las medidas más usuales son:

- ✓ Establecer cambio de apósito según necesidades.
- ✓ Apósitos de carbón activado.
- ✓ Gel crema o pomada de Metronidazol al 1%.
- ✓ Uso de antibióticos tópicos según prescripción.
- ✓ Limpieza e irrigación con agua oxigenada.
- ✓ Control ambiental (perfumes, espráis, ventilación). (7) (15)

III. SANGRADO: El Sangrado se presenta con frecuencia por alteraciones de la coagulación, una mayor vascularización y fragilidad del tejido tumoral. También puede aparecer coagulopatía por comorbilidad y efectos secundarios de la medicación que reciben. El tumor puede producir sangrado en sábana, local o puede invadir un gran vaso, siendo esto último signo de muerte inminente. Para el manejo de la hemorragia se propone:

- ✓ La prevención es el mejor método para controlar el sangrado.
- ✓ Evitar curas y desbridamientos innecesarios: El tejido de la herida tumoral puede ser muy frágil y puede sangrar con la mínima manipulación, además los pacientes con cáncer pueden tener alterada la coagulación.
- ✓ Si desbridamiento, optar por los enzimáticos y / o autolíticos antes que los cortantes.
- ✓ Los apósitos no adherentes pueden disminuir el sangrado, se pueden utilizar apósitos hemostáticos como esponja de colágeno, apósitos de Alginato cálcico, mallas hemostáticas, toquillos con bastones de nitrato de plata en puntos sangrantes.
- ✓ Medidas compresivo-locales: para controlar la hemorragia además se puede aplicar presión directa durante 10 o 15 minutos, si no se controla, se puede utilizar frío local hasta la radioterapia hemostática.
- ✓ Si es preciso, se pueden usar fármacos vasoconstrictores tópicos locales como la adrenalina, con monitorización para vigilancia de efectos sistémicos además de agua oxigenada, adrenalina, ácido tranexámico o aminocaproico, etc... además del tratamiento adecuado por vía sistémica. (7) (15)

IV. EXUDADO: La utilización de apósitos adecuados que actúen con una excelente gestión de los exudados, hará más confortable la vida al paciente; se trata de lesiones altamente exudativas en las que si se controla el nivel de exudado, se controlara 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, se tendrá 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.

Tipos:

- ✓ Leve o moderado:
 - Apósito de gasa convencional.
 - Apósito hidropolimérico.
- ✓ Abundante:
 - Apósito de Alginato cálcico.
 - Apósito o tiras de hidrofibra
 - Apósito secundario hidropolimérico.
 - Sistemas de drenaje (bolsas de ostomías por ejemplo).
 - Sustitución siempre que sea necesario. (7) (15)

V. INFECCIÓN: 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), 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 redacta anteriormente, la utilización de apósitos con plata, resultaría eficaz para inhibir y combatir la proliferación microbiana. Ante la evidencia de signos y teniendo en cuenta nivel de exudado la misma será tratada de la siguiente manera:

Forma de tratarlas:

- ✓ Exudado abundante:
 - Malla carbón activado y plata.
 - Apósito hidropolimérico.

- ✓ Exudado leve:
 - Cremas antibióticas como por ejemplo sulfadiazina argéntica, ácido fusídico, etc...
 - Povidona yodada.
 - Oclusión.
- ✓ Si presencia de gusanos:
 - Gasas empapadas en éter. (En dos o tres curas suelen desaparecer).
- ✓ Si no mejoría, realizar cultivos aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular mediante frotis. (7) (15)

VI. NECROSIS: El objetivo fundamental irá dirigido a evitar toda molestia posible, dejando de lado cualquier forma agresiva que conlleve a sufrimiento por parte de la persona. Será evaluada en función del exudado.

- ✓ Si el nivel exudativo es abundante se optara por apósitos de alginato cálcico, hidropolimérico o hidrofibra.
- ✓ Ante exudados moderados, apósitos hidropoliméricos.
- ✓ Ante exudados leves o nulos y en pacientes con poca esperanza de vida, Polvidona yodada, protección, y a veces momificación de la herida y zonas cárdenas con Polvidona y alcohol al 70%. (15)

VII. CICATRIZACIÓN: La cicatrización de determinadas heridas es imposible (un tumor que evoluciona o una lesión con células tumorales multiplicándose, no tiende a cicatrizar, se use el tratamiento que se use), por ello el esfuerzo se centrará, en que los tratamientos tópicos reúnan todas las características recogidas en estos puntos expuestos, 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 y la dignidad del paciente. (7)

VIII. IMPACTO EMOCIONAL: El alto grado de ansiedad del paciente, causado por la proximidad de la muerte y 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 dificultades que provoca la enfermedad en todo su entorno, provoca sensación de impotencia ante los acontecimientos que se desencadenan y sobre en 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 planifiquen y administren sean los mejores posibles y los más adecuados según el momento en que se encuentre. Destacar también la importancia de cumplimentar 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 se estará en disposición de garantizar una adecuada continuidad de cuidados (independientemente del profesional que actúe en cada momento concreto).

