



## NOTA CLÍNICA

# Cuidados en el deterioro de la integridad cutánea secundaria a carcinoma ductal<sup>☆</sup>

Manuela Monleón-Just<sup>a,\*</sup>, Yolanda Rodríguez García<sup>b</sup>, Diego Ruiz-López<sup>a</sup>, Amparo Sánchez Borrego<sup>a</sup>, Ana Arroyo Crespo<sup>a</sup> y Gemma Correa Jiménez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD Legazpi), Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud General Ricardos, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 23 de enero de 2011; aceptado el 5 de abril de 2011

Disponibile en Internet el 18 de febrero de 2012

### PALABRAS CLAVE

Úlcera tumoral;  
Bienestar;  
Cuidados paliativos

### Resumen

**Introducción:** El tratamiento y cicatrización de las heridas en personas enfermas de cáncer es complejo, llevándonos potencialmente al fracaso, tanto por la naturaleza y efectos de la enfermedad oncológica, como por su proceso y tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia. Por ello, nuestra intención de evaluar la idoneidad de nuevos apósitos, como el hidrocélular trilaminar con adhesivo de gel suave, en el cuidado de la úlcera tumoral mamaria.

**Caso clínico:** Estudio de caso descriptivo sobre el uso del apósito hidrocélular trilaminar, con adhesivo de gel suave, en una úlcera tumoral mamaria secundaria a carcinoma ductal infiltrado a piel, con mama izquierda pétreo.

Se valoró: cantidad de exudado, mal olor, características de la superficie de contacto, sangrado, así como bienestar social y psicológico.

Por síntomas de disconfort, decidimos cambiar el tipo de cura tradicional con apósito de gasa por el cuidado con el apósito hidrocélular. El seguimiento fue de 6 meses, con 2 a 3 visitas semanales, donde fomentábamos el autocuidado y uso correcto del apósito.

En las primeras curas redujimos el mal olor y se mejoró la comodidad del apósito al disminuir el grosor, pues el hidrocélular daba mayor movilidad a la mujer, ajustándose mejor, y corrigiendo así también la estética. La zona de contacto de la úlcera con el apósito mantuvo la humedad idónea, controlándose el exudado, permitiendo que la mujer volviera a salir a la calle sin miedo a manchar su ropa. El suave adhesivo del apósito permitió la permanencia en contacto con la herida, y facilitó la retirada no traumática del mismo, sin mostrar dolor ni sangrado. Se logró espaciar las curas c/48 h, y 72 h al final del periodo de seguimiento.

**Conclusiones:** El uso del apósito hidrocélular trilaminar, con adhesivo de gel suave, resultó idóneo para el cuidado de la úlcera tumoral, mejorando los síntomas y la satisfacción de la persona por los cuidados recibidos.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> El trabajo ha sido presentado en formato póster en el 8.º Congreso de la SECPAL, en La Coruña, 2010.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmonleon.gapm11@salud.madrid.org (M. Monleón-Just).

**KEYWORDS**

Malignant fungating wounds;  
Comfort;  
Palliative care

**Care in the deterioration of skin integrity due to ductal carcinoma****Abstract**

*Introduction:* The treatment and healing of wounds in cancer patients complex, potentially resulting in failure, as much due to the nature and effects of the oncological disease, as to its process and the chemotherapy and / or radiotherapy treatment. For this reason we attempt to evaluate the suitability of new dressings, such as the trilaminar foam dressing with soft gel adhesive in malignant mammary wounds.

*Clinical case:* Descriptive case study on the use of trilaminar foam dressing, with soft gel adhesive, in the care of a breast tumour ulcer secondary to infiltrating ductal carcinoma of skin, with a calcified left breast. We evaluated: the amount of exudate, odour, surface characteristics of contact bleeding, and social and psychological welfare.

Due to symptoms of discomfort it was decided to change the type of traditional care (gauze dressing), into the care with the trilaminar foam dressing. The follow-up was 6 months, with 2 to 3 weekly visits, during which we promoted self-care and correct use of the dressing.

