

Ana Belén Fernández Guerra*
Inés Calero Pla

Enfermeras Atención Domiciliaria. Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: afernandezirina@gmail.com (Ana Belén Fernández Guerra).

Recibido el 25 de julio de 2023; aceptado el 2 de agosto de 2023.

Cáncer de mama con metástasis cutánea: caso clínico y cuestionamiento ético

Breast cancer with skin metastasis: clinical case and ethical questioning

RESUMEN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente y la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. Este tipo de cáncer constituye un importante problema de salud, tanto por su incidencia y mortalidad como por sus repercusiones físicas, psicológicas y económicas. Los programas de cribado y diagnóstico precoz, así como la mejora de los tratamientos, favorecen de manera significativa el pronóstico y la supervivencia a la enfermedad. Pero cuando se detecta de manera tardía, ya sea por fallo del sistema o por dejadez de la persona, surge el problema moral, la dicotomía entre tratar de curar a pesar de los efectos secundarios negativos de los tratamientos o aplicar medidas paliativas procurando mejorar la calidad de vida. A continuación, presentamos un caso clínico de una mujer de 78 años con cáncer de mama con diseminación cutánea y ulceración. Se revisa el tema: incidencia, evolución, mortalidad, linfedema, calidad de vida, decisiones anticipadas y atención paliativa.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama, final de vida, bioética, enfermería, atención a domicilio.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common type of cancer and the fifth leading cause of cancer death in women worldwide. This type of cancer constitutes a major health problem, both due to its high incidence and mortality and its physical, psychological and economic. Screening programs and early diagnosis, as well as improved treatments, significantly improve the prognosis and survival of disease. But when it is detected late, either due to system failure or neglect of the person, the moral problem arises, the dichotomy between trying to cure despite negative side effects of treatments or applying palliative measures trying to improve the quality of life, life despite anticipating that it will be short. Below we present a clinical case of a 78-year-old woman with skin dissemination and ulceration breast cancer. The subject is reviewed: incidence, evolution, mortality, lymphedema, quality of life, early decisions and palliative care.

KEYWORDS: Breast cancer, end of life, bioethics, nursing, home care.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, y la segunda causa de muerte por cáncer, tras el de pulmón. La incidencia de metástasis cutáneas por este tipo de neoplasia asciende hasta el 23,9%¹. Según los últimos datos recogidos por el European Cancer Information System en 2020, se diagnosticaron un total de 34.088 nuevos casos. Se estima que al nacer, 1 de cada 8 mujeres desarrollará cáncer de mama; la franja de edad de 45-65 años es la de mayor incidencia, probabilidad que aumenta a media que la mujer envejece. Un 30% de las pacientes que recibieron un diagnóstico temprano presentará recaída con metástasis en los siguientes 5 años. La supervivencia de estos pacientes ha experimentado un fuerte ascenso en los últimos años, solo en España 6.500 mujeres al año fallecen por esta causa².

La medicina ha logrado desarrollar técnicas y tratamientos con el objetivo de mejorar la supervivencia de la población, aun a expensas de

aparecer la cronicidad y la dependencia, llevando al profesional sanitario a la obstinación terapéutica y, como residuo de la filosofía curativa de principio de siglo, al poder de salvar vidas. Nuevos tratamientos, como las terapias hormonales e inmunológicas, están destinados a controlar el cáncer haciendo de la enfermedad un estadio de cronicidad no necesariamente letal. Este período provoca en el paciente una mezcla y fluctuación de emociones, que pasan de la esperanza a la desolación, de la tristeza y el miedo a la gratitud por vivir. Se abre el debate sobre la eutanasia y su regulación legal como tema en auge en los comités de ética: se deja de lado la visión paternalista de la medicina, se escucha al paciente y se le implica en las decisiones respecto a los cuidados de su salud que, por sí mismo, tiene efecto terapéutico³. Asumir su decisión y emprender un camino de respeto mutuo tiene como base la honestidad de la relación sanitario-paciente centrada en una comunicación efectiva. Evitar el empecimiento terapéutico en estos enfermos corresponde a la "adistancia", en la que se suprimen las medidas desproporcionadas, con ello tácitamente se está aceptando una eutanasia pasiva, en la cual se dejan

de aplicar medidas fútiles y el enfermo fallece como consecuencia de la enfermedad o complicaciones que sufre⁴.

“Hay que examinar si los medios terapéuticos disponibles son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte”, Juan Pablo II.

➤ CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años, consciente e orientada, que es derivada en ambulancia al centro de atención primaria por desvanecimiento en la calle. Sin antecedentes de interés.