Hay que tener muy en cuenta:

- ✓ Cubrir la lesión con vendajes apropiados evitando aparatosidades en los vendajes y apósitos.
- ✓ Cuidar los aspectos psicológicos y sociales si las lesiones son desfigurantes y están en zonas visibles.
- ✓ Tener prudencia en los comentarios manteniendo una conducta de aceptación del enfermo animando a la familia a continuar con demostraciones de cariño hacia el paciente.(7) (15)

Dentro de este apartado se incluyen dos tablas en las que se describen los diferentes signos y síntomas según la clasificación hecha al comienzo de este trabajo, de la úlceras tumorales: **anexo 3 y anexo 4**

Y una tabla en la que se muestra una comparativa de signos y síntomas de los diferentes tipos de heridas ulcerosas: **anexo 5.**

J. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS PREVALENTES EN UN PACIENTE CON ÚLCERA TUMORAL

Según la taxonomía diagnóstica de la NANDA, dentro de los diagnósticos enfermeros posibles, que se identifican en este tipo de pacientes, destacan los siguientes: **anexo 6. (7)**

K. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS TUMORALES

Se pueden clasificar en diferentes grados. **Anexo 7.**

Un ejemplo del Material recomendado a disponer para el cuidado de úlceras neoplásicas se expondrá en el **anexo 8.** (12)

L. TRATAMIENTO Y MANEJO DE ÚLCERAS CUTÁNEAS DE ORIGEN TUMORAL

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

Lo primero a la hora de realizar el tratamiento es tener en cuenta que se debe realizar un registro de este, esto se hace mediante la cumplimentación de una hoja específica para el tratamiento de úlceras tumorales. **Anexo 9.** (12)

Hay diferentes tipos de tratamiento ante la úlceras tumorales, dependiendo del grado o estadio, tipo, situación personal del paciente, etc., pero son las curas y el apoyo psicológico lo que importa desde el punto de vista enfermero, la foto puesta a continuación muestra una balanza en la que se ve el equilibrio que debe haber entre ambos tratamientos, aunque como bien digo nuestra competencia se refleja en el lado derecho de la balanza. (1)



1. LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO

🏠 LIMPIEZA:

- Lavados por irrigación suave (no ejercer presión) con agua corriente. Existe evidencia que, con esta agua, se reduce el riesgo de infección.
- Cuando hay afectación de estructuras profundas, utilizar solución salina normal.
- No se recomienda el uso de antisépticos tópicos pues producen irritación local, sequedad, mal olor y son citotóxicos (retrasan cicatrización)...

🏠 DESBRIDAMIENTO:

- Valorar el riesgo/beneficio

- No utilizar métodos agresivos por el riesgo de sangrado y dolor (cortante o quirúrgico).
- Realizar desbridamiento autolítico (hidrogeles), enzimático (colagenasa), o combinados. (1) (13)

2. GESTIÓN DEL EXUDADO

- + Utilizar apósitos de absorción adecuados al nivel de exudado:
 - Escaso o nulo exudado: apósitos antiadherentes
 - Exudado abundante:
 - Alginatos, hidrofibras y/o espumas de poliuretano.
 - Si no es suficiente considerar el uso de una bolsa de colostomía.
- + Cambios de apósito:
 - La frecuencia dependerá de la cantidad de exudado y del control de olores.
 - Fomentar el autocuidado.
- + No utilizar gasas como apósito directo porque se adhieren a la herida cuando se seca.
- + Proteger la piel periulceral:
 - Cremas barrera (dimeticona o pomada con óxido de zinc tipo Conveen Absorben el exceso de humedad, protegiendo bordes periulcerales) NO APLICAR durante el tratamiento con Radioterapia, pues favorece la absorción de Zinc en tejidos profundos.
 - Películas protectoras
- + Sustituir la cinta adhesiva o vendajes por mallas de sujeción tubulares.
- + Aplicar los apósitos antiadherentes (vaselinados) y vendajes sin tensión.
- + Asegurar un buen sellado.
- + Retirar los apósitos con cuidado. (1) (13)

3. INFECCIÓN Y MAL OLOR

- + Metronidazol tópico, unos autores dicen 0,75% y otros al 2% o 4% 1- 2 veces/día durante siete días; si respuesta, aplicar otros 7 días.
- + Metronidazol oral: 400 mg, 3 veces/día, durante 7 días; si respuesta aplicar otros 7 días.
- + Apósito Mesalt® diario, el exudado de la herida libera cloruro sódico; estimula la absorción de exudado, bacterias y tejido necrótico.

- + Apósito de carbón activado diario, Formado por Carbón vegetal activado que absorbe bacterias, enzimas y detritus. También contiene Ag que es bactericida. NUNCA cortar el apósito, pues se desprenden partículas que TATUARÍAN la herida.
- + Ungüento curcumina tópico 3 veces/día.
- + Trióxido arsénico tópico.
- + Aceites aromáticos esenciales.
- + Extracto de té verde.
- + Hidrogeles o desbridamiento enzimático.
- + Apósitos con plata (1) (13)

4. SANGRADO

- + Medidas para disminuir el riesgo de sangrado
 - Usar apósitos antiadherentes.
 - Humedecer los apósitos antes de su retirada.
 - Limpieza suave de la úlcera por irrigación sin ejercer presión.
- + En caso de sangrado:
 - Presionar con suavidad 10-15 minutos con una gasa húmeda.
 - Valorar la posibilidad de administrar agentes hemostáticos tópicos:
 - Apósitos hemostáticos: alginato cálcico, colágeno y celulosa.
 - Coagulantes: polvo/esponja gelatina absorbible o trombina tópica.
 - Agentes esclerosantes: cauterización con nitrato de plata (Argenpal).
 - Vasoconstrictores: adrenalina tópica (no se suele recomendar, puede causar necrosis por isquemia).
 - Inhibidores de la fibrinólisis: ácido tranexámico vía oral 10 días.
 - Astringentes: 1 gr sucralfato en 5 ml de gel hidrosoluble.
- + En hemorragias graves:
 - Sutura del vaso sangrante.
 - Embolización intravascular.
 - Tratamientos: láser, crioterapia, cauterización eléctrica.
 - Infusión vascular de quimioterapia y/o radioterapia.
- + Hemorragias al final de la vida:

