



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ÚLCERAS TUMORALES: ESTUDIO COMPARATIVO**

Elena Ibáñez Soro

Tutelado por: Miryam Inmaculada Bueno Arnau

Soria, 24 de Mayo de 2021

*“Tú eres tú, porque tú eres tú, tú eres importante hasta el último momento de tu vida, por lo tanto, yo haré todo lo posible por aliviarte cada uno de tus síntomas, pero principalmente te ayudaré a que vivas hasta que mueras”- Cicely Saunders.*

## RESUMEN

**Introducción.** Las úlceras tumorales o heridas tumorales se definen como lesiones cutáneas ocasionadas por la diseminación, propagación e infiltración de células tumorales en la piel y en el sistema vascular y linfático, llegando a producir una pérdida de vascularización y muerte tisular. Las úlceras tumorales son un reto para los enfermeros puesto que, por su etiología y su clínica particular, el tratamiento que necesitan es diferente al de otro tipo de úlceras por lo que es necesario acudir a las Guías de Práctica Clínica donde aparecen detalladamente los pasos a seguir para llevar a cabo un correcto abordaje.

**Justificación.** La elección de este tema viene justificada por el interés generado durante mis prácticas clínicas al observar como el cuidado de las úlceras es muy importante en el día a día de los enfermeros.

**Objetivo.** Comparar con el instrumento AGREE II las distintas Guías de Práctica Clínica sobre úlceras tumorales.

**Metodología.** Estudio comparativo entre distintas Guías de Práctica Clínica que se ha llevado a cabo mediante el instrumento AGREE II. Las guías han sido seleccionadas mediante una revisión bibliográfica previa, entre noviembre de 2020 y enero de 2021.

**Resultados.** Se seleccionaron tres Guías de Práctica Clínica, de ellas solamente una ha obtenido una puntuación inferior a 90 %. Las tres Guías de Práctica Clínica evaluadas basan sus recomendaciones en la evidencia y podrían ser utilizadas en la práctica clínica.

**Discusión.** Es importante destacar la escasa cantidad de Guías de Práctica Clínica sobre úlceras tumorales que se han encontrado puesto que supone un inconveniente para los profesionales sanitarios a la hora de tratar con pacientes que presentan úlceras tumorales.

**Conclusiones.** Aunque las úlceras tumorales se asocian a un proceso de muerte inminente en los 6-12 meses posteriores a su diagnóstico, es muy importante conocer cómo actuar cuando nos encontramos con pacientes que las presentan. El tratamiento que necesitan las úlceras tumorales es un tratamiento paliativo en el que se controlen los signos y síntomas.

**Palabras clave.** Úlcera tumoral, herida tumoral y malignant fungating wounds.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	3
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	4
<b>5. RESULTADOS</b> .....	7
5.1. Evidencia .....	7
5.2. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica .....	7
5.3. Signos, síntomas y cuidados enfermeros de las úlceras tumorales .....	8
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	13
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	14
Guía de práctica clínica de úlceras tumorales .....	14
7.1. Introducción .....	14
7.2. Metodología .....	15
7.3. Definición .....	16
7.4. Epidemiología .....	16
7.5. Signos y síntomas de las úlceras tumorales .....	16
7.6. Valoración integral al paciente con úlceras tumorales .....	17
7.7. Diagnóstico de una úlcera tumoral .....	18
7.8. Cuidados enfermeros que necesitan las úlceras tumorales .....	18
7.9. Algoritmo de actuación ante la sospecha de una úlcera tumoral .....	21
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	23
<b>9. ANEXOS</b> .....	I

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda.....	6
Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda.....	6
Tabla 2. Interpretación de resultados Mini Nutritional Assesment .....	17
Figura 2. Algoritmo de actuación ante la sospecha de una úlcera tumoral.....	21
Tabla 3. Cuidados enfermeros de úlceras tumorales .....	22

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

- CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
- EVA: Escala Visual Analógica
- GEG: Grupo Elaborador de la Guía de Práctica Clínica
- GPC: Guía de Práctica Clínica
- GTC: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica
- MNA: Mini Nutritional Assessement
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- TENS: Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea

## 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la población está cada vez más envejecida y con ello se ha producido un incremento de la prevalencia de enfermedades. El aumento de la incidencia de pacientes con cáncer ha hecho que también aumente el número de casos de personas con cáncer metastásico, fase en la que los pacientes pueden llegar a presentar úlceras tumorales (1)(2).