The first dressings reduced the bad odour and comfort was improved by decreasing the thickness dressing, as the hydrocellular dressing gave the women greater mobility, better adjustment and correction, and aesthetic effect. The contact zone of the wound with the dressing was kept at the ideal humidity, controlling the exudate, enabling the women to go out without fear of soiling their clothes. The soft adhesive dressing remained in contact with the wound, and was painless to remove, showing no pain or bleeding. The dressings were changed every 48 h, and 72 h at the end of the period of follow-up.

*Conclusions:* Use of trilaminar foam dressing, with soft gel adhesive, was suitable for malignant fungating wounds, improving the symptoms and the patient satisfaction with the care.

© 2011 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La incidencia y prevalencia de las heridas tumorales no está bien establecida, se estima alrededor de un 7% dentro de las unidades de cuidados paliativos, siendo las úlceras por presión las heridas más comunes entre nuestros pacientes<sup>1</sup>.

El tratamiento y cicatrización de las heridas en personas enfermas de cáncer es complejo, llevándonos potencialmente al fracaso, tanto por la naturaleza y efectos de la enfermedad oncológica, así como por su proceso y el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia<sup>2</sup>.

Se puede decir que en Cuidados Paliativos, más que la cicatrización total de la herida, lo que buscamos es el control de síntomas como: dolor, infección, olor, sangrado, exudado... para mantener el confort y calidad de vida, tanto del enfermo como del cuidador<sup>1,3</sup>. Por ello, trabajamos en un contexto de atención bio-psico-social<sup>4-6</sup> y espiritual, siendo necesaria una estrecha coordinación profesional que permita la continuidad de cuidados<sup>7</sup>.

En diferentes ocasiones, tratamientos como la radioterapia, laserterapia, quimioterapia, así como terapias hormonales son utilizados para controlar los síntomas de estas heridas<sup>8</sup>. Por el significado invasivo, en mayor o menor grado, que tienen la mayoría de este tipo de terapias, es de gran importancia una buena valoración, pues buscamos no solo el control de síntomas sino la calidad de vida, y un tratamiento invasivo, puede tener un efecto no deseado de ulceración cutánea<sup>9</sup>, no consiguiendo con ello minimizar el problema.

Por ello, en ese momento nos centramos en mejorar los síntomas provocados por la herida tumoral, y viendo la no

respuesta a otros tipos de curas utilizadas en el domicilio, nos propusimos evaluar la idoneidad del apósito hidrocelular trilaminar, con adhesivo de gel suave, en la úlcera tumoral mamaria.

**Caso clínico**

El estudio de caso descriptivo sobre el uso de este apósito en el cuidado de una úlcera tumoral que aquí exponemos es el de Dña. Antonia: mujer de 88 años, diagnosticada de carcinoma ductal de mama izquierda desde 2005, tratada con quimioterapia, con infiltración dérmica observable desde febrero de 2009, estadio IV, presentando mama en coraza, con ligero linfedema en brazo izquierdo.

La enferma vive junto a su hija y su yerno. Su hermano reside en el mismo edificio, y comparte con su sobrina el cuidado de Antonia. Es una familia con buena relación, donde los nietos también colaboran cuando el trabajo se lo permite.

La paciente tiene otro hijo, residente en Salamanca, lugar donde a menudo viajaba para verle. Mientras tanto, el contacto es telefónico y frecuente, existiendo una estrecha relación entre ellos y el resto de la familia.

Debido a los últimos síntomas de disconfort provocados por la herida tumoral, sobre todo al manchado de su ropa y al mal olor, Dña. Antonia ha dejado de salir de casa y evita las visitas de sus amigas y vecinas con las que solía verse. Esto está influyendo en sus viajes a Salamanca, pues no quiere que sus nietos de allí la vean así («no quiero que sientan cómo huelo»).

El tiempo de seguimiento fue de 6 meses (octubre 2009/marzo 2010), y el cuidado se realizó de forma coordinada entre la enfermera del Centro de Salud y la del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), con el apoyo de la cuidadora principal, hija de la paciente estudiada.