- Usar toallas de color oscuro para absorber la sangre y disminuir el sufrimiento de la persona y su familia.
- Considerar sedación. (1) (15)

5. PRURITO

- + Relacionado con el crecimiento del tumor y/o con la irritación de la zona periulceral.
- + Los antihistamínicos suelen ser ineficaces.
- + En tumores sólidos:
 - Paroxetina oral 5 a 10 mg.
 - Mirtazapina oral 7,5 a 15 mg.
- + Gestionar correctamente el exudado de la úlcera para conseguir un equilibrio de la humedad sin maceración de la piel perilesional que puede producir el picor. (1) (15)

6. DOLOR

- + Usar analgesia adecuada según directrices de la OMS.
- + Si el dolor es solo durante los cambios de apósito:
 - Usar apósitos antiadherentes.
 - Minimizar los cambios de apósito, si es posible.
 - Administrar analgésicos antes de realizar la cura.
 - Si es necesario combinar analgesia con sedación.
- + Crema de lidocaína/prilocaína 30' previos a la cura y cubrir con apósito oclusivo.
- + Apósitos de espuma con ibuprofeno contiene 0,5 mg de ibuprofeno por cm² (Baja evidencia).
- + Morfina tópica (1 mg de morfina en 1 gr de hidrogel mezcla al 0,08-0,1%, no existe suficiente evidencia).
- + Quimioterapia, radioterapia y/o terapia hormonal: reducción del tumor aliviando presión sobre los nervios. (1) (15)

7. SI HAY SOSPECHA DE INFECCIÓN...recogida de exudado para cultivo

- + ¿Cómo recoger un cultivo con hisopo?
 - Retirar el apósito.

- Si fuera preciso, desbridamiento cortante previo a la recogida (en heridas crónicas, no tumorales).
- Lavar, de forma meticulosa, lecho ulceral con suero fisiológico mediante irrigación.
- RECHAZAR PUS para cultivo.

✚ Normas de recogida con hisopo:

- No frotar con fuerza el hisopo en la úlcera.
- Recoger de los BORDES del lecho ulceral, en DIEZ PUNTOS DISTINTOS, en sentido de las agujas del reloj (SENTIDO DESCENDENTE).
- GIRAR el hisopo entre los dedos de izqda a dcha y de dcha a izqda. Introducir el hisopo en el tubo con medio de transporte. (1) (13) (15)

8. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS:

Los trastornos de ansiedad y depresión son frecuentes entre los pacientes con enfermedades en fase terminal y con mayor motivo en aquellos que presentan úlceras tumorales, por toda la carga psicológica que conlleva este hecho, Su diagnóstico y tratamiento adecuado mejoran la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento de la **ansiedad, angustia y depresión** en el paciente con úlceras tumorales se basa en el adecuado control de las complicaciones físicas; la resolución de las dudas, angustias o problemas de comunicación del paciente; el uso de antidepresivos o psicoestimulantes se usa en cuadros moderados graves de los trastornos depresivos, y el uso de ansiolíticos y antidepresivos en los trastornos de ansiedad y angustia. La presencia de ideas de suicidio, de depresiones graves, la falta de respuesta al tratamiento instaurado o psiquiátrico, la necesidad de intervenciones específicas de psicoterapia que sobrepasen los recursos técnicos de los profesionales de atención primaria son criterios para la remisión del paciente a unidades de salud mental o específicas de cuidados paliativos. (14)

El **Insomnio** es también muy común en los pacientes con úlceras tumorales, aparece en la tercera parte de los pacientes en algún momento de la enfermedad. Se relaciona estrechamente con la existencia de depresión, ansiedad o síntomas físicos no controlados, también puede aparecer por sí mismo sin que sea expresión de un trastorno psiquiátrico, como efecto secundario de tratamientos con corticoides, psicoestimulantes o antiasmáticos, o por la presencia de una demencia o delirium.

Su tratamiento se basa en la corrección de la causa cuando sea posible, en una adecuada higiene del sueño (dormir sólo por la noche, control ambiental de los elementos que dificultan el descanso nocturno) (14)

El **delirium** es una complicación frecuente del cáncer en fase terminal, es un cuadro de confusión mental caracterizado por trastornos de la atención y trastornos cognitivos que provocan una situación de agitación en el paciente con este tipo de heridas tumorales. En un porcentaje no despreciable de casos puede ser reversible. También ha sido descrito con los términos de «confusión» o «síndrome orgánico cerebral». Es una complicación que por su infradiagnóstico e inadecuado tratamiento provoca intensa sobrecarga física y afectiva en los familiares. La aparición de delirium debería generar una actitud diagnóstica exquisita sobre la posibilidad de que sea reversible o que sea una complicación que aparece en los últimos días de la vida. La situación funcional del paciente y en relación con ello, la presunta expectativa vital son los criterios sobre los que debe basarse la necesidad o no de realizar un estudio profundo para localizar el origen del delirium. Si la situación clínica del paciente lo permite el enfermo debería ser derivado a una unidad especializada para su estudio y tratamiento. Cuando las expectativas vitales del paciente son cortas o su situación funcional es muy mala, la conducta ante el delirium estará centrada en el control de la agitación. El delirium puede ser la primera expresión de la instauración del proceso de fallecimiento, está presente hasta en el 83% de los enfermos en la última semana de vida. Un elevado porcentaje de delirium no se diagnostica o el diagnóstico se realiza en fases muy avanzadas. El tratamiento será causal cuando sea posible y esté indicado por las expectativas vitales del paciente, sumado al tratamiento farmacológico adecuado para el control de la agitación. La consecución de un ambiente tranquilo con reducción de los estímulos externos es imprescindible para evitar episodios de confusión y agitación. Aproximadamente en el 10-25% de los casos es necesario realizar una sedación mantenida del paciente para controlar la intensa agitación. (14)