En la consulta de atención continuada se descubre lesión cutánea en mama izquierda de 8 cm de diámetro que sugiere neoplasia maligna de mama con diseminación cutánea y ulceración (fig. 1). La paciente reconoce debilidad generalizada de meses de evolución acompañada de anorexia e importante pérdida de peso, pero pide firmemente al personal sanitario que no se la someta a más exploraciones, derivación ni consulta por especialista.

Las heridas malignas son poco comunes, constituyen entre el 5 y el 10% de todos los cánceres del mundo occidental y representan estadios avanzados de la enfermedad. Pueden aparecer en cualquier localización, pero sobre todo en el tórax y abdomen, con muy variadas manifestaciones clínicas. La más frecuente (80%) es como nódulos papulares, generalmente asintomáticos, firmes, solitarios o múltiples. Las lesiones aumentan de forma progresiva debido a que el crecimiento del tumor infiltra las capas de la piel y dan lugar a una úlcera abierta que no cicatriza, destruyendo el tejido circundante y, en el cáncer de mama, comprometiendo la pared torácica. La esperanza de vida de estos pacientes es relativamente corta y la esfera psicosocial se ve proporcionalmente afectada a la evolución de la enfermedad. Los cuidados de enfermería se orientan principalmente a minimizar su impacto sobre la calidad de vida del paciente y, de forma secundaria, al manejo del dolor, del exudado, del sangrado y del olor, así como al control de la infección y la imagen corporal^{5,6}.

Se comenta el caso en sesión clínica a su equipo de primaria, que se pone en contacto con la paciente, pero esta se niega a ser visitada en consulta por debilidad generalizada y fuerte deterioro funcional de las últimas semanas, que le dificultan el traslado al centro de salud. Se activa el servicio de atención a domicilio de primaria (ADP) y con el permiso expreso de la paciente, el equipo de ADP se desplaza al domicilio para elaborar un plan conjunto de cuidados. En la primera visita, la paciente se encarga de dejar clara su postura de no intervencionismo y esperar pacientemente la muerte.

Valoración enfermera según las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. *Necesidad de oxigenación.* a) Estado respiratorio: sin alteraciones, saturación basal de oxígeno del 97%; b) estado circulatorio: presión arterial de 99/54 mmHg, frecuencia cardíaca 98 lpm, no edemas; c) estado hematológico: se cursa petición, no datos recientes.
2. *Necesidad de comer y beber.* a) Sigue una alimentación variada, con buena ingesta hídrica, realiza 5 comidas al día, no alteración del gusto; b) buena ingesta hídrica, asegura beber 1,5 l diarios; ocasionalmente bebe alguna cerveza; c) normopeso (IMC: 24): peso 60 kg y talla 1,60 m; niega pérdida de peso reciente.
3. *Necesidad de eliminar.* a) Eliminación fecal: sin alteración, no estreñimiento ni diarrea, continente; b) eliminación urinaria: sin alteración, continente; c) menstruación: amenorrea desde los 51 años.



Figura 1. Lesión cutánea en mama izquierda de 8 cm de diámetro que sugiere neoplasia maligna de mama con diseminación cutánea y ulceración.

4. *Necesidad de moverse y mantener una buena postura.* Refiere cansancio, más acusado en los últimos meses, que no le permite realizar sus actividades cotidianas.
5. *Necesidad de dormir y descansar.* Refiere sueño reparador, sin precisar ayuda para conciliarlo.
6. *Necesidad de vestirse y desvestirse.* Autónoma, apariencia cuidada.
7. *Necesidad de mantener la temperatura corporal.* No episodios de fiebre.
8. *Necesidad de estar limpio aseado y proteger sus tegumentos.* Piel y mucosas normohidratadas y coloreadas.
9. *Necesidad de evitar los peligros.* Escasa adherencia al tratamiento farmacológico.
10. *Necesidad de comunicar.* Consciente de la enfermedad neoplásica, así como de muerte próxima, habla con aceptación.
11. *Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.* Habla de vida y muerte como parte del ciclo natural de los seres vivos. Se aferra a la religión cristiana, que combina con prácticas paganas.
12. *Necesidad de ocuparse para realizarse.* En situación de pensionista; forma parte de una asociación comunitaria en que se caracteriza por su energía y disponibilidad total para todas las actividades, pero en las últimas semanas se muestra totalmente pasiva.
13. *Necesidad de recrearse.* Soltera y vive sola, mantiene su vida social con amigas y algunos familiares (sobrinos).
14. *Necesidad de aprender.* Conoce el proceso de su enfermedad, aunque prefiere no buscar información y pide no centrar la conversación de la visita en ella.

