



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

---

# **CUIDADOS A PERSONAS CON HERIDAS NEOPLÁSICAS**

ALUMNO/A: HERRERO SOLER, JULIA

Tutor/a: D. Pedro Luis Pancorbo Hidalgo

Dpto: de Enfermería

## RESUMEN

---

La aparición de lesiones neoplásicas generalmente está relacionada con un mal pronóstico de vida y se convierten en un símbolo de muerte inminente para el paciente y su familia, obligándolos a enfrentarse a la enfermedad de forma forzosa. Estas heridas se caracterizan por ser sangrantes, dolorosas, presentar mal olor y ser muy exudativas, siendo una fuente importante de ansiedad para el paciente y su entorno social (amigos, familia, trabajo) y que tienen como consecuencia actitudes de aislamiento del paciente. La complejidad que rodea al manejo de estas heridas no solo radica en la falta de medidas efectivas para el control de los síntomas físicos, sino que también debe reconocer la angustia psicológica del paciente. El papel de enfermería será fundamental para el cuidado y asesoramiento del paciente y su familia, además de realizar una valoración precisa de la herida y las condiciones del paciente, desarrollando un plan de actuación que aborde además de los problemas físicos, otros aspectos de índole psicosocial y que tenga como objetivo la mejora de la calidad de vida del paciente en el transcurso de la enfermedad. La metodología planteada para la realización del trabajo, se llevó a cabo mediante una búsqueda en diferentes bases de datos.

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

## ABSTRACT

---

The appearance of neoplastic lesions is generally associated with a poor prognosis and becomes a symbol of imminent death for the patient and their family, forcing them to confront the disease forcefully. These wounds are characterized by being bleeding, painful, foul-smelling, and highly exudative, becoming a significant source of anxiety for the patient and their social environment (friends, family, work), leading to attitudes of patient isolation. The complexity surrounding the management of these wounds not only lies in the lack of effective measures to control the physical symptoms but also requires recognition of the patient's psychological distress. The role of nursing will be crucial in caring for and advising the patient and their family, as well as conducting a precise assessment of the wound and the patient's condition, developing an action plan that addresses not only the physical problems but also other psychosocial aspects, with the aim of improving the patient's quality of life throughout the course of the disease.

The methodology proposed for carrying out this work involved a search in different databases.

Key Word: Malignant fungating wounds, palliative care, nursing care.

## ÍNDICE

---

---

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN .....   | 5  |
| Prevalencia de las úlceras neoplásicas en pacientes oncológicos .....        | 5  |
| Definición de las heridas neoplásicas.....                                   | 6  |
| Fisiopatología.....  | 7  |
| Clasificación.....   | 8  |
| Lesiones cutáneas tumorales primarias .....                                  | 8  |
| Lesiones tumorales secundarias .....   | 17 |
| Lesiones cutáneas no tumorales: Asociadas al tratamiento antineoplásico..... | 18 |
| Signos y síntomas característicos .....                                      | 19 |
| Objetivos .....  | 21 |
| Objetivo principal: .....  | 21 |
| Objetivos específicos: .....   | 21 |
| Metodología .....  | 22 |
| Criterios de inclusión .....   | 22 |
| Criterios de exclusión.....  | 23 |
| Limitaciones.....  | 23 |
| Descripción general de la búsqueda bibliográfica.....                        | 23 |
| RESULTADOS.....  | 25 |
| Valoración integral de enfermería.....                                       | 25 |
| Valoración general del paciente con úlceras neoplásicas.....                 | 26 |
| Valoración local de la úlcera neoplásica .....                               | 27 |
| Diagnóstico de las lesiones neoplásicas .....                                | 28 |
| Tratamiento de las heridas neoplásicas .....                                 | 29 |
| Cuidados locales de la herida .....  | 30 |
| Problemas psicosociales .....  | 39 |
| Tratamiento de las lesiones secundarias al tratamiento antineoplásico.....   | 40 |
| Radiodermatitis .....  | 40 |
| Extravasación de citostáticos.....   | 41 |
| CONCLUSIÓN .....   | 42 |
| BIBLIOGRAFÍA.....  | 44 |

## INTRODUCCIÓN

---

### PREVALENCIA DE LAS ÚLCERAS NEOPLÁSICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

---

En las últimas décadas se ha producido un aumento progresivo de la esperanza de vida en muchos países, lo que ha dado lugar a un envejecimiento de la población; que se ha traducido en un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Los avances científicos y técnicos han permitido prolongar la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, lo que significa que cada vez más personas requieren cuidados paliativos. <sup>(1)</sup>

Se ha producido un aumento en el uso de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas; pero son los pacientes oncológicos los que precisan cuidados paliativos en mayor medida. <sup>(1)</sup>

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en España, siendo el responsables del 26% del total de defunciones, según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística. Además, esta tendencia también se observa en otros países europeos, donde el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte. <sup>(1)</sup>

A nivel epidemiológico, la prevalencia global estimada de las lesiones cutáneas tumorales se sitúa entre el 0'6% y el 9%. Dentro de las neoplasias primarias de la piel, los carcinomas de células basales son los más comunes y los que más frecuentemente van a provocar ulceración. <sup>(1)</sup>

Los pacientes con cáncer metastásico pueden presentar deterioro cutáneo secundario a su enfermedad oncológica de base, y se estima que entre el 5 y 10 % pueden desarrollar úlceras neoplásicas. Sin embargo, la proporción exacta de pacientes que llega a desarrollar una úlcera es desconocida y tampoco se ha realizado una descripción pormenorizada de los problemas que se asocian a este tipo de complicaciones. <sup>(2)</sup>

La localización más frecuentes es la mama (62%) seguida por la cabeza y la cara (24%), los genitales, ingle, parte posterior (3%) y otras áreas (8%). <sup>(3)</sup> Es cierto, que la localización de las metástasis cutáneas suele estar relacionada con la proximidad de los órganos afectados por el cáncer primario. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama,

las metástasis cutáneas suelen localizarse en el tórax y en la región mamaria. En el caso del cáncer de pulmón, las metástasis cutáneas pueden aparecer en tórax, cuello y cabeza. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la localización de las metástasis cutáneas no siempre sigue un patrón predecible.<sup>(1)</sup>

En el caso de Andalucía, tampoco encontramos datos acerca de la prevalencia de úlceras neoplásicas de tumores primarios o metastásicos, pero si hay estimaciones acerca de la prevalencia del total de cáncer, exceptuando piel no melanoma, según sexo y principales localizaciones tumorales.<sup>(2)</sup>

La esperanza de vida de una persona con una herida neoplásica es muy corta, con un promedio de seis a doce meses de supervivencia; tener una herida neoplásica obliga a cambios en el estilo de vida del paciente y de las personas de su entorno. Los síntomas que acompañan a estas lesiones complican las actividades de la vida diaria, por lo que los objetivos del cuidado de estas heridas están orientados a minimizar su impacto en la calidad de vida de los pacientes.<sup>(1)</sup>

---

#### DEFINICIÓN DE LAS HERIDAS NEOPLÁSICAS

---

Grocott y Cowley, define las heridas neoplásicas como la infiltración del cáncer o metástasis en la piel, vasos sanguíneos y linfáticos. El origen de las lesiones neoplásicas se relaciona con dos causas, el compromiso metastásico en la piel o la invasión y proliferación del tumor en el tejido cutáneo.<sup>(3)</sup>

Las lesiones neoplásicas son aquellas causadas por la infiltración de células malignas en la piel y red vascular o linfática adyacente.<sup>(4)</sup> Generalmente se producen por el crecimiento de un tumor primario en la piel (carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma, linfoma cutáneo...) o por metástasis (invasión de la piel por otros tumores) ya sea por infiltración por contigüidad o por metástasis hematógenas o linfáticas.<sup>(5)</sup>

Otras causas pueden ser la implantación accidental de células malignas durante procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, o por heridas crónicas que no cicatrizan durante un tiempo prolongado, con inflamación crónica que se maligniza (úlceras de Marjolin).<sup>(5)</sup>

También podrían incluirse aquellas originadas a consecuencia de tratamientos antineoplásicos (radiodermatitis, extravasación de citostáticos...), pero su forma de presentación difiere en muchas ocasiones de las lesiones neoplásicas. <sup>(4)</sup>

## FISIOPATOLOGÍA

---

La fisiopatología de las heridas neoplásicas es un proceso complejo que involucra la interacción de diversos factores; representan un riesgo potencial de daño masivo a la piel y tejidos circundantes por la combinación de crecimiento del tumor, pérdida de vascularización y ulceración. <sup>(2)</sup>

Su aspecto puede variar y pueden presentarse como un nódulo de crecimiento rápido con apariencia de coliflor, en la fase proliferativa, o en forma de cráter, en la fase de destrucción. A medida que el proceso cancerígeno avanza, se producen alteraciones en los vasos sanguíneos y linfáticos, lo que provoca desorganización microvascular y coagulopatía. <sup>(3)</sup>

Además puede haber acumulación de desechos, edema, hipoxia y necrosis en la zona de la herida. Como consecuencia pueden aparecer síntomas como dolor, mal olor, exudado y edema, así como inflamación con induración, enrojecimiento y calor. La textura de piel de naranja, las placas eritematosas, pápulas violáceas y las zonas de alopecia también pueden ser síntomas característicos de las heridas neoplásicas. Es importante destacar que cada caso es único y que los síntomas pueden variar. <sup>(1,5)</sup>

Se cree que las lesiones tumorales interfieren con la oxigenación tisular, en el drenaje linfático y en la hemostasia; la perfusión tisular disminuye como consecuencia de anomalías en la vascularización, y produce anoxia celular y en ocasiones muerte celular y necrosis.

