

DIFICULTADES DE LAS RADIOLESIONES GINECOLÓGICAS DE LA PIEL

DONNA CATHERINE MUNRO – Enfermera Jefe, The Beatson West of Scotland Cancer Centre, 1053 Great Western Road, Glasgow, G12 0YN, 0141-301-7610, Donna.Munro@ggc.scot.nhs.uk
ANN MCLINTON – Enfermera de Programas de Desarrollo, The Beatson West of Scotland Cancer Centre, 1053 Great Western Road, Glasgow, G12 0YN, 0141-301-7649, Donna.Munro@ggc.scot.nhs.uk
Nuestro más sincero agradecimiento a la paciente que autorizó el uso de las imágenes para su publicación y para fundamentar el aprendizaje y desarrollo de los profesionales sanitarios.

MÉTODO

INTRODUCCIÓN

Existen varios factores que afectan a la gravedad de las radiolesiones de la piel, como por ejemplo, la zona del cuerpo tratada, la dosis de radioterapia, el número de fracciones de radioterapia administradas, el tratamiento concomitante (quimioterapia), la edad y cualquier comorbilidad que posea la paciente. Una parte intrínseca de la función del personal de enfermería y que representa un reto a la hora de atender a dichas pacientes es reducir en lo posible otras lesiones cutáneas y favorecer la curación satisfactoria de los tejidos (NHS, QIS, 2010). Como el mercado de los productos para la curación de las heridas se encuentra en constante evolución, resulta un reto mantenerse al día de los productos disponibles y evaluar cuáles son compatibles para su uso en radiolesiones de la piel. Como miembro del personal de enfermería, estamos obligados por el Código de Conducta del Consejo de Enfermería y Obstetricia (2008) que afirma:

"Se deberá prestar asistencia en función de los mejores datos disponibles o de la mejor práctica"

Por consiguiente, todo el personal de enfermería tiene la obligación de prestar la mejor asistencia posible y de esforzarse a la vez por mejorar constantemente los cuidados.

MÉTODO

Con el fin de ilustrar los cuidados médicos y el abordaje de una radiolesión de la piel de una paciente en concreto, hemos utilizado el abordaje de un caso clínico. Hacemos referencia y debatimos de manera más pormenorizada sobre los parámetros fisiológicos que pueden haber afectado a la manifestación de la radiolesión de la piel y sobre las consecuencias de la lesión cutánea experimentada por la paciente en relación con su calidad de vida (CdV) durante la trayectoria de la reacción al tratamiento. El objetivo del caso clínico es evaluar los beneficios y la eficacia de la aplicación de PolyMem® cuando se produce una descamación húmeda de la lesión cutánea. Utilizamos la herramienta de evaluación cutánea RTOG como método de clasificación de la lesión cutánea, el recomendado por el NHS, QIS (2010),

Tabla 1

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN CUTÁNEA RTOG	
GRADO	DESCRIPCIÓN
RTOG 0	Sin cambios visibles
RTOG 1	Eritema débil o difuso.
RTOG 2a	Eritema sensible o vivo con o sin descamación seca.
RTOG 2b	Descamación húmeda en placas; edema moderado.
RTOG 3	Descamación húmeda confluyente; edema depresible.

ANTECEDENTES

PolyMem® es un apósito relativamente nuevo para el mercado. Consiste en una lámina de espuma de poliuretano rosa hidrofílica plegada en una película de poliuretano semipermeable. La espuma contiene un surfactante no iónico que se activa con la humedad y resulta eficaz para facilitar la limpieza de las heridas, un humectante (glicerol) que evita que se seque el apósito y se adhiera al lecho de la herida, y un copolímero de almidón para favorecer las propiedades de manipulación de los fluidos de la espuma. Ha sido evaluado para su uso en otras zonas concretas del emplazamiento del tumor dentro del centro oncológico, con resultados favorables. En consecuencia, se está estudiando actualmente como un posible producto de utilidad para ser utilizado en pacientes con cáncer ginecológico que se someten a tratamiento de radioterapia y que experimentan con frecuencia radiolesiones en fases RTOG 2b Y 3. Consideramos que las características del producto cumplen la recomendación actual en cuanto a radiolesiones conforme al NHS QIS (2010) y cumplen la autorización del oncólogo responsable del cuidado y tratamiento de la paciente.