Se valoró:

- Barthel, como índice que nos informa del nivel de autonomía de la persona, dando 5 niveles (independiente, dependiente leve, dependiente moderada, dependiente total)
- *Palliative Performance Status* (PPS), como índice para valorar el impacto de la enfermedad en la paciente y su pronóstico. Consta de 11 niveles de resultado, desde 0 que sería fallecido a 100 que sería el mejor pronóstico de días de vida.
- Dolor, a través de Escala Visual Analógica (EVA): de 0 a 10, donde 0 es no tener dolor y 10 el dolor mayor.
- Exudado, por tamaño de manchado sobre apósito y a través de la ropa; si era superior al apósito empleado, y/o afluyendo al exterior del apósito y/o ropa.
- Olor, mediante la percepción desagradable de la enferma, cuidadora y/o enfermera.
- Superficie de contacto, observando la hidratación y coloración del lecho ulceral y periulceral.
- Infección, buscando signos de sobreinfección como: el aumento del enrojecimiento, calor, dolor, inflamación cutánea, etc.
- Sangrado, evidenciado por la presencia activa de sangre durante las curas.
- Disnea, medida por la escala numérica: 1 (gran esfuerzo: baño), 2 (esfuerzo medio: deambulación en casa), 3 (reposo).
- Relación social, a través de salidas del domicilio y/o la recepción de visitas externas en su casa.
- Estado psicológico, en busca de depresión a través de la pregunta «¿Está usted deprimida?»<sup>10</sup>.

Todos estos datos se recogieron en la historia clínica.

A la valoración inicial, Dña. Antonia presenta una autonomía aceptable (Barthel 85) se baña y asea sola, presenta buena higiene general y es autónoma para su autocuidado. Deambula segura por la casa, pero para la calle ya no. Cuando reflexionamos sobre el porqué de ello, insiste más sobre el problema del exudado y del olor de la herida, que sobre la posibilidad de caída. El deterioro y pronóstico de vida viene dado con un PPS 80 con una presencia de enfermedad clara, buena ingesta y sin deterioro cognitivo (Pfeiffer 0).

Su dolor en la zona ulceral es leve-moderado (EVA 4) y solo sucede durante la cura. A veces presenta dolor osteomuscular en las rodillas, relacionado con los problemas degenerativos propios de su edad, que soluciona con 1g de paracetamol cada 8h, si lo precisa.

A nivel nutricional, realiza 3-4 ingestas adecuadas al día, que tolera bien, no presentando síntomas de náuseas, ni vómitos y/o dispepsia.

El patrón de eliminación es correcto, realizando una deposición diaria, y buen control de esfínteres. No presenta signos de disnea, ni de fatiga.

Buscando el impacto de la situación en su humor y autoestima, refiere que está tranquila, que duerme bien por



**Figura 1** Apósito de gasa de gran grosor en el hemitórax izquierdo para recoger el exudado.

las noches, y piensa que no está deprimida cuando se lo preguntamos.

Ante el cambio de sus relaciones sociales, sí que se puede constatar que su deseo de no recibir visitas es por el olor de la herida y la viscosidad del apósito de gasa para recoger el exudado, que produce un engrosamiento muy acentuado del hemitórax izquierdo (Fig. 1), pues ella misma lo verbaliza.

Las curas se realizan delante de un espejo, por deseo de la enferma, para ver la evolución de la herida.

## Úlcera tumoral

En el momento inicial se observa una herida tumoral que ocupa el hemitórax izquierdo sobrepasando la línea axilar posterior, y que presenta letalides en hombro izquierdo y región esternal próxima a mama derecha (Fig. 2figs. 2.1 y 2.2).

Gran exudado que empapa en su totalidad 5 gasas tamaño compresa, traspasando la camisa que lleva puesta.

Acompaña un olor desagradable, que se percibe en la casa sin destapar la herida.

La piel periulceral está levemente afectada por el mismo tumor, por lo que se ha venido utilizando un apósito de malla de silicona para evitar la adherencia de la gasa al lecho de la herida y la zona limítrofe.

No presenta signos de sobreinfección.

Acordamos de 2 a 3 visitas semanales, donde además del seguimiento se fomenta el autocuidado y el uso correcto del apósito.

En las primeras curas, con el lavado de la herida con metronidazol en solución, redujimos el mal olor.

Se mejoró la comodidad del apósito al disminuir el grosor del mismo (Fig. 3). Con el apósito de gasa precisaba del uso de varias (alrededor de 8-10 compresas) abultando la zona del hemitórax, detectándose a través de la ropa de la enferma.