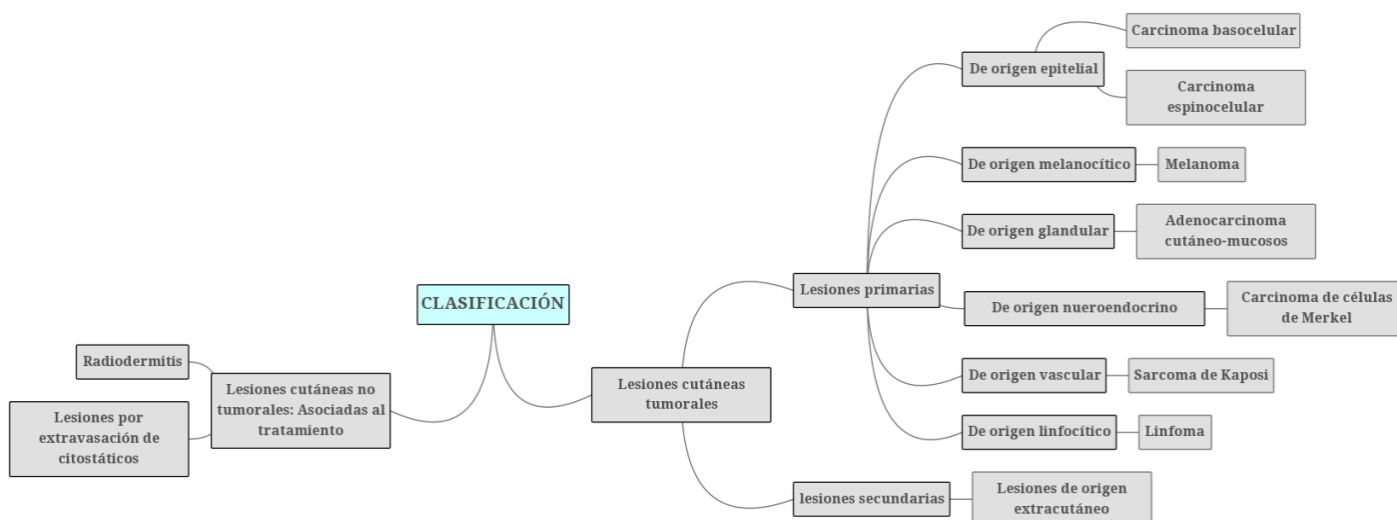
El rápido crecimiento del tumor también puede afectar al pH extracelular, interfiriendo con los mecanismos de coagulación, produciendo la oclusión de los vasos sanguíneos y la posterior necrosis.

El sistema linfático puede deteriorarse por los cambios de presiones de líquido intersticial causando colapso vascular, que ocasiona el infarto, hipoxia y necrosis de los tejidos.

Mientras tanto las bacterias anaerobias y aerobias proliferan en el tejido necrótico y en los productos de desecho, generando mal olor, exudado y fragilidad de los capilares tumorales, aumentando el riesgo de hemorragia.

El crecimiento incontrolado del tumor acaba rompiendo la piel, debido al rápido y desordenado crecimiento del tumor se origina un severo trastorno vascular, creándose mala perfusión que desencadena en la etapa final necrosis y ulceración de difícil cicatrización.

## CLASIFICACIÓN



Fuente: elaboración propia

## LESIONES CUTÁNEAS TUMORALES PRIMARIAS

### DE ORIGEN EPITELIAL

Carcinoma basocelular (CBC).

El carcinoma basocelular es un tipo de cáncer de piel que se origina en las células de la capa basal de la epidermis. Es el tumor más frecuente y se presenta principalmente en cabeza, cuello, extremidades superiores y tronco. Es un tipo de cáncer poco agresivo, de crecimiento lento y no suele producir metástasis a distancia. La exposición solar crónica en personas con fototipos claros, es el principal factor de riesgo. Otras causas incluyen la exposición a radiación



ionizante o antecedentes familiares. A diferencias de otro tipo de tumores, no suele presentarse en mucosas palmas de las manos o plantas de los pies; su apariencia va a depender de su forma clínica<sup>(4)</sup>:

- Nodular. Clínicamente se presenta como una lesión cupuliforme, con bordes delimitados y perlados, puede presentar telangetasias. Es común que la lesión se ulcere en su parte central, lo que se conoce como ‘ulcus rodens’.<sup>(4)</sup>



Figura 1. Lesión de tipo Nodular.4

- Superficial. Cuando es de tipo superficial, se caracteriza por placas eritematosas no infiltradas con escamocostra superficial de tamaño variable, suele localizarse en el tronco y extremidades, y aunque es menos frecuente que en el caso anterior, también puede ulcerarse. A diferencia de otras formas de carcinoma basocelular, la forma superficial puede experimentar fenómenos de regresión, y como resultado aparecen áreas hipopigmentadas y atróficas, de aspecto cicatricial.<sup>(4)</sup>



Figura 2. Lesión de tipo Superficial. 4

- Esclerodermiforme. Es una forma menos común pero más agresiva de la enfermedad. Suele presentarse como una placa indurada, de aspecto cicatricial y de color blanquecino-rosado, con bordes mal definidos. La superficie suele ser lisa, aunque puede erosionarse y dar lugar a la formación de costras. Esta forma de carcinoma basocelular, suele ser

localmente agresiva e infiltrarse en profundidad, con una alta recidiva local tras la exéresis quirúrgica.<sup>(4)</sup>



Figura 3. Lesión de tipo Esclerodermiforme.4

- Fibroepitelial. Su aparición suele ser menos frecuentes que otras variedades, y tiende a localizarse en el tronco. Y clínicamente se presenta como un nódulo rosado de superficie lisa.<sup>(4)</sup>



Figura 4. Lesión de tipo Fibroepitelial.4

Es importante destacar que aunque el carcinoma basocelular tiene un crecimiento local lento, puede alcanzar un gran tamaño y ulcerarse si no se administra tratamiento, y causar complicaciones como sangrado e infección.

#### Carcinoma espinocelular.

Se origina en las células epiteliales queratinocíticas del estrato espinoso de Malpighi; puede aparecer en piel y mucosas. Si las células atípicas están limitadas a la epidermis y respetan la membrana basal, se denomina Enfermedad de Bowen o epidermoide “in situ”.<sup>(4)</sup>

Cuando aparece en las mucosas se denomina eritroplasia de Queyrat. Si el tumor rompe la membrana basal, puede dar lugar a metástasis, principalmente por vía linfática.<sup>(4)</sup>

Clínicamente, se caracteriza por lesiones en placa, descamativas, que infiltran en profundidad y tienen forma nodular. Las lesiones pueden ulcerarse, sangrar y recubrirse de costras. <sup>(4)</sup>

En casos más avanzados, el tumor puede infiltrar en el tejido adiposo, fascia e incluso plano osteomuscular. Existe riesgo de que metastatice por vía linfática o hematológica. Las lesiones cutáneas como las heridas y cicatrices, es decir, áreas de inflamación crónica, y las queratosis actínicas pueden degenerar en un carcinoma epidermoide.<sup>(4)</sup>



Figura 5 y 6. Carcinoma Espinocelular. 4

Existen variantes del carcinoma epidermoide:

- Carcinoma espinocelular de labio y cavidad oral. clínicamente se observa una úlcera, nódulo o placa indurada en el labio inferior o en la cavidad oral. Las lesiones aparecen sobre áreas previamente afectadas, es decir, sobre queratitis actínicas, eritroplasias o leucoplasias.<sup>(4)</sup>



Figura 7. Carcinoma Espinocelular de Labio y Cavidad oral. 4

- Queratoacantoma. No está claro si es una variante del carcinoma epidermoide o una variedad diferente; pero histológicamente son similares. Aparece como un nódulo queratósico en su parte central que tiende a ulcerarse.<sup>(4)</sup>



Figura 8. Queratoacantoma. 4

- Carcinoma verrucoso. su desarrollo se relaciona con el virus del papiloma humano, clínicamente es de crecimiento exofítico, se presenta como una lesión nodular o un placa bien definida de aspecto verrucoso. Y tiene tres variantes, el papiloma ora florida, ano-genital o condiloma gigante acuminado de Buschke-Lowestein y epiteloma cuniculatum.



Figura 9. Carcinoma Verrucoso. 4

---

## DE ORIGEN MELANOCÍTICO

---

### MELANOMA

El melanoma es un tipo de cáncer que se origina a partir de los melanocitos; aunque es menos común que otros tipos de tumores, como el carcinoma basocelular, en los últimos años su incidencia está en aumento. Suele aparecer en edades más tempranas y algunos de los factores de riesgo asociados son el fototipo cutáneo (piel clara, cabello y ojos claros), la exposición solar excesiva o el uso de lámpara de bronceado, antecedentes personales de melanoma o de otros tipos de cáncer de piel, entre otros. Presenta alta tendencia a la invasión a distancia por vía linfática o hemática; y sus características clínicas siguen la regla ABCDE.<sup>(4)</sup>



Figura 10. Lesión de tipo Melanoma.4

- Lentigo maligno melanoma. Su aparición se relaciona con la exposición solar crónica, y es más común en personas de edad avanzada. Se desarrolla en dos fases, durante la primera fase el tumor aparece como una mancha de aspecto oscuro y discrómica, con bordes mal definidos. Durante esta fase, el tumor no ha traspasado aún la membrana basal, por lo que se denomina “lentigo maligno”. La segunda fase, el tumor crece de forma vertical y esto se conoce como fase invasora dérmica; la lesión puede ulcerarse y elevarse, lo que puede ser indicativo de una mayor invasión del tumor en los tejidos circundantes.<sup>(4)</sup>



Figura 11. Léntigo maligno melanoma. 4

- Melanoma de extensión superficial. Es la variante clínica más frecuente y se suele localizar en las zonas de exposición solar intermitente. También presenta dos fases de crecimiento, durante la primera fase, de crecimiento radial, la lesión aparece como una mácula de bordes mal definidos y aserrados, y sufre cambios de color y fenómenos de regresión. En la segunda fase de crecimiento, aparecen nódulos, ulceraciones y es común el sangrado.<sup>(4)</sup>



Figura 12. Melanoma de extensión superficial.4

- Melanoma lentigoso acral. Tiene mayor incidencia en personas de raza negra, suele afectar a palmas de las manos, plantas de los pies, uñas y mucosas dermopapilares. Se presenta como máculas hiperpigmentadas con bordes mal definidos, que pueden simular hematomas en zonas de presión o bajo las uñas.<sup>(4)</sup>



Figura 13. Melanoma Lentigoso Acral.(4)

- Melanoma nodular. En este tipo de melanoma solo se aprecia la fase de crecimiento vertical, aparece como una lesión oscura normalmente en la cabeza o en el tronco; y dejados a su evolución, pueden llegar a formar grandes masas tumorales.