En el **anexo 10** se muestran unas tablas en las que se muestran los factores de riesgo del trastorno depresivo y de ansiedad (tabla 1 y 2), del diagnóstico del delirium (tabla 3) y del método para la valoración de la confusión (tabla 4). (14)

JUSTIFICACIÓN

La elección del tema viene justificada por el creciente interés sanitario que está generando el cuidado de úlceras tumorales ya sea por la escasez de protocolos de actuación o porque el cáncer no deja de ser un tema de total actualidad y más aún algo tan específico de este como son las heridas tumorales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Dar a conocer el tratamiento de las úlceras tumorales tanto en el aspecto físico como psicológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Demostrar que el apoyo y tratamiento psicológico es igual o más importante que la realización de curas en las úlceras tumorales.
2. Conocer el concepto y las consecuencias que conlleva dicha patología así como el tratamiento y metodología específica para el cuidado de estas heridas neoplásicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Puesto que es una revisión bibliográfica lo primero que se hará es citar las fuentes de información utilizadas, en este caso son diferentes bases de datos especializadas en enfermería.

Las palabras clave de búsqueda han sido las mismas palabras clave que se mencionan al principio del trabajo; úlceras tumorales, cuidados paliativos en úlceras tumorales, heridas neoplásicas, tumores ulcerados, tumores neoplásicos y úlceras cutáneas de origen tumoral, en cada base de datos se utilizan las 6 mismas palabras, debido a la amplitud de resultados obtenidos al utilizar otros términos que solo conducían a resultados no deseados.

En los criterios de selección se incluyeron todos aquellos artículos que trataran de las úlceras tumorales en personas o de sus cuidados.

En los criterios de exclusión se descartaron todos aquellos artículos que no fueran estudios de úlceras tumorales en personas y/o de sus cuidados, que no mostraran el texto en su totalidad (solo resumen/abstract) así como los que solo se centraban en la herida tumoral de forma muy concreta como por su localización en mama o su limitación.

BUSCADORES

- BVS Información y conocimiento para la salud: No se encontró nada.
- Biblioteca Cochrane plus: No hubo resultado con ninguna de ellas.
- PubMed:
 1. Con Úlceras tumorales se obtuvo 20594 resultados, se excluyen por origen humano y se obtienen 18900 luego por texto completo y se obtienen 2596 pero no eran lo buscado.
 2. Con Cuidados paliativos en úlceras tumorales ningún resultado.
 3. Con Heridas neoplásicas 364 pero no interesaban.
 4. Con Tumores ulcerados 2362 pero no interesaban.
 5. Con Tumores neoplásicos 3614 pero no eran lo buscado.
 6. Con Úlceras cutáneas de origen tumoral ningún resultado.
- MeSH: No se encontró ningún resultado con las palabras clave.
- Cuiden:
 1. Con Úlceras tumorales se obtienen 6 y se usan 2 validos:

- ✚ Cuidados del paciente con herida tumoral.
 - ✚ Heridas y fístulas tumorales: Posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático.
2. Con Cuidados paliativos en úlceras tumorales se obtienen 2 :
 - ✚ Aplicación del proceso enfermero en una cura paliativa
 - ✚ La herida en el paciente paliativo.
 3. Con Heridas neoplásicas 7, ninguno resulto ser válido.
 4. Con Tumores ulcerados 1 pero no se ajusta a lo buscado.
 5. Con Tumores neoplásicos 9 pero tampoco eran lo buscado.
 6. Con Úlceras cutáneas de origen tumoral ningún resultado.
- Hon Select: No se obtiene resultado con ninguna de ellas.
 - Ulceras.net: Se realiza el mismo criterio de búsqueda:
 1. En Úlceras tumorales se obtienen 16 resultados de donde se obtiene el artículo:
 - ✚ Manejo interdisciplinar de las úlceras tumorales.
 2. Con Cuidados paliativos en úlceras tumorales se encuentra 1 resultado que no interesa.
 3. Con Heridas neoplásicas 3 que no eran válidos.
 4. Con Tumores ulcerados nada.
 5. Con Tumores neoplásicos nada.
 6. Con Úlceras cutáneas de origen tumoral nada.
 - SciELO:
 1. Con Úlceras tumorales se obtienen 2, ninguno se ajustaba a la búsqueda.
 2. Con Cuidados paliativos en úlceras tumorales ninguno.
 3. Con Heridas neoplásicas 1 que estaba repetido con anterioridad.
 4. Con Tumores ulcerados 4, ninguno se ajustaba a lo buscado.
 5. Con Tumores neoplásicos se obtienen 46 pero abarcaban muchas áreas como veterinaria por lo que se restringe a medicina, cirugía y dermatología y se obtienen 12 pero tampoco se ajustaban a lo buscado.
 6. Con Úlceras cutáneas de origen tumoral nada.
 - Fisterra: Solo se obtiene 1 resultado con heridas neoplásicas, que no era lo que se buscaba y otro resultado con Tumores neoplásicos que tampoco se ajustaba a los criterios de búsqueda.