La paciente seleccionada para el caso clínico padecía un carcinoma ginecológico y tenía previsto recibir un ciclo de radioterapia radical. La paciente aceptó y prestó su consentimiento para que las imágenes tomadas por el fotógrafo médico permitieran al equipo médico y de enfermería tener un registro visual del grado y manifestación clínica de la lesión cutánea experimentada en cada fase de la lesión, la intervención realizada en la lesión cutánea y la evidencia del efecto de la intervención en relación con la limpieza y la curación de la herida y el grado de dolor experimentado.

Hay que reconocer que la paciente concreta elegida para el caso clínico tenía otros factores de riesgo intrínsecos (relacionados con la paciente) que se explican en el documento "Declaración de mejores prácticas para el cuidado de la piel de los pacientes que están recibiendo radioterapia" (NHS QIS, 2010), lo que podría haber afectado a la gravedad de la radiolesión experimentada. Dichos factores se indican en la tabla siguiente.

Tabla 2

FACTORES DE RIESGO EN LAS RADIOLESIONES DE LA PIEL EN RELACIÓN CON EL CASO CLÍNICO	
FACTOR	RIESGO
Mediana edad	La regeneración de la epidermis disminuye con la edad, lo que provoca tiempos de curación más largos, y el envejecimiento ocasiona la atrofia de la dermis.
Estado nutricional: no siempre ha llevado una dieta sana.	Es necesaria la ingesta de nutrientes adecuados para lograr la reparación óptima del tejido dañado.
Irritantes mecánicos: la paciente utilizaba una compresa para la incontinencia durante las 24 horas del día para absorber pérdidas.	La fricción puede aumentar las lesiones cutáneas y provocar el retraso de la curación.
Tabaquismo: la paciente siguió fumando durante todo el tratamiento de radioterapia.	La inhalación de nicotina a través del humo puede perjudicar la respuesta del organismo a la infección y a la curación. Asimismo, limita la capacidad transportadora de oxígeno mediante la sustitución del oxígeno por monóxido de carbono.

A la paciente le prescribieron una dosis total de radioterapia de 5040 cGy dividida en 28 dosis diarias fraccionadas de 180 cGy. Estas dosis se administraban diariamente de lunes a viernes con un descanso los fines de semana para permitir la regeneración celular y ayudar a la convalecencia física.

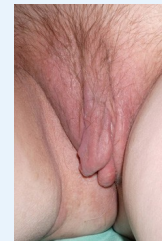
La lesión cutánea y el grado de dolor se evaluaban de media cuatro veces al día con los cambios de apósito que tenían lugar según necesidad. Se le preguntaba a la paciente en cada fase por el grado de dolor y que diera una indicación de cómo era de cómodo el apósito PolyMem®.

RESULTADOS

Durante todo el período de tratamiento, la lesión cutánea varió entre RTOG 0 y RTOG 3. Los resultados del caso clínico se presentan a continuación en orden cronológico de trayectoria de tratamiento y de la lesión con un registro visual de la lesión cutánea que presentaba, el grado de la lesión, los síntomas clínicos experimentados por la paciente y la intervención llevada a cabo para favorecer la curación y el confort de la herida.

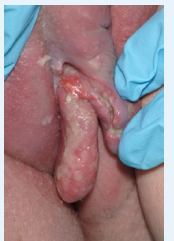
Semana 1

- RTOG 0 a RTOG 1 - eritema difuso.
- Se aplicó crema hidratante a las zonas de eritema de 2 a 4 veces al día.