Figura 14. Melanoma Nodular. (4)

---

## DE ORIGEN GLANDULAR

---

### ADENOCARCINOMAS CUTÁNEO-MUCOSOS O ENFERMERDAD DE PAGET

Es un tipo de adenocarcinoma de baja prevalencia, su causa puede ser primaria, se localiza en la zona ano-genital, o secundaria, en zona mamaria. Clínicamente se presenta como lesiones en placa con eritema y bordes definidos; pueden presentar edema, exudativas y pruriginosas, dolorosas o ser asintomáticas. En ocasiones, pueden erosionarse o formarse costras o liquenificación.<sup>(4)</sup>



Figura 15. Adenocarcinoma cutáneo-mucoso.(4)

---

## DE ORIGEN NEUROENDOCRINO

---

### CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL O MERKELOMAS

Tipo de adenocarcinoma de rápido crecimiento y maligno, asociado a la exposición a radiaciones solares, son comunes las recidivas locales y tiene alto potencial metastásico. Clínicamente se presenta como un nódulo con eritema con tendencia a la ulceración.<sup>(4)</sup>



Figura 16. Lesión de tipo Merkeloma. (4)

---

## DE ORIGEN VASCULAR

---

## SARCOMA DE KAPOSI.

Lesión de origen vascular que se presenta como placas o nódulos en extremidades inferiores, pueden ulcerarse aunque no es frecuente. Su aparición puede ser indicativa de una neoplasia visceral; y existe una forma asociada a la infección por VIH.<sup>(4)</sup>



Figura 17. Sarcoma de Kaposi. (4)

---

## DE ORIGEN LINFOCÍTICO

---

### LINFOMAS CUTÁNEOS.

Su causa es la degeneración linfocítica de los linfocitos presentes en la dermis; en función de los linfocitos afectados tienen una forma de presentación diferente<sup>(4)</sup>:

- Si los afectados son los linfocitos T, las lesiones se presentan como múltiples placas eritematosas y descamativas con tendencia a la ulceración.<sup>(4)</sup>
- Los linfomas secundarios a la degeneración de los linfocitos B, se manifiestan como nódulos o placas, que no tienden a ulcerarse y son de bajo grado de malignidad.<sup>(4)</sup>



Figura 18. Linfoma cutáneo. (4)



## LESIONES TUMORALES SECUNDARIAS

---

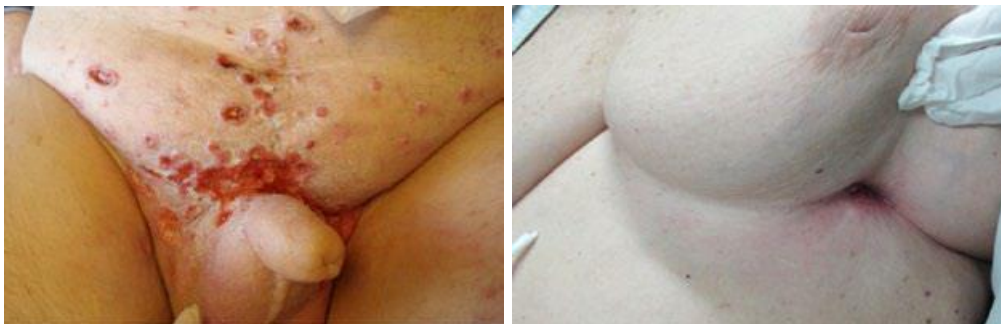
Las lesiones tumorales secundarias son aquellas lesiones cuyo origen es extracutáneo, pueden ser una manifestación de cáncer metastásico que ha diseminado de la piel a otras partes del cuerpo.

La diseminación puede ocurrir por contigüidad, es decir, las células tumorales se propagan a través de los tejidos cercanos, o por diseminación hematológica o linfática, lo que significa que las células tumorales viajan a través de la sangre o el sistema linfático y se asientan en la piel.

Otras causas menos comunes que han aparecido son las heridas malignas que se desarrollan a partir de una herida crónica de larga duración, que reciben el nombre de úlceras de Marjolin; o tras algunas intervenciones quirúrgicas como por ejemplo mastectomías.

Una característica que podemos destacar de los tumores primarios que metastatizan a la piel es que tienden a hacerlo en ciertas localizaciones preferentes.

Clínicamente se presentan como varios nódulos con eritema, no dolorosos, que en ocasiones pueden concentrarse formando placas que tienden a la ulceración. Se pueden presentar también como lesiones similares a la celulitis, o placas infiltradas entre otras.



**Figura 19 y 20. Lesiones secundarias a procesos oncológicos.**

### **Radiodermatitis.**

La radiodermatitis es el efecto secundario más frecuente en neoplasias con radioterapia como tratamiento. Los factores de riesgo para su desarrollo son:<sup>(4)</sup>

- La localización: tórax, mama, cara, cuello...
- Factores personales: edad avanzada, obesidad, tabaquismo...
- Fármacos: se produce dermatitis por efecto de recuerdo o efecto de recall, en pacientes en tratamiento quimioterápico con antraciclinas, taxanos o antimetabolitos entre otros.

Podemos diferenciar dos fases en el desarrollo de la lesión:

1. Una primera fase, aguda, donde las lesiones se caracterizan por ser dosis dependientes y se presentan como una zona eritematosa y edematizada, con cambios en el pigmento de la piel, pérdida del vello, sequedad y descamación seca o húmeda, y por último ulceración.<sup>(4)</sup>
2. La segunda fase, crónica, la zona de la lesión se presenta con fibrosis y telangiectasias y zonas de necrosis dérmica con ulceración.<sup>(4)</sup>

Siguiendo la clasificación de Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos del Instituto Nacional de Cáncer (NCI-CTCAE) y del Grupo de Oncología Radioterápica (RTOG), según la gravedad de las lesiones podemos clasificarla en:<sup>(4)</sup>

- Dermatitis leve. Grado 1. Eritema y descamación seca a los que se le puede asociar prurito y pérdida de vello. La aparición de síntomas ocurre en días o semanas del inicio del tratamiento con radioterapia y puede aclarar o desaparecer en días.
- Dermatitis moderada. Grado 2. Aumenta la intensidad del eritema, aparece edema y descamación húmeda. La aparición de las lesiones ocurre una o dos semanas después del tratamiento.
- Dermatitis severa. Grado 3 y 4. La descamación húmeda evoluciona hacia la ulceración y/o necrosis, que puede infectarse y producir dolor severo resistente a opiáceos.

## **Lesiones por extravasación de citostáticos.**

La extravasación de un agente citostático puede ocasionar una insuficiencia cutánea; que puede provocar la necrosis cutánea que se explica como consecuencia a dos mecanismos:<sup>(6)</sup>

- La acción directa de la sustancia extravasada en el tejido celular subcutáneo, que provoca citotoxicidad y necrosis.<sup>(6)</sup>
- La acción indirecta de la sustancia, que por efecto de la extravasación del fármaco se produce un aumento del volumen de los planos profundos, como consecuencia se produce sufrimiento e isquemia, en este caso, la necrosis del tejido es consecuencia de una isquemia prolongada.<sup>(6)</sup>

Ambos mecanismos pueden interactuar para producir la insuficiencia cutánea. Además las lesiones dependerán también del agente extravasado:

- Agentes irritantes: producen una reacción inflamatoria con flebitis, prurito y quemazón acompañado de edema o eritema. No se produce necrosis ni descamación cutánea; la clínica suele durar unas horas, sin embargo tendremos que tener en cuenta que pueden aparecer secuelas a largo plazo.<sup>(6)</sup>
- Agentes vesicantes: producen necrosis y descamación, que puede llegar a la pérdida total de espesor de la piel. Suele manifestarse como quemazón local y descamación cutánea, posteriormente se forman vesículas.<sup>(6)</sup>

---

## SIGNOS Y SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS

---

Las heridas neoplásicas destacan por el impacto que tienen en la calidad de vida del paciente. Las deformidades que ocasionan, afectan al aspecto físico de la persona por su sintomatología lesional además de que tienen repercusión en el ámbito psicológico del paciente a consecuencia de la influencia que tienen en la percepción de la imagen corporal y los cambios que se producen en las relaciones personales del paciente.<sup>(7)</sup>

Cada úlcera es diferente y presenta una clínica propia; no todas presentan todos los síntomas descritos a continuación y cada paciente tiene una experiencia propia sobre su

herida, dependiendo de la repercusión que tenga sobre su bienestar físico, psicológico y social. Se caracterizan por:

- Dolor. El dolor asociado a las heridas neoplásicas destaca por el impacto que tiene sobre la calidad de vida de los pacientes. La piel es el órgano con mayor número de receptores sensoriales y es capaz de percibir gran número de estímulos, que pueden ser somáticos, neuropáticos o mixtos; como consecuencia podemos clasificar la etiología del dolor según si es patológico o iatrogénico(7):
  - El dolor asociado a la enfermedad puede estar causado por:
    - La compresión directa de otro órgano por el tumor
    - El deterioro de la piel y la exposición de terminaciones nerviosas
    - Daño nervioso relacionado con la invasión directa del tumor o compresión
    - Edema como consecuencia del deterioro del drenaje linfático o infección
  - El dolor iatrogénico se relaciona con:
    - Manipulación excesiva y elección inapropiada de apósitos
    - Limpieza e irrigación de la herida
    - Desbridamiento
- Mal olor. La repercusión que tiene el mal olor de las heridas afecta no solo a los pacientes, también a los cuidadores, familiares y profesionales de enfermería. Como norma general, se ha asociado el mal olor de las heridas con la presencia de tejido desvitalizado y agentes volátiles producidos por bacterias aeróbicas y anaeróbicas, junto con la mezcla de aminas y diaminas como la cadaverina y la putrescina.<sup>(8)</sup>

En una investigación reciente, se ha identificado una nueva sustancia volátil, el sulfuro de dimetilo, causante del mal olor característico de las heridas neoplásicas.<sup>(8)</sup>
- Exudado y deterioro de la piel perilesional. Algunas causas del aumento de exudado en este tipo de heridas son el aumento de la carga bacteriana, la presencia de edema, o como consecuencia de la descomposición del tejido necrótico. El exudado puede variar de escaso hasta abundante; el volumen de exudado junto con su composición, van a ser directamente proporcionales al

grado de maceración. La presencia de exudado abundante ocasionaría la maceración, irritación y escoriación de la herida y la piel perilesional.<sup>(4)</sup>

- Sangrado. La magnitud del sangrado puede variar desde superficial, por la ruptura aislada de la microvasculatura del lecho de la herida, hasta una hemorragia importante por la erosión de un gran vaso. La etiología del sangrado puede ser multifactorial e impredecible, puede estar ocasionada por la invasión directa del tumor o por la fragilidad del lecho lesional, por eso la naturales del sangrado se clasifica según si los factores que intervienen son reversibles o irreversibles.<sup>(7)</sup>
- Aumento de la carga bacteriana y riesgo de infección. La presencia de abundante tejido desvitalizado y abundante detritus aumenta el exudado, lo que favorece la proliferación bacteriana y aumenta el riesgo de infección.<sup>(4)</sup>
- Prurito. Es un síntoma frecuente; se define como la sensación desagradable que induce al rascado y que mejora o cede al hacerlo. Su origen pueden ser cutáneo, neuropático o psicogénico y que puede originarse debido a la sequedad de la piel, infecciones, fármacos o maceración de la piel perilesional.<sup>(4)</sup>
- Problemas psicosociales relacionados. La crueldad y la naturaleza impredecible de los síntomas físicos de las heridas neoplásicas, en combinación con el tiempo que requiere su cuidado, roban al paciente de su dignidad, autoestima e incluso sus relaciones personales. Además de que influye significativamente en sus actividades de la vida diaria y ha demostrado que se produce un deterioro en la calidad de vida de los pacientes. No aceptar el pronóstico de vida limitado, ocasiona en numerosas ocasiones que los pacientes utilicen la negación como mecanismo de defensa y a evitar buscar tratamiento para sus heridas o evaluar sus sentimientos.<sup>(7)</sup>

---

---

## OBJETIVOS

---

---

### OBJETIVO PRINCIPAL:

---

- Conocer los diferentes aspectos acerca de la naturaleza y el manejo de las heridas neoplásicas.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

---

- Conocer los principales mecanismos de Valoración de enfermería.
- Conocer los cuidados básicos de enfermería de las heridas neoplásicas.

## METODOLOGÍA

---

Se ha desarrollado una revisión bibliográfica de la literatura disponible. El proceso de búsqueda se ha llevado a cabo durante el periodo comprendido entre los meses de enero y mayo de 2023 en diferentes bases de datos científicas: Cuiden Plus, Medline y PubMed. También se han consultado varias Guías de Práctica Clínica relacionadas en el cuidado de las heridas neoplásicas.

Los descriptores y palabras clave utilizadas en el proceso de búsqueda han sido: *malignant wound, malignant fungating wound, úlcera, ulcer, skin ulcer, skin, tumor, tumoral, cancer, palliative care, nursing care y treatment*. Con ellas se han diseñado diferentes estrategias de búsqueda, en las distintas bases de datos consultadas, como podemos observar en la Tabla 1.

### PubMed

- **Estrategia 1:** Malignant Wound AND Skin AND Nursing Care
- **Estrategia 2:** Malignant Wound AND Palliative Care
- **Estrategia 3:** Malignant Wound AND Skin AND Palliative Care
- **Estrategia 4:** Skin ulcer AND Palliative Care
- **Estrategia 5:** Skin ulcer AND Palliative Care AND Cancer

### Cuiden Plus

- **Estrategia 1:** Úlcera AND Tumoral
- **Estrategia 2:** Skin AND Tumor
- **Estrategia 3:** Ulcer AND Tumor

### Medline

- **Estrategia única:** Treatment AND Malignant Fungating Wounds

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Los documentos obtenidos han sido seleccionados teniendo en cuenta unos criterios de inclusión y de exclusión.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

---

- Disponibilidad de los artículos a texto completo
- Idioma de publicación: inglés o español
- Estudios que proporcionen información acerca del cuidado de heridas neoplásicas

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

---

- Diferente idioma a los mencionados en los criterios de inclusión
- Artículos cuyo título o resumen no tuviese relación con el tema principal de la búsqueda
- Artículos duplicados

## LIMITACIONES

---

La principal limitación metodológica encontrada ha sido la imposibilidad a acceder al texto completo de las publicaciones seleccionadas, debido a que muchos de ellos eran de pago.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

---

La primera búsqueda de información para este trabajo se realizó en Google Académico, con la estrategia “Valoración de personas con Heridas Neoplasicas”. Y del cual se obtuvieron dos artículos relevantes para nuestro estudio.

En la base de datos PubMed, la primera búsqueda se realizó con la estrategia de búsqueda “Malignant wound AND Skin AND Nursing Care”, el principal problema encontrado, es que tuvimos que descartar gran cantidad de artículos relevantes para el estudio, debido a que no se podía acceder al texto completo. Se realizaron varias búsquedas más, modificando la estrategia, y descubrimos que los artículos encontrados coincidían con otras estrategias e incluso con los artículos disponibles en otras bases de datos.

Con la estrategia de búsqueda “Malignant Wound AND Palliative care”, obtuvimos gran cantidad de resultados, por lo que la búsqueda se filtró, centrándonos en los artículos de acceso gratuito escritos en inglés y español. Lo que redujo la muestra a 271 artículos.

---

**Tabla 2. Búsqueda en PubMed**

| <b>Cadena de búsqueda</b> | <b>Documentos encontrados</b> | <b>Documentos revisados título y resumen</b> | <b>Documentos revisados completos</b> | <b>Muestra final (documentos seleccionados)</b> |
|---------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <b>Malignant</b>          | 434                           | 27   | 7                                     | 2   |

---

|   |      |    |   |   |
|---|------|----|---|---|
| Wound AND<br>Skin AND<br>Nursing Care                 |      |    |   |   |
| Malignant<br>Wound AND<br>Palliative Care             | 1395 |    |   | 2 |
| Malignant<br>Wound AND<br>Skin AND<br>Palliative Care | 170  | 15 | 3 | 1 |
| Skin ulcer AND<br>Palliative Care                     | 293  | 7  | 0 | 0 |
| Skin ulcer AND<br>Palliative Care<br>AND Cancer       | 101  | 3  | 0 | 0 |
| <b>Artículos seleccionados: 5</b>                     |      |    |   |   |

Fuente: elaboración propia

En la base de datos Cuiden Plus (Tabla 2), la primera búsqueda bibliográfica se realizó con la estrategia de búsqueda “Úlcera AND Tumoral”, encontrando con esta el mayor número de documentos válidos para el estudio. Sin embargo el principal problema encontrado, resultó ser la imposibilidad de acceder a los documentos pues la mayoría pertenecían a páginas y revistas de pago.

| Cadena de búsqueda                        | Documentos encontrados | Documentos revisados título y resumen | Documentos revisados completos | Muestra final (documentos seleccionados) |
|---|------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Úlcera AND Tumoral</b>                 | 16                     | 8                                     | 3                              | 3  |
| Skin AND Tumor                            | 30                     | 2                                     | 1                              | 0  |
| Ulcer AND Tumor                           | 25                     | 1                                     | 1                              | 1  |
| <b>Artículos totales seleccionados: 4</b> |                        |                                       |                                |  |

Fuente: elaboración propia

En la base de datos MedLine (tabla 3), solo se siguió una única estrategia de búsqueda “Treatment AND Malignant Fungating Wounds”.



**Tabla 2. Búsqueda en Medline**

| <b>Cadena de búsqueda</b>                 | <b>Documentos encontrados</b> | <b>Documentos revisados título y resumen</b> | <b>Documentos revisados completos</b> | <b>Muestra final (documentos seleccionados)</b> |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| Treatment AND                             |                               |  |                                       |   |
| Malignant                                 |                               |  |                                       |   |
| Fungating                                 | 31                            | 12   | 7                                     | 5   |
| Wounds                                    |                               |  |                                       |   |
| <b>Artículos totales seleccionados: 5</b> |                               |  |                                       |   |

Fuente: elaboración propia

Las guías de práctica clínica seleccionadas para la revisión, incluye:

- “Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas”, de la Junta de Andalucía
- “Guía N°4. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas”, de la Colección de guías de heridas del Servicio Gallego de Salud
- “Guía N°5. Guía práctica de lesiones por quemadura”, de la Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud
- “Recommendatios for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds”, publicada por “European Oncology Nursing Society”

## RESULTADOS

Tras la lectura y comparación de los artículos seleccionados y de las diferentes Guías de Práctica Clínica, se han encontrado grandes similitudes en los diversos artículos, centrándose la mayoría en la valoración de las lesiones y su tratamiento local.

### VALORACIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA

La aparición de una herida neoplásica con frecuencia es un indicador de mal pronóstico para el paciente, generando un gran impacto en el campo de la autoestima. La imagen corporal se distorsiona al producirse la deformación de las zonas del cuerpo afectadas.

Además debido a la naturaleza incurable y severa de estas heridas, los pacientes requieren cuidados paliativos para minimizar el impacto que las heridas tienen en numerosos ámbitos de su vida (7,9,10)

Es recomendable que la valoración de enfermería incluya la detección de problemas y necesidades del paciente; teniendo en cuenta no solo su estado físico, sino también su

estado psicosocial, permitiéndonos tener una visión holística del paciente, con el objetivo de desarrollar un plan actuación en base a las necesidades del paciente. El plan deberá integrar los cuidados clínicos con otros del ámbito psicosocial, desarrollados por el propio paciente, al que se habrá informado con anterioridad acerca de las posibilidades de curación, las opciones terapéuticas y los recursos disponibles. (3,9)

Como consecuencia de su evolución tórpida y cronificación, se requieren grandes esfuerzos para el manejo de los síntomas físicos, siendo necesario el desarrollo de actividades, por parte de los profesionales que fomenten la autoestima del paciente y que influyan en su entorno más cercano, con el objetivo de preparar a las personas de su entorno más cercano para evitar el bloqueo. (9)

## VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE CON ÚLCERAS NEOPLÁSICAS

---

Empleando la entrevista con el paciente y familia, la observación, el examen físico de salud y una revisión de la historia clínica, se recogerán una serie de datos objetivos y subjetivos que nos permitan tener una imagen global del paciente. La valoración debe recoger:(2,11)

- Momento evolutivo de la enfermedad oncológica
- Patologías asociadas o problemas intercurrentes
- Pronóstico del proceso oncológico
- Capacidad funcional del paciente, es decir, capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.<sup>(2)</sup> La escala Karnofsky, permite determinar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Ayuda también a la toma de decisiones clínicas y a valorar el impacto del tratamiento y la progresión de la enfermedad. <sup>(4)</sup> El rango de puntuación puede variar de 0 a 100, cuanto menor sea la puntuación obtenida significará, que el paciente tiene peor estado. Cuando la puntuación es igual o inferior a 50, es indicativo de que existe un riesgo elevado de que la persona fallezca en los seis meses siguientes.
- Estado nutricional del paciente, ya que es común la desnutrición en la enfermedad oncológica.<sup>(2)</sup> Es necesario tener en cuenta las alteraciones nutricionales causadas por el tumor, el tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) y los aspectos de la desnutrición. Teniendo en cuenta la situación del

paciente, se puede emplear escalas como el Mini Nutritional Assessment (MNA), el MUST o el NRS 2002.<sup>(4)</sup>

- Aspectos psicológicos del paciente, autoestima e imagen corporal.<sup>(2)</sup> Es importante valorar cómo afecta el proceso oncológico y la presencia de la herida (como consecuencia del cambio físico) a su autoestima y a sus relaciones sociales. Tenemos que valorar también el entorno familiar y su cuidador principal, teniendo en cuenta, las capacidades, habilidades, recursos económicos del paciente, con el objetivo de elaborar un plan de cuidados.<sup>(4)</sup>

---

### VALORACIÓN LOCAL DE LA ÚLCERA NEOPLÁSICA

---

Aunque aún no existe un sistema oficial validado que nos permita evaluar las heridas neoplásicas, se puede realizar una valoración focalizada determinando los siguientes aspectos:<sup>(3,4)</sup>

- Etiología
- Localización
- Dimensiones
- Tunelizaciones o fístulas
- Tipo de tejido presente en el lecho de la lesión
- Cantidad de exudado
- Olor
- Estado de la piel perilesional
- Dolor
- Sangrado
- Signos de infección

Tras la valoración, existen diferentes métodos de clasificación de las lesiones tumorales:

- Dependiendo si hay solución de la continuidad de la piel. Nos permite clasificar las lesiones de forma sencilla y eficiente para la práctica clínica. Se clasificarán en lesiones abiertas (si hay solución de la continuidad de la piel) y cerradas (no existe solución de la continuidad de la piel).<sup>(2)</sup>
- Dependiendo de la evolución. Las características de la lesión van a variar según el tipo de tumor del que se origine, impidiendo la clasificación por estadios, debido a la varianza existente entre las lesiones. Además el nivel de gravedad de la lesión no tiene por qué estar relacionado con la gravedad del proceso.<sup>(2)</sup>

Normalmente estas lesiones tienen forma irregular, y un fondo necrótico con gran cantidad de tejido no viable, como resultado los problemas asociados más comunes son

la presencia de dolor, exudado, mal olor y deterioro de la piel perilesional, además de un elevado riesgo de infección y normalmente asociadas a infección.(9)

## DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES NEOPLÁSICAS

---

Habitualmente tras la valoración de la clínica de la lesión y la del paciente, es posible realizar el diagnóstico de las heridas neoplásicas, sin embargo, también se puede realizar una biopsia o una evaluación histológica. (5)

En el caso de que los signos y síntomas de la lesión, no sean suficientes para realizar un diagnóstico diferencial de la lesión, existe la posibilidad de determinar una serie de características que nos pueden hacer sospechar<sup>(4)</sup>:

- Características del paciente. La ausencia de factores de riesgo vascular o de insuficiencia venosa crónica o la presencia de factores de riesgo de aparición de heridas neoplásicas.<sup>(4)</sup>
- Morfología. La clínica de las heridas neoplásicas en su inicio se suele presentar como lesiones nodulares o en placa con tendencia a la ulceración. Por ello, si nos encontramos una úlcera con bordes elevados e infiltrados, deberíamos sospechar de la probabilidad de que sea una úlcera tumoral.<sup>(4)</sup>
- Bordes. Las características y aspecto de los bordes de la herida nos pueden indicar la naturaleza del tumor.<sup>(4)</sup>
- Localización. la presencia de una úlcera en localizaciones dónde no es común que aparezcan úlceras de otras etiologías como venosas, arteriales o por presión; nos puede hacer sospechar de la naturaleza de la herida.<sup>(4)</sup>
- Lesiones asociadas. Cuando aparece una úlcera o herida crónica debe descartarse que se trate de una úlcera neoplásica.<sup>(4)</sup>
- Lecho de la lesión. El tejido del lecho lesional suele ser un tejido frágil, donde suele ser común el sangrado de forma espontánea o ante manipulaciones mínimas. El exudado no suele ser fibrinoso, ni se aprecia tejido necrótico seco.<sup>(4)</sup>
- Evolución. Las heridas tumorales se caracterizan por su rápido crecimiento, y por no mostrar signos de cicatrización.<sup>(4)</sup>

Después de la valoración global de la persona, de la herida, y el diagnóstico, la enfermera responsable junto con el resto del equipo sanitario, además del paciente y la

familia, desarrollará un plan de cuidados que refleje los criterios de resultados y planificarán una serie de intervenciones y actividades enfermeras.(2,9)

## TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS NEOPLÁSICAS

---

El cuidado de las lesiones malignas supone un reto para los profesionales de la salud debido a la complejidad del cuidado de la lesión, y por las consecuencias no solo físicas sino también psicológicas que sufren los pacientes, familiares y cuidadoras.(2)

El tratamiento de este tipo de lesiones va a ser en su mayor parte paliativo, debido a que las lesiones malignas como norma general, no se curan. El objetivo de los cuidados paliativos será retrasar el avance de la enfermedad, optimizando la calidad de vida del paciente, abarcando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, espirituales y socioeconómicos del paciente. (3)

Existen varias opciones terapéuticas, por ejemplo (2):

- Cirugía reparadora. Busca cubrir o reparar la zona afectada, empleando técnicas comunes de Cirugía Plástica.
- Cuando el tumor está en estadios muy avanzados, son recidivados o metastásicos, se puede realizar una cirugía que ayude a controlar la hemorragia, desbridar el tejido desvitalizado o necrótico, frenar la infección y limitar el dolor; ayudando a mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Radioterapia. Reduce las complicaciones como el sangrado, olor y puede ayudar a aliviar el dolor.
- Quimioterapia. Puede ayudar a reducir el tamaño de la lesión y aliviar el dolor, pero como efecto adverso puede aumentar el sangrado.
- Electroquimioterapia. Se ha desarrollado un nuevo tratamiento que ha mostrado resultados favorables y costo-efectivos; consiste en la infiltración de los fármacos quimioterápicos, seguida de la aplicación de pulsos eléctricos que modifican la membrana celular y permiten que el fármaco penetre en las células cancerosas. Esta nueva terapia ha mostrado buenos resultados en el control de la sintomatología lesional, en la reducción del sangrado, exudado y mal olor, e incluso reducción del volumen del tumor.(8)

---

## CUIDADOS LOCALES DE LA HERIDA

---

### LIMPIEZA DE LA HERIDA

La limpieza de la herida es un paso fundamental para eliminar los productos de desecho y detritus de la herida, que favorecen la proliferación bacteriana, incrementa el olor, exudado y el riesgo de infección. (1,12)

Es muy útil la limpieza local en la ducha, pero en ese caso el profesional a cargo del cuidado de la herida deberá educar al paciente y a los cuidadores a su cargo para comprobar la temperatura del agua, además de la presión que se puede aplicar. De no ser posible por el riesgo de sangrado, se puede realizar una limpieza suave con suero fisiológico, agua destilada, hervida o del grifo; el uso de una solución u otra ha mostrado ser igual de eficaz, y no existen datos que permitan recomendar una sobre la otra. (2,9,11,13)

Se debe aplicar una ligera presión para arrastrar tejido necrótico, esfacelos, detritus celulares o restos de tratamientos anteriores, la presión recomendada es de 1 – 4 Kg/cm<sup>2</sup>, y se consigue utilizando una jeringa de 20 cc y un catéter con un calibre 19G.<sup>(2,4)</sup>