El apósito hidrocélular dio mayor movilidad a la mujer, ajustándose mejor, reduciendo el tamaño del apósito final, y corrigiendo así también la estética. La zona de contacto de la úlcera con el apósito mantuvo la humedad idónea, controlándose el exudado, lo que hizo posible que la mujer volviera a salir a la calle sin miedo a manchar su ropa. El

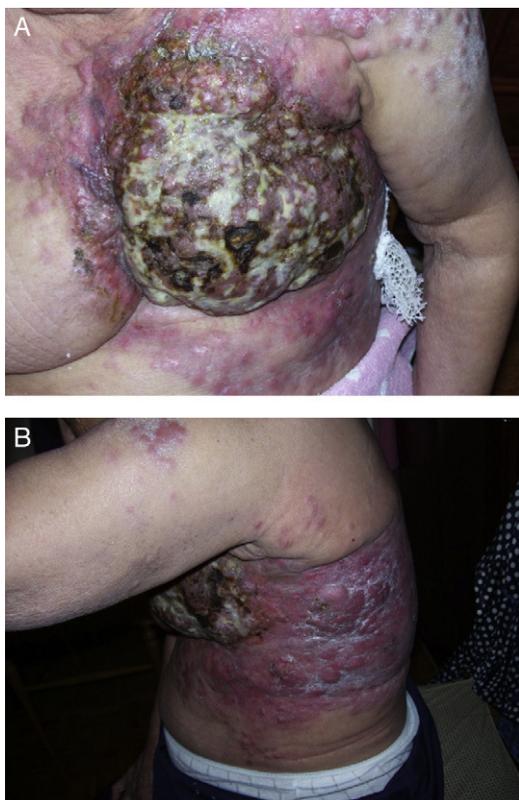


Figura 2 (A y B) Herida tumoral.

suave adhesivo del apósito permitió la permanencia en contacto con la herida, y facilitó la retirada no traumática del mismo, sin mostrar dolor ni sangrado.

Se logró espaciar las curas 48 h a los 3 meses, finalizando a los 6 meses cada 72 h; descargando a la cuidadora y a la enfermera en el cuidado de la herida.

Este control de síntomas fue objetivado por la misma enferma y cuidadora, prefiriendo seguir con este tipo de cura. Referente al estado de ánimo, no mostró signos de depresión. Volvió a viajar con su familia a Salamanca, mientras que las fuerzas se lo permitieron, ya que la enfermedad seguía su curso y mermaba su estado general. A primeros de marzo comienza su declinar, pero sigue el buen control



Figura 3 Apósito hidrocelular de menor grosor.



Figura 4 Buen control de la úlcera.

sobre la úlcera (Fig. 4), falleciendo a finales del mismo mes en su domicilio.

Durante el seguimiento presentó 2 episodios de sobreinfección que tratamos, uno farmacológicamente con amoxicilina 500 mg (1/8 h; 7 días), y otro con apósito hidrocelular trilaminar con plata, durante 10 días, mejorando visiblemente.

## Discusión

Iniciamos el cuidado de la herida con un lavado con fomento de metronidazol en solución para corregir el exceso de olor<sup>11</sup>, consiguiendo reducir al máximo este síntoma desagradable, pues debido a la necrosis que se produce en la zona por cambios vasculares acaecidos por el tumor se provoca una hipoxia en los tejidos<sup>12</sup> que, con el catabolismo lipídico resultante, lleva al aumento de microorganismos que producen ácidos grasos volátiles que dan como resultado ese mal olor<sup>13,14</sup>.

Después del secado cuidadoso de la herida para evitar el sangrado y maceración por exceso de humedad, cerramos la herida con apósito hidrocelular trilaminar para mejorar la absorción del exudado, común a este tipo de heridas por la mayor permeabilidad vascular al fibrinógeno y otros componentes sanguíneos, provocando extravasación de fluidos que componen el exudado.