Semana 2

- RTOG 2a - eritema vivo.
- Se aplicó morfina en Intrasisite Gel hasta cuatro veces al día.
- Grado de dolor 10/10.
- Después de la revisión por el oncólogo, se interrumpió la morfina en Intrasisite Gel y se comenzó con apósitos PolyMem®



N.º 9/28 de RXT

Semana 3

- RTOG 2b - descamación húmeda en placas con edema moderado.
- Grado de dolor 10/10.
- Iniciado PolyMem®.
- La zona vulvar estaba inflamada y la paciente tenía dificultades de movilidad.

24 horas después de la aplicación de PolyMem® se observó que la inflamación se había reducido, la movilidad había mejorado y la paciente afirmó que se sentía más cómoda.



N.º 13/28 de RXT

N.º 14/28 de RXT



Semana 4

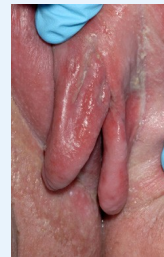
- RTOG 2b - descamación húmeda en placas con edema moderado.
- Grado de dolor 4/10.
- Se observó menos inflamación y eritema.



N.º 16/28 de RXT

Semanas 5 y 6

- RTOG 3 - descamación húmeda y confluyente.
- Puntuaciones del dolor entre 3/5 y 8/10.
- Necesidad de Oramorph 20mg antes del cambio de apósito.
- Blísteres para zona inguinal y nalgas.



N.º 22/28 de RXT



N.º 28/28 de RXT

Una revisión por parte de la enfermera especialista en viabilidad de los tejidos coincidió en que PolyMem® era la opción de apósito adecuada para la fase de la lesión cutánea. La paciente afirmó que seguía encontrando PolyMem® cómodo de usar y deseaba seguir con ello. Se negó al catéter urinario y estaba consiguiendo orinar con facilidad y era completamente ambulante.

DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Después de finalizar el tratamiento de radioterapia, continuó la evaluación de la lesión cutánea y la aplicación de PolyMem®. La paciente permaneció ingresada durante 5 días después del tratamiento. Después, la paciente pudo ser dada de alta y remitida a los Servicios de Enfermería del Distrito de la Comunidad y atendida en consulta dos veces por semana antes de reducir las revisiones de la lesión cutánea a una vez por semana. El oncólogo a cargo de la paciente le hizo una revisión durante la primera semana después del tratamiento y observó con satisfacción a la vez que con sorpresa el índice de curación de la herida alcanzado.



5 días postratamiento

11 días postratamiento

13 días postratamiento

17 días postratamiento

24 días postratamiento

DISCUSIÓN

Se escriben muchas publicaciones y trabajos sobre cuestiones de CdV en relación con las neoplasias de origen ginecológico (King & Hinds, 2003). Aparte de la enfermedad real en sí, el tratamiento de radioterapia conlleva a menudo importantes factores de riesgo que pueden afectar a la CdV, como por ejemplo, dolor o molestias, retraso en la curación de las heridas, cicatrices, inmovilidad, cansancio, incontinencia o dificultad con la micción, atrofia de las paredes vaginales, alteración del hábito intestinal, disminución del apetito sexual y problemas psicológicos (Faithfull & Wells, 2004). Es imposible predecir si las pacientes presentarán todos o alguno de estos efectos secundarios, por lo que el personal de enfermería tiene la responsabilidad profesional de conocer todos los posibles efectos secundarios y afrontarlos de la mejor forma posible. No solo proporciona así una gran ayuda a la paciente, sino que también puede ser reconfortante para la enfermera, de manera que crezca la relación enfermera-paciente.