- Teseo: Ningún resultado con ninguna de las palabras clave.
- Google académico:
 1. Con Úlceras tumorales se obtienen 45 resultados de los cuales eran viables cuatro, uno no daba acceso y los otros tres son:
 - ✚ “Úlceras tumorales” del libro cuidados paliativos del paciente oncológico.
 - ✚ Tratamiento domiciliario de las metástasis cutáneas de carcinoma mamario por parte del equipo de cuidados paliativos, el cual fue descartado por no ajustarse a los criterios de búsqueda.
 - ✚ Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales.
 2. Con Cuidados paliativos en úlceras tumorales salieron 3180 resultados de los cuales se encuentran dos interesantes:
 - ✚ Caracterización general de los niños y adolescentes con diagnóstico de tumores sólidos en el servicio de oncología del hospital infantil Manuel de Jesús Rivera “La Mascota”. No se incluye por su acotación de población tan concreta.
 - ✚ Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal.
 3. Con Heridas neoplásicas se obtienen restringiendo desde 2017 un resultado de 145 de los cuales se obtiene uno apropiado:
 - ✚ Guía de práctica clínica para el cuidado de personal con úlceras neoplásicas.
 4. Con Tumores ulcerados y manteniendo la restricción del año se obtienen 228 resultados pero no se encuentra ninguno que se ajustara a lo buscado.
 5. Con Tumores neoplásicos se hayan 612 resultados no aptos.
 6. Con Úlceras cutáneas de origen tumoral 207 resultados, de los que tres resultados cumplían lo esperado:
 - ✚ Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral.
 - ✚ Guía de actuación en lesiones oncológicas.
 - ✚ Protocolo terapéutico multidisciplinar del tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas dolorosas.

Están Incluidas citas bibliografías con interés para el trabajo de los propios artículos.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el artículo “**Heridas y fístulas tumorales, posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático**” los autores Francisco Javier Tejada Domínguez y María Rosario Ruiz Domínguez, muestran un posicionamiento especial en el planteamiento de los objetivos y el tratamiento a aplicar ya que estas lesiones requieren más control de dicho cortejo que la propia resolución de la herida, dando gran importancia a la reducción de impacto psicológico del paciente y familia. Hacen hincapié en que se deben seguir investigando tratamientos y métodos más apropiados por la necesidad de obtener un nivel correcto de técnica y materiales adecuados para ello, que nos ayude a promover el bienestar y confort en la persona. Aquí los autores piden seguir investigando para obtener más métodos y técnicas para los tratamientos mientras que en “*Cuidados de la herida tumoral*” Ana Eva Granados Matute y sus compañeros de artículo, piden seguir realizando estudios experimentales para el conocimiento y desarrollo de las mismas, así mismo en la “*Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas*” Lorenzo Pérez Santos, Felipe Cañadas Nuñez y el resto de sus compañeros inciden en que se necesitan estudios bien diseñados y rigurosamente realizados con información epidemiológica y estudios de prevalencia e incluir grupos con representación limitada.

En el artículo de “**Cuidados de la herida tumoral**” Ana Eva Granados Matute, Ángela Cejudo López, Mercedes Barroso Vázquez, Monserrat Cordero Ponce, Rosario Jiménez León e Isabel Romero Sánchez se centran en que además de los síntomas físicos, estos pacientes sufren estrés emocional y problemas sociales que suelen ser infravalorados, consideran fundamental el tener una herramienta para la atención integral del paciente con la que se disminuya la variabilidad en la práctica diaria y se obtengan mejores resultados en la atención al paciente para ello insisten en los escasos estudios experimentales que hay al respecto. También inciden en la importancia de aportar al paciente pronósticos realistas. Este artículo difiere del resto a la hora de incidir en que los pronósticos han de ser realistas y se debe de disminuir la variabilidad de la práctica diaria para obtener mejores resultados, aunque en el artículo “*Manejo interdisciplinar de las úlceras tumorales*” M. Sánchez Sánchez, L. Maroto Gómez y J. Godoy Álvaro hablan de cuidados individualizados que mejoren

la calidad de vida del paciente y faciliten la labor del cuidador ambos propósitos comparten el mismo fin.

En el artículo **“Protocolo terapéutico multidisciplinar del tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas dolorosas”** A. Mínguez Martí, M.D. López Alarcón, F. Palomar, J. de Andrés dan gran importancia a la prevalencia en constante aumento, la necesidad de cuidados que esto conlleva y la carga económica que supone ya que incide en la población con enfermedades crónicas de riesgo, creen en un abordaje multidisciplinar centrado en aliviar el dolor. Aquí los autores mencionan la necesidad de un equipo multidisciplinar centrado en aliviar el dolor que se asemeja a lo dicho en el artículo *“La herida en el paciente paliativo, abordaje multidisciplinar”* donde Francisco Javier Tejada Domínguez, María Rosario Ruiz Domínguez y Vicente Fernández Rodríguez afirman que el equipo multidisciplinar es necesario para cubrir todas las necesidades del paciente a nivel físico y psíquico, priorizando ante todo aliviar el sufrimiento, así mismo en el artículo *“Manejo interdisciplinar de las úlceras tumorales”*, M. Sánchez Sánchez, L. Maroto Gómez y J. Godoy Álvaro piensan que la valoración interdisciplinar permite aplicar cuidados individualizados más específicos a cada paciente.

En el artículo **“Aplicación del proceso enfermero en una cura paliativa”** Miguel Trujillo Montalbán, Soledad Guerra Rodríguez y Francisco Javier Ramírez Martín se centran sobre todo en la importancia del cuidado paliativo, cuidar más que curar, reduciendo el dolor y síntomas, mejorando su calidad de vida por lo que cree que el sanitario debe servir de apoyo y ser compañero y confesor del paciente en sus últimos días. Estos autores ponen de manifiesto la necesidad de que el sanitario sea algo más que el que hace la cura en sí y en la *“Guía de actuación de lesiones oncológicas”*, F. Palomar Llantes, B. Formes Pujalte y el resto de su equipo, afirman que el objetivo no será cicatrizar lesiones sino proporcionar mejor calidad de vida, ambas nos vienen a decir lo mismo de maneras diferentes.