El uso de antisépticos para la limpieza de la herida es debatible, debido al riesgo de toxicidad sistémica. Los profesionales deben utilizar estos productos con precaución y conocer los riesgos e indicaciones para una práctica segura. Aunque la evidencia es baja, se puede valorar el uso de clorhexidina diluida que ha mostrado ser efectiva frente a gérmenes aerobios, anaerobios y hongos. Tras su uso es importante lavar la herida de nuevo con suero fisiológico con el fin de eliminar restos de antiséptico.(2,13)

### DESBRIDAMIENTO Y MANEJO DE LOS SIGNOS DE INFECCIÓN

El desbridamiento en las heridas es un método útil y eficaz para eliminar el tejido desvitalizado y así minimizar el riesgo de infección de la herida, ayudando al control del olor y manejo del exudado. En las heridas neoplásicas, se debe valorar el riesgo/beneficio realizar su desbridamiento. La elección del método a emplear va a depender de las habilidades del profesional encargado del cuidado de la herida, de los recursos disponibles y de los objetivos de tratamiento del paciente. (9–12)

Sin embargo, en estas lesiones se desaconseja el desbridamiento mecánico por las características de la herida, el alto riesgo de sangrado y dolor. El desbridamiento autolítico o enzimático es el más recomendable, y su objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente disminuyendo el riesgo de infección y proliferación bacteriana, sin dañar el posible tejido viable presente en el lecho de la herida; este tipo de desbridamiento es incentivado con aquellos apósitos que promuevan la cura en ambiente húmedo. (5,9,10,14,15)

Cuando existen signos de infección, es recomendable realizar un cultivo de la herida, mediante frotis con hisopo, por aspiración o mediante biopsia, para aislar a los microorganismos presentes en la lesión y orientarnos en los cuidados que requiere la herida. Cuando existe infección, se debe valorar el uso de antibioterapia tópica y sistémica, además del uso de antisépticos. Ya que por la mala vascularización de la herida se dificulta la llegada de los antibióticos sistémicos. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el uso abusivo de la antibioterapia, puede conllevar a un aumento de las resistencias y ocasionar náuseas y vómitos. (2,4,9–11,13)

En el caso de los antisépticos, se debe evitar utilizar soluciones iodadas, mercuriales o violeta de genciana, debido a que tiñen la herida, dificultando la valoración de la misma, y además la resecan produciendo tirantez, especialmente en heridas de gran tamaño. (4,9)

Se recomienda el uso de gluconato de clorhexidina, que tiene un amplio espectro de actuación, siendo efectivo frente a gérmenes aerobios y anaerobios, además de hongos, pero tenemos que tener en cuenta que tiene un elevado efecto residual, por lo que tras su uso se debe realizar un lavado con suero fisiológico. (2,4,9)

#### GESTIÓN DEL EXUDADO Y CUIDADO DE LA PIEL PERILESIONAL

El exudado genera fuga de líquido, sensación de suciedad, mal olor, deterioro de la piel perilesional, además de picor e irritación aumentando el riesgo de infección; lo que obliga al paciente a realizar cambios de apósitos frecuentes. Representa una gran angustia para el paciente además de un aumento de la carga del cuidador. El tejido necrótico y el tamaño de la herida suponen el mayor problema para el manejo del exudado en este tipo de heridas. (10,12,14,16)

El manejo del exudado depende principalmente de la colocación de materiales adaptables que sean adecuados para el tamaño y la ubicación de la herida. El uso de apósitos modernos como espumas, alginatos e hidrofibras es recomendable para este tipo de heridas, ya que son menos voluminosos que los tradicionales, y ayudan a que los pacientes los acepten. (10,11,15,16)

La elección del apósito debe controlar el exudado sin secar el lecho de la herida: (13)

- Los hidrogeles son para herida secas y esfaceladas con pequeñas cantidades de exudado y pueden proporcionar un alivio refrescante para las úlceras dolorosas.
- Los hidrocoloides se aconsejan en heridas que presenten exudado de leve a moderado ya que permiten el desbridamiento autolítico de la herida. Al retirarlos se debe tener cuidado para que el tejido friable del lecho de la herida no se desprenda.
- Los alginatos se recomiendan en el caso de heridas altamente exudativas.

#### CUIDADO DE LA PIEL PERILESIONAL

Un exudado abundante en ocasiones complica la herida, su manejo es engorroso y suele requerir cambios frecuentes de apósitos para prevenir la maceración y escoriación de la piel perilesional que puede contribuir al agrandamiento de la herida.<sup>(4,14,17,18)</sup>

Las grandes cantidades de exudado, además del uso de apósitos muy oclusivos para su control, pueden ocasionar la maceración de la piel perilesional. Para su cuidado se recomienda el uso de productos barrera en forma líquida, en pasta o sólidos. En el caso de pieles muy frágiles se pueden emplear productos no adhesivos, con el objetivo de evitar causar un mayor trauma en la zona de la lesión Cuando seleccionemos un tipo de apósito, el objetivo que debemos conseguir es reducir la irritación y la descamación de la piel como consecuencia del cambio frecuente del vendaje; por ello es preferible el uso de mallas de sujeción tubulares. (5,11)

En relación al cuidado de la piel perilesional, se recomienda mantenerla limpia e hidratada; el uso de pomadas a base de vitamina A y D, pomadas de óxido de Zinc, o aceites a base de silicona que proporcionen una buena hidratación.(2,12)

#### CONTROL DEL MAL OLOR



El mal olor de las heridas es muy desagradable, y es una fuente importante de ansiedad. El olor que produce la colonización polimicrobiana y desechos metabólicos, puede llegar a impregnar la ropa, los muebles y el entorno generando una respuesta visceral e influyendo en la calidad de vida del paciente y limitar la convivencia social (familia, amigos, trabajo), favoreciendo el aislamiento social. (8,9,11,12,14,19)

Para clasificar la intensidad del olor, se puede utilizar la siguiente clasificación: <sup>(2,4)</sup>

- Grado 0: Sin olor
- Grado I: Olor percibido solo al descubrir la herida
- Grado II: Olor percibido sin descubrir la herida
- Grado III: Olor fétido y nauseabundo

Las intervenciones para el control del olor, requieren de un análisis previo que tengan en cuenta las necesidades del paciente, con el fin de mejorar su calidad de vida. Su manejo debe incluir el manejo del olor y el tratamiento de su etiología. (11,12)

La etiología del mal olor no está clarificada, pero se ha propuesto a que se debe a la presencia de tejido desvitalizado que proporciona un ambiente adecuado para la proliferación bacteriana. El mal olor que caracteriza a las heridas neoplásicas se ha asociado con la presencia de DMTS, los ácidos grasos volátiles asociados a las bacterias anaerobias que proliferan en el tejido necrótico de las heridas, se combinan con las aminas y diaminas, como cadaverina y putrescina. <sup>(8,14,17)</sup>

Uno de los pilares en el tratamiento del mal olor será el desbridamiento, la limpieza de la herida, y la aplicación de antibioterapia tópica y sistémica que nos permitirán reducir la carga bacteriana causante del mal olor. (11)

Otros tratamientos que han mostrado ser eficaces en el manejo del mal olor son: (5,8,12,19)

- Uso de apósitos de plata, las nanopartículas presentes se unen a las paredes celulares bacterianas y aumentan la permeabilidad de la membrana, además de la producción de especies de oxígeno reactivas, que conducen a las bacterias a la muerte celular.

- Se ha demostrado que la eficacia de los apósitos de carbón activo, se debe a que las partículas de carbón crean un área de absorción de los químicos volátiles liberados por la herida.
- La miel ha mostrado también propiedades antibacterianas; el bajo pH de la miel produce la liberación de especies reactivas de oxígeno bactericida, además su alta osmolaridad produce la deshidratación de las bacterias, lo que las conduce a la muerte celular. Se ha comprobado que es también eficaz desactivando las proteasas, favoreciendo la cicatrización de la herida.
- Uso de metronidazol tópico y sistémico. Su uso de forma sistémica puede tener algunos efectos adversos como náuseas y neuropatía. Y su efectividad se puede ver reducida por la mala vascularización de la lesión.
  - Pautas de metronidazol:
    - Tópico, en concentraciones de 0'75-0'8%, 1 – 2 veces/día, durante 7 días
    - Sistémico, 400 mg 3 veces/día, durante 7 días

Si la respuesta es positiva, considerar alargar el tratamiento otros siete días.