En este caso clínico, existían factores de riesgo como, por ejemplo, la edad y la exposición a irritantes mecánicos, que era necesario conocer. La paciente tenía que usar compresas para la incontinencia urinaria debido a las frecuentes pérdidas y la fricción de estas, aunque perjudicial para la curación de las heridas, era simplemente inevitable. Conforme el tratamiento avanzaba, hubo mayor necesidad de utilizar las compresas para la incontinencia debido a la aparición de incontinencia urinaria y, como se ha aclarado antes, la paciente no deseaba que le colocaran un catéter. La paciente también era fumadora, pero no quería dejar de fumar ni tenía tampoco intención de modificar sus hábitos alimenticios. Prefería continuar con una dieta rica en grasas y baja en nutrientes.

Este caso clínico ha sido de gran ayuda para demostrar al personal de enfermería su responsabilidad a la hora de identificar y abordar los factores de riesgo que se pueden reducir y / o erradicar antes de comenzar el tratamiento. También demuestra la necesidad por parte del personal de enfermería de reconocer a los pacientes que son potencialmente más susceptibles a las reacciones graves y que necesitarán evaluaciones cutáneas e intervención con más frecuencia. Quizás sea también una lección para el personal de enfermería el hecho de que pacientes como la de este caso clínico necesite una valoración mucho más temprana en la fase de tratamiento de radioterapia que pacientes con menos o ningún factor de riesgo. También es una oportunidad importante para que el personal inicie en una fase temprana el asesoramiento y formación que las pacientes puedan necesitar con respecto a los factores de riesgo, ya que muchas pacientes desconocen cuánto pueden afectar dichos factores a las lesiones cutáneas.

No es infrecuente que las pacientes necesiten un catéter urinario, ya que experimentan dificultades para orinar, secundarias al dolor o a la retención de la orina, como consecuencia de la lesión cutánea. Además, las dificultades de movilidad son a menudo un problema importante. La paciente de este caso clínico parecía no tener ninguno de estos problemas y podía orinar cómodamente, con cierta incontinencia de tipo goteo posmiccional y pudo moverse completamente durante todo el tratamiento.

Lo que resulta interesante observar es el grado de dolor experimentado y el grado de dolor que la paciente proporcionó. El mayor grado de dolor no se correlaciona necesariamente con la gravedad de la lesión cutánea. Aunque se ha observado esto, se necesitará más experiencia con futuros casos clínicos para evaluar si PolyMem® influye directamente sobre el grado de dolor experimentado.

CONCLUSIÓN

En conclusión, los resultados de este caso clínico ponen de manifiesto los beneficios, la eficacia y la tolerancia del producto empleado y el nivel de confort alcanzado cuando se introdujo PolyMem® durante la intervención en el cuidado de la herida, tanto desde la perspectiva del cuidado de la herida, como de la curación de la herida alcanzada y de los beneficios de confort para la paciente. Parece que el uso de morfina en Intrasis Gel en este caso puede no haber sido beneficioso en la fase de la lesión cutánea en la que se utilizó, bien para alivio del dolor o para favorecer la comodidad. Por consiguiente, se recomienda que otros casos clínicos utilicen PolyMem® para el tratamiento de las radiolesiones de la piel en cánceres ginecológicos cuando la lesión cutánea alcance las fases RTOG 2b-3. Se plantea la hipótesis de que la lesión cutánea experimentada por la paciente en este caso clínico habría alcanzado RTOG 3 en una fase mucho más temprana si no se hubiese utilizado PolyMem®. No obstante, es necesario investigar más y realizar más evaluaciones con este producto para conformar una base empírica de los beneficios que se pueden lograr si se utiliza para el tratamiento de las radiolesiones de la piel.

REFERENCIAS

- Faithfull, S. and M. Wells. (2004) Supportive Care in Radiotherapy. Elsevier Limited pp. 310-312 & 376-381.
King, C.R. and Hinds, P.S. (2003) Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives. Jones and Bartlett. 2nd edition pp. 10 & 11.
NHS Quality Improvement Scotland (2010) Best Practice Statement: Skincare of patients receiving radiotherapy. NHS QIS, Edinburgh pp. 12-34.