En el artículo **“La herida en el paciente paliativo, abordaje multidisciplinar”**, Francisco Javier Tejada Domínguez, María Rosario Ruiz Domínguez y Vicente Fernández Rodríguez inciden en la importancia de una buena formación para el manejo de las heridas en el enfermo paliativo, así como tener en cuenta abordar al paciente no solo a nivel físico sino Psíquico para lo que es necesario un equipo

multidisciplinar y establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes y familia, teniendo presente la importancia de la prevención y las necesidades del paciente formulando objetivos razonables y realistas desde una posición activa y evaluación constante, priorizando ante todo aliviar el sufrimiento.

En el artículo **“Manejo interdisciplinar de las úlceras tumorales”** M. Sánchez Sánchez, L. Maroto Gómez y J. Godoy Álvaro piensan que la valoración integral e interdisciplinar permite aplicar cuidados individualizados que mejoran la calidad de vida del paciente y facilitan la labor del cuidador.

En la **“Guía de actuación de lesiones oncológicas”** F. Palomar Llantes, B. Formes Pujalte, P. Diez Fornes, V. Muñoz Núñez y V. Lucha Fernández comentan que no todas las heridas crónicas son benignas ni el abordaje habitual es el más adecuado, y que el objetivo no será cicatrizar lesiones sino proporcionar mejor calidad de vida.

En el artículo **“Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal”** M.A. Benitez del Rosario, A. Cabrejas Sánchez, R. Fernández Días y M.C Pérez Suarez hacen énfasis en que los trastornos psicológicos suelen ser ignorados y aceptados como algo normal en el proceso del paciente con heridas tumorales sin tener en cuenta que requieren técnicas psicoterápicas de diferente profundidad y un adecuado control de los síntomas físicos manteniendo una exquisita relación de ayuda con el paciente. Estos autores resaltan la gran importancia que tienen los aspectos psicológicos en este paciente dando una posición prioritaria a estos cuidados de ahí la necesidad de mantener una exquisita relación de ayuda con el paciente, de igual forma la mayoría de los autores del resto de artículos coinciden en la importancia de este aspecto ejerciendo la misma prioridad.

En la **“Guía práctica del abordaje integral de las úlceras tumorales”** M^a del pilar Valles Martinez, Jose Manuel Lopeira Cabello, Soledad Gómez Cono, Rosa Pérez Espina, M^a Jose Portillo peña, Yunne Albert y Rita Fernandez Romero nos afirman que en cuidados paliativos no se tratan úlceras sino al paciente como un todo, donde el tratamiento incluirá el apoyo a la familia y cuyo objetivo último siempre será proporcionar el máximo bienestar al paciente y su entorno con una herramienta

básica de enfermería que es la comunicación. En esta guía los autores dejan claro que no es cuestión de tratar exclusivamente las úlceras sino al paciente como un todo donde el fin será el máximo bienestar del paciente, en la “Guía de actuación de lesiones oncológicas” F. Palomar Llantes, B. Formes Pujalte, y los demás autores del artículo resaltan lo mismo, no se trata de conseguir la cicatrización si no de dar calidad de vida.

En la “**Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas**” Lorenzo Pérez Santos, Felipe Cañadas Nuñez, Rocío García Aguilar, M^a de los Ángeles Turrado Muñoz, Gador Ángeles Fernández García, Matilde moreno Noci, Dolores López Cabrera, Manuel Carcedos Gavilán y José Puentes Sánchez inciden en que se necesitan estudios bien diseñados y rigurosamente realizados con información epidemiológica por edad y género, estudios de prevalencia e incluir grupos con representación limitada como niños, adolescentes, etc. Lo que es tangible es que cada uno de los autores de los artículos coinciden en lo mismo; en lo importante que es el aspecto psíquico del paciente y que la prioridad es cuidar o paliar no la de realizar curas como tal.

CONCLUSIÓN

Queda patente que es un tema que por su bajo índice de casos no está lo suficientemente investigado, pero que cada vez hay más profesionales preocupados de que esta situación cambie y se pueda obtener una guía concreta, clara y eficaz al respecto que facilite el trabajo del personal ante los cuidados de estos pacientes en los que no solo se tratan los aspectos físicos y biológicos sino también psicológicos. Todo ello es necesario para que el sector de enfermería sepa desenvolverse plenamente en el cuidado de la úlceras tumorales con curas muy específicas y pautas muy concretas que ayudaran al perfecto manejo de estas siempre teniendo en cuenta que lo más importante no es la cura en sí, si no el cuidado del paciente tratando de darle la mayor calidad de vida posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montiel Vaquer L. Manejo de úlceras cutáneas de origen tumoral. 2013. Enfermera de atención primaria, Centro de salud foites Benidorm, Departamento de Salud Marina Baixa. (consultado el 12-4-17)
2. Dominguez FJT, Ruiz Domínguez MR. Heridas y fístulas tumorales: Posicionamiento para mejorar el cortejo sintomático. Hygia de enfermería. Revista científica del colegio de enfermería de Sevilla. XVII-2010;(74). (consultado el 15-3-17)
3. A MM, MD LA, F P, J DA. Protocolo terapéutico multidisciplinar del tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas dolorosas. Unidad Multidisciplinar de tto del Dolor Servicio Anestesia Reanimación y tto del Dolor. Unidad de Úlceras. Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Valencia. (consultado el 12-4-17)
4. [Internet] WHO. 2011 noviembre 30. Cáncer. Nota descriptiva N° 297. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>. (consultado el 17-4-17)
5. Cabanes Doménech A PGBANPMLAG. La situación del cáncer en España. 2009. 19752006. España: Instituto de Salud Carlos III. Disponible en <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/epicancerjunio2009.pdf>. (consultado el 17-4-17)
6. P.Grocott. 1995. The palliative management of fungating malignant wound. Journal of Wound Care; 4(5):240-242. (consultado el 17-4-17)
7. F. Palomar Llatas BFPPDFVMMYVLF. Guía de actuación en lesiones Oncológicas. Enfermería dermatológica. 2008 abril-mayo-junio;(04). (consultado el 12-4-17)
8. Vallés Martínez M^aDP, Lapeira cabello JM, Gómez Cano S, Pérez Espina R, Portillo Peña MJ, Yvonne A, et al. Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales. 2015. SACPA- Sociedad andaluza de cuidados paliativos. Grupo de trabajo de enfermería de la sociedad andaluza de cuidados paliativos. (consultado el 28-3-17)
9. Breibart W CH. S. Psychiatric aspects of palliative care. 1998. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford Medical Publications, 1998; p.933-56. (consultado el 29-3-17)
10. Trujillo Monotalban M, guerra rodríguez S, Ramirez Martín FJ. Aplicación del proceso enfermero en una cura paliativa. Hygia. XIX-2012;(81). (consultado el