La importancia de una correcta elección del apósito es esencial no solo para controlar los síntomas físicos que lleven al confort, sino para mejorar el bienestar psicológico y social de la persona<sup>1</sup>, pues mejorando la estética lleva a la adaptación de la propia persona a su herida, normalizando la situación por la que está pasando. No olvidemos que la úlcera tumoral es esa gran parte visible del cáncer<sup>14</sup>. Además, necesitamos apósitos que controlen síntomas como el dolor, olor y exudado, etc. y disminuyan la necesidad del cambio. Estamos de acuerdo con Álvarez et al. desaconsejando el uso de la gasa y similares como apósito primario en este tipo de curas, por su limitada capacidad de absorción, junto con el problema de adherencia a la herida, produciendo dolor y sangrado en las curas. Sugerimos apósitos que ofrezcan máxima absorción, con adherencia delicada a la herida, como los hidrocelulares con adhesivo de gel

suave o con silicona, dándonos mejor resultado en este caso que las las hidrofibras y alginatos muy utilizados en heridas exudativas<sup>15</sup>.

Existen experiencias que indican el apósito con plata para el tratamiento de úlceras altamente colonizadas, no clínicamente infectadas; quizás podríamos hablar de una especie de «profilaxis»<sup>1</sup>. Nosotros así lo hemos hecho, y la respuesta ha sido satisfactoria.

En el seguimiento de las heridas, debemos ser sistemáticos en la re-valoración del dolor, por lo que el uso de escalas validadas se hace necesario<sup>1</sup>, pues el dolor intenso está relacionado con el aumento de distrés y síntomas depresivos<sup>16</sup>.

## Conclusiones

El uso del apósito hidrocélular trilaminar, con adhesivo de gel suave, resultó idóneo para el cuidado de la úlcera tumoral, mejorando los síntomas y el agrado de la persona y de su cuidadora por los resultados obtenidos; disminuyó los cambios de apósito y espació las curas, controló el sangrado, y junto al metronidazol controló el olor.

## Agradecimientos

A Dña. Antonia y a su familia, por colaborar en el seguimiento fotográfico de su herida, y permitirnos utilizar este material para la mejora profesional en los cuidados de las úlceras tumorales.

## Bibliografía

- Alvarez OM, Kalinski C, Nusbaum J, Hernández L, Pappous E, Kyriannis C, et al. Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *J Palliat Med.* 2007;10:1161-89.
- Payne WC, Naidu DK, Wheeler Ch et al. Wound healing in patients with cancer. Published online 2008 January 11 [consultado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2206003/?tool=pmcentrez>.
- McDonald A, Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Palliat Med.* 2006;9:285-95.
- Woo JA, Maytal G, Stern T. Clinical challenges to the delivery of End-of-Life care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2006;8:367-72.
- Lyness JM. End-of-life care: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2004;12:457-72.
- Werdin F, Tennenhaus M, Schaller HE, Rennekampff HO. Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. Published online 2009 June 4 (PubMed) [consultado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691645/?tool=pmcentrez>
- Krasner DL, Sibbald RG. Nursing management of chronic wounds: best practices across the continuum of care. *Nurs Clin North Am.* 1999;34:933-53.
- Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2006;22:185-93.
- Fritz P, Hensley FW, Berns C, Harms W, Wannemacher M. Long-term results of pulsed irradiation of skin metastasis from breast cancer. Effectiveness and sequelae. *Strahlenther Onkol.* 2000;176:368-76.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. «Are you depressed?» Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry.* 1997;154:674-6.
- Kalinski C, Schnepf M, Laboy D, Hernández L, Nusbaum J, McGrinder B, et al. Effectiveness of a topical formulation containing metronidazole for wound odor and exudates control. *Wounds.* 2005;17:84-90.
- Collier M. The assessment of patients with malignant fungating wounds: Holistic approach Part I. *Nurs times.* 1997;93 Suppl 44:1-4.
- Clarke L. Caring for fungating tumors. *J Wound Care.* 1992;88:66-70.
- Piggin C, Jones V. Malignant fungating wounds: an analysis of the lived experience. *J Wound Care.* 2009;18.
- Ovington LG. The well dressed wound: An overview of dressing types. *Wounds.* 1998;10 Suppl A:1A-1A.
- Roth RS, Lowery JC, Hamill JB. Assessing persistent pain and its relation to affective distress, depressive symptoms, and pain catastrophizing in patients with chronic wounds; a pilot study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2004;83: 827-34.