Si tras la primera pauta, el mal olor persiste, se puede considerar repetir la pauta otros siete días más. Si con eso no es suficiente y el mal olor sigue presente, se puede pautar un tratamiento indefinido:

- Metronidazol sistémico, 200 mg, 2 veces/día
- Metronidazol tópico, 1-2 veces/día, en los cambios de apósito

Otras medidas para el control del olor, es el uso de productos desodorantes, por ejemplo colocar arena para gatos bajo la cama, o el uso de aceites de aromaterapia o velas. Estas medidas deben ser propuestas con tacto, ya que pueden ser ofensivas para el paciente o la familia. <sup>(5,11-13)</sup>

## CONTROL DEL SANGRADO

Los procesos de hemostasia están interrumpidos por la infiltración de las células tumorales, como consecuencia es común el sangrado de la herida. El sangrado está asociado con un mal pronóstico, por lo que una identificación temprana de la causa del sangrado en las lesiones malignas, puede ayudar a evaluar e iniciar cuidados paliativos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. <sup>(14)</sup>

El sangrado es otro síntoma estresante para el paciente, como recomendación general se aconseja el uso de toallas de color oscuro si se produce sangrado, esto ayuda a disminuir el sufrimiento de la persona y su familia, gracias a que ayuda a disminuir la violencia de la imagen. (9,11,13)

Para la prevención del sangrado se recomienda el uso de apósitos no adherentes y que favorezcan la cura en ambiente húmedo, por ejemplo, apósitos de silicona o espumas de poliuretano. Es importante que en el caso de lesiones expuestas al exterior, seleccionemos apósitos poco voluminosos y que los cubramos con pañuelos o prendas de color oscuro. (9,11,13,19)

Reducir al mínimo posible la frecuencia del cambio de apósito, evitando el desbridamiento mecánico como consecuencia de la retirada de apósito; además antes de la retirada, es aconsejable humedecer los apósitos, saturándolos y evitando la adherencia al lecho de la herida. En estos casos, prevenir la desecación de la herida es importante, los hidrogeles, apósitos de silicona o hidrocoloides, nos ayudarán a mantener la humedad en el lecho de la herida. (5,7,9,11,13,18,19)

Cuando el sangrado es ligero, como medida general se recomienda ejercer presión local directa con una gasa estéril, fría y húmeda durante, 10-15 minutos, evitando ocasionar dolor innecesario.<sup>(2,5,7)</sup>

Cuando el sangrado es persistente, se puede valorar la aplicación de agentes hemostáticos tópicos o apósitos; como alginato de calcio, colágeno y celulosa; coagulantes en polvo o esponjas de gelatina absorbible o gelatina tópica. En el caso del alginato de calcio, cuando el exudado es escaso, se puede adherir a la herida causando un mayor sangrado. (5,9,10,13,18,19)

Se pueden emplear esponjas hemostáticas utilizadas en cirugía como práctica de emergencia para el control rápido del sangrado. Otra medida que podemos emplear es la cauterización de los puntos sangrantes con agentes esclerosantes como las varillas de nitrato de plata. (3,5,11,18)

Aunque hay que tener especial precaución, por el riesgo de necrosis por isquemia; el uso de adrenalina tópica en concentraciones 1:1000, es una buena medida para el control de sangrados persistentes.<sup>(5,9,18)</sup>

Otras medidas recomendadas son el uso de vendajes tópicos selladores, de fibrina, colágeno o alginato. O el uso de inhibidores de la fibrinólisis como el ácido tranexámico vía oral durante máximo diez días.(3,11)

En el caso de hemorragias graves, que no se controlen con las medidas anteriores, se pueden emplear terapias más agresivas como la sutura del vaso sangrante, embolización intravascular, cauterización eléctrica, crioterapia, infusión vascular de quimioterapia y radioterapia. Estas terapias tienen que ser valoradas por el profesional responsable de su proceso y aprobadas por el paciente, pero pueden mejorar la calidad de vida en los últimos días del paciente. (2,7,11,18)

En el caso de sangrados persistentes es recomendable comprobar los niveles de hemoglobina del paciente, para asegurarnos de que el paciente no haya desarrollado anemia, y que no es necesario realizar una transfusión. <sup>(10)</sup>

#### CONTROL DEL PRURITO

El prurito en estas heridas puede dificultar su manejo, y las evidencias sobre medidas adecuadas para su control son escasas. Es importante valorar la etiología del prurito y que diferenciamos entre el prurito de la lesión y el de la piel perilesional. <sup>(1,2)</sup>

Es importante una gestión adecuada del exudado, para conseguir un equilibrio de la humedad, y evitemos la maceración de la piel perilesional, que puede ocasionar picor. <sup>(5)</sup>

El prurito es un síntoma de difícil manejo, y no suele responder ante antihistamínicos. Una medida que ha mostrado ser útil en su manejo es la Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS), que mediante impulsos eléctricos, sobreestimulan los nervios que envían estímulos no dolorosos al cerebro, frenando los estímulos dolorosos. (1,3,11)

En el caso de que el prurito provenga de la lesión, el uso de hidrogeles puede ser adecuado para su manejo. Si existen eczemas o dermatitis en la piel perilesional, el uso de corticoides tópicos, puede ayudar a controlar el prurito, aunque la evidencia de estas intervenciones es baja. <sup>(2)</sup>

#### CONTROL DEL DOLOR

El dolor oncológico va a depender en gran medida de la enfermedad (localización, metástasis, estado evolutivo), y de los tratamientos (cirugía, quimioterapia y

radioterapia). Su manejo es una responsabilidad compartida entre los distintos profesionales de la salud, por lo que su abordaje debe de ser integral e individualizado.<sup>(2)</sup>

McCaffery definió el dolor como “el dolor es lo que el paciente dice que es”, pero a menudo subestimamos el grado de dolor que el paciente nos dice sufrir. Se considera un problema común para los pacientes que lo describen como una de las peores experiencias, generándoles angustia, problemas de sueño, limitación de la movilidad, afectación de la socialización y relaciones sociales, además de afectar al estado de ánimo.<sup>(12,20)</sup>

La valoración del dolor es fundamental, ya que nos va a permitir como profesionales entender el tipo de dolor que el paciente está experimentando y determinar el tratamiento más adecuado. Como valoración de la magnitud del dolor, la escala más empleada es la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA), esta escala se debe emplear como una herramienta objetiva y suplementaria en la valoración del paciente.<sup>(4,11,20)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que el alivio del dolor es un derecho fundamental. Y que su manejo debe seguir las pautas de la escala analgésica propuesta por ellos. El tratamiento eficaz del dolor, puede fallar por varias razones:<sup>(12,20)</sup>

- Evaluación del dolor inapropiada o nula
- Prescripción insuficiente de analgesia
- Confusión sobre el uso apropiado de apósitos y vendajes

Cuando se produce una lesión, la sensación de dolor va a ser generada por el daño tisular real o potencial; sin embargo, la respuesta al dolor puede verse modificada por los efectos psicológicos, influencias sociales y culturales. El miedo a ver la herida o al apreciar síntomas como el mal olor, fugas de exudado o sangrado, también puede alterar la percepción del dolor de la persona. La influencia de estos factores, se debe tener en cuenta para realizar una valoración holística del paciente.<sup>(20)</sup>

El tratamiento del dolor se puede abordar mediante terapias farmacológicas, terapias no farmacológicas y terapias complementarias, pero será el impacto en la calidad de vida

del paciente lo que determine las intervenciones, teniendo en cuenta la percepción individual de cada paciente y su familia:(9,12)

Algunas terapias oncológicas como la quimioterapia o la radioterapia, pueden ser útiles en el manejo de la sintomatología ayudando a aliviar el dolor; ya que pueden ayudar a reducir el tamaño de la lesión mediante la destrucción células malignas. (5,9,13,20)

El tratamiento farmacológico del dolor, ya sea el tratamiento crónico para el manejo del dolor asociado a su proceso tumoral, o el utilizado durante las curas, deben estar basados en la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para tener un punto de referencia, que nos ayude a determinar cuando el paciente necesita cambio de medicación hacia un opioide, frecuencia de administración y la administración de fármacos adyuvantes.(3,9,12,13,20)

Los métodos farmacológicos van a consistir en el uso de analgésicos y fármacos analgésicos coadyuvantes. Para que la medicación oral, realice su máximo efecto, es recomendable, establecer un horario reglado para la cura:<sup>(20)</sup>

- Se puede administrar paracetamol, solo o en combinación con otros analgésicos de mayor potencia, 1 ó 2 horas antes de la cura.
- El uso de Antiinflamatorios No Esteroides (AINEs) puede ser efectivo para reducir la sensibilidad periférica y son de gran utilidad para el control del dolor punzante tras la finalización de la cura.
- Los opiáceos orales, bucales o sublinguales son eficaces con el dolor moderado a fuerte, y su acción rápida y máxima ayuda a controlar el dolor de forma eficaz en curas invasivas o sensibles.

Se debe tener cuidado si existen contraindicaciones para la administración de estos medicamentos, sobre todo tendremos que extremar precauciones en personas mayores de 65 años y en pacientes en los que exista alguna contraindicación para tomarlos.

En el manejo del dolor local a la hora de realizar las curas se puede valorar el uso de opiáceos en gel, como el hidrogel de clorhidrato de morfina, que se emplea en concentraciones de 1 mg de mórfico, diluidos en 2 g de hidrogel. Se puede aplicar junto con el metronidazol tópico, mostrando resultados en el control combinado del dolor y el

olor. Otros anestésicos tópicos que han mostrado buenos resultados son lidocaína al 2% o gel de lidocaína y la pomada anestésica de lidocaína y prilocaína (EMLA).<sup>(2,4,5,9,20)</sup>

En el caso del tratamiento no farmacológico, las medidas para controlar el dolor van a incluir técnicas de limpieza de la herida, uso de determinados apósitos y terapias complementarias.<sup>(18,20)</sup>

- Las técnicas de limpieza de la herida van a incluir: la irrigación suave del lecho de la herida con suero fisiológico templado; evitar el desbridamiento quirúrgico y tener cuidado al limpiar con gasas estériles, ya que podemos dañar el tejido de nueva formación. (2,11,18,20)
- Apósitos: los apósitos tradicionales como las gasas no se recomiendan como apósitos primarios, ya que secan el lecho de la herida y en su retirada ocasionarían dolor. Actualmente se recomienda el uso de apósitos que favorezcan la cura en ambiente húmedo. En el caso de usar apósitos con adhesivo como los hidrocoloides, se debe tener cuidado al retirarlos. Los apósitos no adherentes de silicona son los que mejores resultados han mostrado. (5,10,20)
- Terapias complementarias: estas intervenciones deben ser proporcionadas por profesionales cualificados, desafortunadamente estas terapias tienen poca evidencia. Algunas terapias que han mostrado beneficios son la relajación y el masaje, que ayudan a reducir la tensión y la ansiedad, ayudando a mejorar la tolerancia del paciente al dolor. Otras terapias como la aromaterapia pueden ser útiles para mitigar el mal olor de la herida y crear una atmósfera más relajante (12,18,20)