21-3-17)

11. Granados Matute , Cejudo Lopez A, Barroso Vazquez M. Cuidados del paciente con herida tumoral. Evidentia. 2013 enero-Marzo; 41(10). (consultado el 15-3-17)
12. Pérez Santos L, Cañadas nuñez F, Garcia Aguilar R, Turrado Muñoz MdIA, Fernandez Garcia GA, Marino Noci M, et al. guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. 2015. coordinadores. Hospital universitario reina Sofía (córdoba), complejo Hospitalario torrecárdenas (almería). Servicio andaluz de Salud. consejería de igualdad, Salud y políticas Sociales. Junta de andalucía. editores. andalucía. (consultado el 7-4-17)
13. Argüelles Oter L, Costrueces CS. úlceras tumorales. 2014 Marzo 26. (consultado el 28-3-17)
14. M.A.Benítez del Rosarioa ACSRFdyMCPS. Complicaciones psiquiátricas ,neurólogicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. SERIES Cuidados paliativos - localizador web:48603. (consultado el 4-4-17)
15. Dominguez FJT, Ruiz Domínguez MR. La herida en el paciente paliativo. Abordaje multidisciplina. Hygia de enfermería. Revista científica del colegio de enfermería de Sevilla. XIV - 2007 2º cuatrimestre;(66). (consultado el 21-3-17)
16. Sanchez Sanchez M, Maroto Gómez L, Godoy Alvaro J. Manejo interdisciplinar de las úlceras tumorales. Unidad de cuidados paliativos.Sº Urología.Hospital general de Segovia. (consultado el 24-3-17)

ANEXOS

Anexo 1

Estadio 1	úlceras cerradas	Piel intacta
Estadio 1N	úlceras cerradas	Piel superficialmente intacta, úlcera dura y fibrosa
Estadio 2	úlceras abiertas	Con afectación de la dermis y epidermis
Estadio 3	úlceras abiertas	Perdida de tejido celular subcutáneo
Estadio 4	úlceras abiertas	Invasión de estructuras anatómicas profundas

Anexo 2

ECOG 0	Asintomático. Capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida
ECOG 1	Síntomas que no impiden realizar su trabajo. En cama, solo las horas de sueño
ECOG 2	No puede desempeñar su trabajo. En cama varias horas además de la noche aunque no superan el 50% del día. Precisa ayuda para alguna actividad.
ECOG 3	Encamado más de la mitad del día debido a síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria
ECOG 4	Encamado el 100% del día. Necesita ayuda para todas las actividades de la vida. (Higiene corporal, baño, alimentación...)
ECOG 5	Moribundo o morirá en horas.

Anexo 3

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.

Anexo 4

	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 cavitadas 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.

Anexo 5

	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 mamelonado (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	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 tu- morales, zonas radiadas, extravasación ci- tostáticas	En la punta de los dedos, articulaciones falángicas, talón, maléolo externo, cabeza metatar- sianos, lados y plantas pies	Alrededor del maléolo in- terno, área preti- bial	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 duros 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 Irededor	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.

Anexo 6

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

Anexo 7

ÚLCERA GRADO 1 Y 1N (NO EXUDATIVA)	No requiere ningún cuidado específico de enfermería al ser una lesión seca sin exudado, sin mal olor y sin riesgo de sangrado.	
	El lavado se realizará con agua y jabón, secando con una toalla sin frotar. Se puede proteger de traumas externos con apósitos suaves y no muy aparatosos si fuese necesario.	
ÚLCERA TUMORAL EXUDATIVA O GRADO 2, 3 y 4	Preparación del paciente	Valorar el grado de conocimiento del paciente sobre este tipo de curas.
		Explicar el procedimiento que se va a realizar, de forma que sus necesidades individuales queden cubiertas
		Colocar al paciente en una postura en la cual se sienta cómodo y que permita realizar la cura de manera óptima.
	Consejos previos a la realización del procedimiento	Preparar el material que se va a emplear en la cura antes de empezar el procedimiento
		Tener preparada una bolsa oscura para desechar los apósitos que se retiraran y el material que se usara en la cura.
		Administrar analgesia prescrita antes de la cura si ésta fuera dolorosa.