El 29 de junio de 2021 se realiza el primer análisis sanguíneo, en el que se detecta: 4,5 g/dl de hemoglobina, hematocrito 17,0, CA 125 77 U/ml, CA 15,3 289 U/ml. La anemia constituye el hallazgo hematológico más frecuente en pacientes oncológicos. Puede comprometer la evolución de la enfermedad, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente, en la respuesta al tratamiento y, potencialmente, en la esperanza de vida. Su prevalencia puede variar entre el 30 y el 90% de los pacientes oncológicos. Esta variabilidad se ha asociado con el tipo de cáncer, el estadio tumoral, el tipo de tratamiento con citotóxicos y las comorbilidades, entre otros. La prevalencia de anemia en pacientes con cánceres hematológicos y tumores sólidos es del 60-70% y del 40%, respectivamente. La anemia podría estar presente en el momento del diagnóstico del cáncer hasta en un 40%, y el 70% de pacientes oncológicos la presentarán a lo largo de la evolución de la enfermedad⁷. Las transfusiones de sangre se usan en los pacientes con enfermedades terminales como tratamiento paliativo para los síntomas como disnea y

Tabla 1. Diagnósticos NANDA

NANDA: [00212] Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal	
NOC: [1205] Autoestima NIC: [5270] Apoyo emocional. [5340] Presencia	Actividades <ul style="list-style-type: none"> – Comentar la experiencia emocional con el paciente – Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo – Ayudar al paciente al reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza – Mostrar actitud de comprensión, aceptación y acogimiento sin pedir respuesta en la interacción – Acompañar, para fomentar su seguridad, aumentar su confianza y disminuir sus miedos
NANDA: [00165] Disposición para mejorar el sueño	
NOC: [2002] Bienestar NIC: [1850] Fomentar el sueño	Actividades <ul style="list-style-type: none"> – Establecer una rutina a la hora de irse a la cama – Ayudar a eliminar las situaciones estresantes
NANDA: [00093] Fatiga	
NOC: [0002] Conservación de la energía NIC: [0180] Manejo de energía	Actividades <ul style="list-style-type: none"> – Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia – Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga – Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía – Facilitar la alternancia de períodos de reposo y de actividad
NANDA: [00126] Conocimientos deficientes respecto a su enfermedad	
NOC: [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad NIC: [5602] Enseñanza del proceso de enfermedad	Actividades <ul style="list-style-type: none"> – Describir el proceso de la enfermedad – Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas – Explorar recursos y apoyos posibles, según cada caso
NANDA: [00046] Deterioro de la integridad cutánea	
NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas NIC: [3590] Vigilancia de la piel	Actividades <ul style="list-style-type: none"> – Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas – Vigilar el color y la temperatura de la piel

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification.

fatiga, generados por la anemia. En los pacientes con cáncer se estima una incidencia de anemia del 54%, sin embargo, las causas de disnea y fatiga suelen ser multifactoriales, y la relación de la anemia con estos síntomas no está bien definida, por lo que el beneficio de la transfusión de sangre puede ser impredecible^{7,8}. En este caso, y relacionado con sus creencias espirituales, la paciente se negó a recibir una transfusión sanguínea, pero permitió tratamiento oral de hierro.

El 12 de agosto de 2021, en la siguiente y última analítica que permite realizar, sus valores de hemoglobina son de 9,9 g/dl, con disminución de la debilidad, también presentó un leve aumento de peso (3 kg) por mayor apetencia alimenticia. Mejoró su calidad de vida de manera notable e incluso retomó sus paseos matutinos.

Durante los siguientes meses se realizaron visitas de seguimiento por parte del personal de enfermería de ADP a domicilio previo pacto con la paciente y se fue aumentando la frecuencia de estas en función de la progresión de la enfermedad, del deterioro funcional y de la lesión neoplásica hasta realizar visita domiciliaria diaria (diagnósticos NANDA; tabla 1).

La primera complicación que apareció fue el sangrado de la herida. La paciente manejaba de manera autónoma la cura de la mama con agua y jabón natural y aplicaba telas de algodón que reutilizaba. Las opciones terapéuticas ante heridas de origen neoplásicas son muy limitadas, de manera general su abordaje se basa en control de la clínica (dolor, prurito, hemorragia, infección, alteración de la imagen corporal, etc.) y tratar

de asegurar la mayor calidad de vida posible mediante los cuidados paliativos. En este caso tratamos de incorporar a sus rutinas diarias apósitos hemostáticos que la paciente de manera reiterativa rechazaba, como alternativa se logró controlar los puntos de sangrado con barras de nitrato de plata y se cambiaron las telas por gasas estériles a fin de evitar la infección. Se instruyó en la técnica de la cura a una amiga íntima que la visitaba a diario.