---

## PROBLEMAS PSICOSOCIALES

---

La naturaleza impredecible de la sintomatología lesional, unida al tiempo de atención que requiere el cuidado de este tipo de lesiones y los sentimientos de rechazo que generan la herida, roban al paciente su autoestima e incluso sus relaciones sociales. El impacto de los síntomas afecta en todas las actividades de la vida diaria del paciente, disminuyendo su calidad de vida. En ocasiones el pronóstico de vida limitado, conlleva a no querer buscar un tratamiento para el cuidado de la herida o evaluar sus sentimientos. La presencia de las heridas, son un recordatorio constante de la

enfermedad. Algunos expertos relacionan el desarrollo de trastornos de la personalidad, ansiedad y depresión con el avance implacable del cáncer y la inminente muerte. (7,9,10,12,13)

La carencia de cuidados efectivos para el manejo de este tipo de lesiones, conlleva al aislamiento social del paciente, que requiere la intervención de un equipo multidisciplinar compuesto por oncólogos, psicólogos, especialistas en el dolor, enfermeros especializados y nutricionistas entre otros.<sup>(9)</sup>

Realizar una valoración de la red de apoyo social y familiar, será una de las intervenciones con mayor relevancia en el cuidado, teniendo en cuenta los recursos del paciente y la familia, ayudando a la potenciación de la autoestima, apoyo emocional, y dando al paciente sesiones de educación para la salud, que le permitan conseguir la mayor autonomía posible en actividades de bienestar como pueden ser bañarse, vestirse, el aseo personal, los cambios de posiciones y la alimentación.<sup>(3)</sup>

Las intervenciones psicológicas precisan la asunción de nuevas situaciones impuestas por la enfermedad que afectan directamente la imagen corporal, y como consecuencia a la autoestima, las relaciones sociales, familiares, labores, el confort psicológico y espiritual e imponen nuevas reformulaciones del estilo de vida.<sup>(9)</sup>

---

## TRATAMIENTO DE LAS LESIONES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

---

---

### RADIODERMITIS

---

El tratamiento de la radiodermatitis va a depender del grado de severidad de la misma. En la bibliografía se recomiendan numerosos tipos de cremas, pero no hay evidencia suficiente de su eficacia. Tradicionalmente estaban desaconsejadas porque se pensaba, que incrementaban la dosis de tratamiento en la piel, pero esta creencia se desmintió.

A modo de prevención se recomienda el uso de películas barrera no irritantes, que ayudan a proteger la piel sin interferir en la eficacia del tratamiento.

Otros productos recomendados y empleados en el tratamiento de la radiodermatitis son los hidrocoloides, que actúan ayudando a favorecer la cicatrización y como protección. Los corticoides se pueden emplear por su efecto antiinflamatorio.



En el caso de dermatitis exudativas, se pueden emplear apósitos absorbentes como hidrocoloides o siliconas suaves; se debe evitar el uso de cremas con base oleosa ya que pueden impedir la absorción del exudado, creando el medio perfecto para la proliferación bacteriana.

Las curas, se recomienda comenzar realizando una limpieza suave que elimine los restos de la herida, sin frotar ni rascar. En el caso de que pueda aparecer prurito se puede pautar tratamiento con antihistamínicos orales, o pomada de hidrocortisona al 1%.

---

### EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

---

Cuando se produce la extravasación de un citostático la medida principal será realizar una valoración clínica, con una anamnesis precisa que determine el tipo y volumen de agente extravasado, que va a determinar la gravedad clínica.<sup>(6)</sup>

En la exploración física, nos vamos a centrar en:

- La aparición de signos de sufrimiento cutáneo, es decir, eritema, edema flictenas, necrosis.<sup>(6)</sup>
- Valorar la existencia de síntomas que indiquen que se ha producido síndrome compartimental, como por ejemplo parestesias o frialdad en la parte distal de las manos. Se puede confirmar, si al medir la presión intracompartimental, el valor es superior a 25 mmHg.<sup>(6)</sup>

Cuando existe la sospecha de extravasación, inmediatamente se parará la infusión del tratamiento y no se lavará la vía ni se aplicará presión local, aunque mantendremos el catéter, que nos puede ser útil para aspirar el exceso de agente extravasado y para la administración del antídoto, aunque no existe evidencia acerca de la administración de antídotos específicos.<sup>(6)</sup>

El paciente tendrá que mantener la extremidad elevada de forma que se favorezca el retorno venoso, además tenemos que recomendar que movilice las articulaciones del miembro.<sup>(6)</sup>

Aplicar frío local, salvo en casos de que el agente extravasado sea alcaloides de la vinca o etopóxido, que es más recomendable aplicar calor local.<sup>(6)</sup>

La administración de AINEs intravenosos, puede ser útil para disminuir la edematización y la inflamación de la zona; pero no se recomienda la aplicación de corticoides.<sup>(6)</sup>

En casos extremos de síndrome compartimental en los que se aprecie sufrimiento cutáneo, se realizarán fasciotomías descompresivas, que eviten la isquemia y la necrosis muscular o de los tejidos blandos próximos.<sup>(6)</sup>

En las zonas con insuficiencia cutánea, el tratamiento será conservador con curas locales, buscando promover la cicatrización. En el caso de que no cicatricen, puede ser necesario realizar desbridamiento e injerto en la zona.<sup>(6)</sup>

---

## CONCLUSIONES

---

Tras la revisión de la literatura científica, podemos hacer varias afirmaciones;

El abordaje de las heridas neoplásicas supone un reto para los profesionales sanitarios encargados de su cuidado; y es que es esencial ofrecer un cuidado de calidad, basado en la evidencia que asegure el confort y el bienestar del paciente, no solo físico, sino también psicológico. Esto se consigue a través de una valoración holística y un enfoque integral que tenga en cuenta todas las necesidades del paciente, y que involucre tanto a su familia y red de apoyo social como a un equipo multidisciplinar que proporcione una atención adecuada a los pacientes con heridas neoplásicas.

Los enfermeros tienen una posición privilegiada y de gran responsabilidad, siendo capaces de mejorar la calidad de atención del paciente, gracias a que trabajan en estrecha colaboración con él y su familia; y tienen una comprensión única de sus necesidades y preocupaciones. Proporcionan una atención directa, que les permite asegurar que los cuidados básicos se realicen correctamente y de manera oportuna; además también pueden brindar apoyo emocional y educación al paciente y la familia, ayudándolos a comprender mejor la enfermedad, los tratamientos y los cuidados necesarios; ayudando a reducir la ansiedad y el estrés en relación a su problema de salud; y mejorando así su calidad de vida.

En resumen, se hace evidente la necesidad de seguir investigando sobre estas úlceras y desarrollar protocolos y guías de práctica clínica actualizadas, que ayuden a los

profesionales sanitarios, especialmente a los enfermeros, a ofrecer un tratamiento adecuado y basado en la mejor evidencia científica; prestando atención no solo a los síntomas físicos, sino también a los aspectos psicosociales que se ven afectados con el fin de mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Seco-Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. 13 de diciembre de 2019 [citado 28 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/3574671>
2. Perez Santo L, Cañadas Nuñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz M de los A, Fernández García GÁ, Moreno Noci M, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. [Internet]. Junta de Andalucía. Editores; 2015 [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2019/ulceras\\_neoplasicas\\_guia\\_completa.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/ulceras_neoplasicas_guia_completa.pdf)
3. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: Aspectos básicos del cuidado de enfermería. *Rev Repert Med Cir.* 1 de junio de 2015;24(2):95-104.
4. Cabanillas González M, Pulgarín Sobrino SB, Ananín Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía nº 4] [Internet]. Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores; 2016. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/72/GU%C3%8DA%20N%C2%BA4%20LC%20NEOPL%C3%81SICAS%20cast.pdf>
5. Vaquer LM. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. *Reg Rev Int Grup En Investig En Oncol.* 2012;1(2):52-9.
6. Guía práctica de lesiones por quemadura. [Guía Nº 5] [Internet]. 2016. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Bibliograf%C3%ADa-guia-5>
7. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds. *Nurs Clin North Am.* septiembre de 2016;51(3):513-31.
8. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care.* marzo de 2013;7(1):101-5.
9. Astudillo W. Cuidados paliativos en enfermería. 1a. ed. Donostia-San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003.
10. Dowsett C. Malignant fungating wounds: assessment and management. *Br J Community Nurs.* agosto de 2002;7(8):394-400.
11. European Oncology Nursing Society, Sebastian, Probst, Grocott P, Graham T, Georgina G. EONS. Recommendations for the care of patients with Malignant Fungating Wounds.
12. Barbosa Cespedes MA, Esquivel Diaz LP, Jimenez Ramirez ML, Gonzalez Sabogal MC. Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de

- pacientes con heridas oncológicas. *Investig En Enferm Imagen Desarro* [Internet]. 4 de diciembre de 2019 [citado 1 de mayo de 2023];21(2). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/22435>
13. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J*. 28 de mayo de 2010;7(4):214-35.
  14. Starace M, Carpanese MA, Pampaloni F, Dika E, Pileri A, Rubino D, et al. Management of malignant cutaneous wounds in oncologic patients. *Support Care Cancer*. septiembre de 2022;30(9):7615-23.
  15. Woo KY, Sibbald RG. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. *Adv Skin Wound Care*. septiembre de 2010;23(9):417-28.
  16. Grocott P. Exudate management in fungating wounds. *J Wound Care*. 2 de octubre de 1998;7(9):445-8.
  17. Vardhan M, Flaminio Z, Sapru S, Tilley CP, Fu MR, Comfort C, et al. The Microbiome, Malignant Fungating Wounds, and Palliative Care. *Front Cell Infect Microbiol*. 1 de noviembre de 2019;9:373.
  18. Matute AEG, López AC, Barroso M, Ponce MC, León RJ, Sánchez R. Cuidados del paciente con herida tumoral.
  19. Beers EH. Palliative Wound Care. *Surg Clin North Am*. octubre de 2019;99(5):899-919.
  20. Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs*. 13 de diciembre de 2001;10(Sup5):S33-56.