Anexo 8

PRODUCTO	INDICACIONES
Apósito de hidrofibra	Para lesiones tumorales exudativas, especialmente profunda o cavitadas. Gran capacidad de absorción y adaptabilidad al lecho tumoral.
Apósito alginato cálcico	Para lesiones exudativas, especialmente profundas o cavitadas. Gran capacidad de absorción, poder hemostático y adaptabilidad al lecho tumoral .
Apósito de plata / carbón plata	Para úlceras neoplásicas exudativas sin olor percibido debido a su cobertura antimicrobiana. Utilizar asociado a carbón activado en el caso de olor percibido del lecho tumoral.
Apósito de espuma de poliuretano no adherente (también denominados hidrocelulares o hidropoliméricos)	Para lesiones tumorales superficiales o profundas con exudado moderado-abundante (en este caso, asociado a otros productos que rellenen la cavidad). Posibilidad de mala adaptabilidad de estos apósitos al lecho tumoral dando lugar a fugas de exudado que pueden afectar al tejido perilesional).
Metronidazol gel 0.75% (presentación comercial) o en formula magistral 0,5 %,1 % ó a altas dosis	Para úlceras neoplásicas con olor incontrolable. Buenos resultados con metronidazol gel en formula magistral a altas dosis (8%). Compatible con apósitos de hidrofibra, alginatos e hidrocelulares.
Esponja hemostática / Varilla de nitrato de plata	Para cauterización de puntos sangrantes en el lecho tumoral. Compatible con cualquier apósito de cura húmeda.
Adrenalina 1/1000	Utilización como medida de urgencias para el sangrado abundante de una úlcera neoplásica. A nivel local puede provocar isquemia o necrosis cutánea y a nivel sistémico puede aumentar la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Buenos resultados en dilución al 0,001%.
Hidrogel de estructura amorfa	Para desbridamiento autolítico de la lesión. Buenos resultados para el manejo del prurito en la lesión tumoral.
Película de poliuretano transparente o pomada de óxido de zinc	Para la protección de la piel perilesional o zonas sometidas a humedad constante o frecuente.La ventaja de las películas de poliuretano estriba en permitir ver la lesión y de fácil retirada. Las pomadas de óxido de zinc deben ser retiradas completamente con productos de base oleosa.

Anexo 9

HOJA DE REGISTRO PARA PERSONAS CON ÚLCERAS NEOPLÁSICAS	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	N.º HC:
U. Hospitalización o C. Salud:	Tfno contacto:
Patologías asociadas y/o alergias:	
Cuidador principal:	
Etiología de la lesión:	Localización:
Tipo de úlcera neoplásica:	<input type="checkbox"/> Cerrada <input type="checkbox"/> Abierta *
Observaciones:	
Fecha de evaluación:	
Cantidad de Exudado:	<input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante
Olor**:	<input type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante
Signos de infección:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Piel perilesional***:	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Eritematosa
Tratamiento tópico:	
Cultivo de herida:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha:
Dolor:	<input type="checkbox"/> Durante el día <input type="checkbox"/> Durante la cura
Especificar analgesia prescrita:	
Sangrado:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tratamiento (especificar):
Fecha próxima cura:	Fecha finalización:
Identificación de la enfermera/o y firma:	

* Especificar crecimiento exofítico (aspecto coliflor), endofítico (bordes evertidos e indurados) u otros.

** Nulo: no olor / Mínimo: olor al descubrir herida / Moderado: olor sin descubrir herida / abundante : olor fétido y nauseabundo.

*** Íntegra: piel sana / Macerada: piel con exceso de humedad / descamativa: piel deshidratada / eritematosa: piel enrojecida.

Anexo 10

TABLA 1 Factores de riesgo para un trastorno depresivo

Antecedentes de trastorno afectivo o alcoholismo
Control deficiente del dolor y otros síntomas
Estados avanzados del cáncer, especialmente en ciertos tumores (páncreas, pulmón e intestino delgado)
Cirugía mutilante
Enfermedades médicas específicas concurrentes
Fármacos
Aislamiento social
Nivel socioeconómico bajo
Problemas conyugales premórbidos
Dificultad previa para expresar cólera u hostilidad

TABLA 2 Factores de riesgo de ansiedad

Antecedentes de trastornos de ansiedad
Historia familiar positiva para ansiedad
Pobre soporte social
Malas noticias recientes
Control insuficiente de los síntomas
Antecedentes de abuso de alcohol o benzodiazepinas
Personalidad inmadura u obsesiva
Ambiente inestable en la niñez
Experiencias tempranas de separación
Sobrepotección por la familia o el cónyuge
Experiencia estresante de muerte en la familia o amigos

TABLA 4 Método para la valoración de la confusión (Confusion Assessment Method)

Respuesta positiva de un familiar a las preguntas:

1. Comienzo súbito y curso fluctuante

¿Existe evidencia de cambio agudo en el estado mental del paciente?

¿Fluctuaba el comportamiento anormal a lo largo del día?

2. Inatención

¿Tenía el paciente dificultad para mantener la atención?

3. Pensamiento desorganizado

¿Tenía el paciente un pensamiento desorganizado o incoherente?

Cualquier respuesta que no sea «alerta»

4. Alteración del nivel de conciencia

Globalmente, ¿como clasificaría el nivel de conciencia del paciente: alerta, hiperalerta, obnubilado, estuporoso o comatoso?

El diagnóstico de confusión/delirio requiere la presencia de los ítems 1 y 2, además del 3 o el 4 indistintamente

TABLA 3 Diagnóstico del delirium

1. Deterioro cognitivo de inicio agudo y curso fluctuante con alteración de la atención, y que puede asociar o no trastornos conductuales, perceptuales y del ciclo vigilia-sueño

2. En la exploración se objetivan trastorno de los tests de atención (test de las «A» o de los dígitos), alteración en los instrumentos de exploración cognitiva (Short Portable Mental Questionary, MEC o MM-test), con o sin alucinaciones, delusiones, agitación o lenguaje incoherente