El dolor en la mama afectada fue en aumento. En primera instancia, el paracetamol resultaba efectivo, pero cuando no hubo suficiente se pautó combinación de tramadol con paracetamol, pero se consiguió escasa adherencia farmacológica relacionada con una visión espiritual del dolor. Se valoró aplicar parches de morfina, pero la respuesta siguió siendo negativa.

Apareció linfedema, que afectó a brazo y mano izquierda y, posteriormente, torso dorsal. Se iniciaron fomentos diarios con agua de Burow (acetato de aluminio), masaje circulatorio suave y se activó fisioterapia a domicilio. Las sesiones mejoraron la apreciación de la calidad de vida por parte de la paciente, ya que ofrecían bienestar al aliviar la presión y el edema.

Durante el proceso de deterioro y avance de la enfermedad oncológica, se estableció una relación estrecha con el personal de enfermería, lo que permitió elaborar de manera conjunta un plan anticipado de decisiones, en el que la paciente pudo expresar sus miedos, inquietudes y, especialmente,

deseos de cómo deseaba que fuese su final de vida, así como designar a un representante en caso de pérdida de consciencia, y así fue registrado en su historia clínica.

Un año y medio después de la primera visita de ADP, la paciente falleció en su domicilio. La figura de la enfermera fue clave para velar, en todo momento, por el cumplimiento de sus deseos en el final de su vida y *post mortem*.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se puede observar, en el presente caso nos encontramos con una gran dificultad de comunicación: la negativa a hablar de cáncer, así como la aplicación de tratamientos invasivos y fútiles dada la progresión tumoral con la que nos encontramos y de la que la paciente era conocedora de manera natural. En un primer momento, se mostró reacia al contacto sanitario, por el miedo atroz al intervencionismo habitual en medicina, a esa búsqueda incesante del mundo sanitario por salvar vidas, así como si un don propio de las divinidades les fuera otorgado.

Tratar con empatía y respeto, empoderar al paciente y hacerle el actor principal en su proceso, mejora las relaciones entre personal y usuario, así como la toma de decisiones anticipadas.

Ofrecer espacio para expresar las necesidades reales a los pacientes y ofrecer cuidados que prioricen bienestar mejora la sensación subjetiva de calidad de vida, a pesar de las circunstancias y del tiempo que dure el proceso.

Dejar expresar las preferencias para cuando lleguen los últimos días, sin olvidar los rituales mortuorios, facilita la tranquilidad emocional y espiritual del paciente durante la enfermedad ■

Consideraciones éticas

Los autores de este artículo, siguiendo la normativa de la LOPE D y la Declaración de Helsinki de 1975, declaran que han obtenido el consentimiento informado de la propia paciente y no se han vulnerado sus derechos, también se cuenta con el consentimiento informado de familiares en el *post mortem*.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a la usuaria las lecciones de vida durante el proceso de atención, al equipo de PADES Selva Marítima por su asesoramiento en el manejo de las curas, y al soporte diario del equipo interdisciplinar de la ADP Lloret de Mar.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Sánchez L, Gómez-Sánchez T, Arroyo-Fernández FJ, López-Gómez EA, Sáenz de Tejada Valdivia P. Lesiones cutáneas en paciente con antecedente de cáncer de mama. La importancia del diagnóstico diferencial. *Med Fam Andal*. 2017;18:71-3.
- Geicam.org. Investigación en cáncer de mama. Disponible en: https://www.geicam.org/sobre-geicam/quienes-somos?gad_source=1&gclid=EAlalQobChMI3sWdtpeKhAMV9KWDBx3lxg2HEAA-YASAAEgLZfvD_BwE
- Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. El paciente. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria*. 2008;40:97-9.
- Gutiérrez Samperio C. ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? *Cir Gen*. 2016;38:121-2.
- Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: Aspectos básicos del cuidado de enfermería. *Repert Med Cir*. 2015;24:95-104.
- García-Arpa M, Flores-Terry MA, González-Ruiz L, Franco-Muñoz M, Gómez-Díaz R. Carcinoma en coraza por cáncer de mama 17 años después. *Ginecol Obstet Méx*. 2017;85:834-8.
- García Arispe JE, Loo-Valverde M, Chanduvi W, Guillen-Ponce R, De La Cruz-Vargas JA. Anemia y supervivencia en pacientes con cáncer, un estudio peruano con seguimiento de 5 años. *Rev Fac Med Hum*. 2021;21:90-100.
- Brome Uribe AP, Roldán Tabares MD, Herrera Almanza L, Martínez-Sánchez LM. Transfusiones al final de la vida. Revisión de algunas consideraciones importantes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2021;28:47-52.