Las úlceras tumorales o heridas tumorales se definen como lesiones cutáneas ocasionadas por la diseminación, propagación e infiltración de células tumorales en la piel, en el sistema vascular y en el sistema linfático, llegando a producir una pérdida de vascularización y muerte tisular. La prevalencia de este tipo de lesión no está muy clara, pero varios estudios afirman que aparecen en el 5-10% de personas con cáncer terminal durante los últimos 6-12 meses de vida (3)(4)(5)(6).

Las úlceras tumorales pueden aparecer de diversas maneras. Suelen presentarse como un nódulo prominente con aspecto de coliflor u hongo que crece rápidamente llegando a ulcerarse. Se pueden desarrollar como resultado de un tumor primario que surge en la piel, es decir, cáncer de piel, como consecuencia de la propagación metastásica a distancia de un tumor primario que prolifera a través de las capas de la piel, mediante la propagación accidentada de células malignas en la piel durante procedimientos quirúrgicos o diagnósticos o por la mala cicatrización de heridas crónicas que se malignizan. Los tumores más comunes en originar úlceras tumorales son: cáncer de mama, cáncer de pulmón, sarcomas, melanomas o carcinomas de células escamosas (6)(7)(8)(9).

Este tipo de lesiones cursan con una clínica particular siendo el mal olor, el dolor, el exudado, la hemorragia y el prurito los síntomas físicos más característicos (9)(10)(11)(12). El mal olor se asocia a la colonización de bacterias aeróbicas y anaeróbicas que se desarrollan en el lecho de las úlceras tumorales. También se produce por la necrosis y la descamación del lecho de la herida (3). El dolor relacionado con las úlceras tumorales tiene diversas etiologías y puede ser causado por la presión del tumor en otras estructuras del cuerpo, por el daño producido en los nervios situados alrededor del tumor, por la inflamación provocada por la alteración del sistema vascular y linfático, por la exposición de terminaciones nerviosas al exterior y por los cambios de apósito en las curas (5). El exudado puede asociarse a una mayor permeabilidad dentro del tumor, la aparición de infección o de tejido desvitalizado (5). La hemorragia se produce por causas multifactoriales y es uno de los síntomas más peligrosos (3)(13). El prurito es causado por el estiramiento de la piel que irrita las terminaciones nerviosas. Se puede producir tanto en el interior de la úlcera como en la piel perilesional (5)(10).

Por otro lado, estas heridas son un recordatorio visible y constante de la enfermedad y de una muerte inminente. Producen un gran impacto psicosocial sobre el paciente y su familia llegando a ocasionar angustia, vergüenza, ira, depresión, trastorno de la imagen corporal, baja autoestima, inhibición de la sexualidad o la intimidad y estigma social (2)(3)(10)(14).

Las úlceras tumorales son un reto para los enfermeros puesto que, por su etiología y su clínica particular, el tratamiento que necesitan es diferente al de otro tipo de úlceras por lo que es necesario acudir a las Guías de Práctica Clínica (GPC) donde aparecen detalladamente los pasos a seguir para llevar a cabo un correcto abordaje (5)(14).

Las GPC se definen como “un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (15).

Para desarrollar una GPC de alta calidad, se requiere de un grupo de trabajo multidisciplinario que incluya a todos los profesionales involucrados en el proceso. La realización de la GPC es llevada a cabo por dos grupos: el Grupo Elaborador de la GPC (GEG) y el Grupo de Trabajo de la GPC (GTC). El GEG está formado por un total de 10-12 personas y está compuesto por un equipo técnico o metodológico, profesionales sanitarios o no sanitarios necesarios y pacientes o cuidadores. El GTC está formado por colaboradores expertos y revisores externos (15).

Estos documentos tienen que estar estructurados y escritos claramente. En ellos se debe incluir la justificación para la realización de la GPC donde se explican las causas por las que es necesaria la guía, los objetivos generales y específicos que se esperan obtener, las características de la población que está incluida, las características clínicas que van a ser abordadas, el ámbito o contexto de aplicación, los usuarios que pueden utilizarla y los aspectos que quedan excluidos de dicha guía (15).

Una vez aclarados los aspectos anteriores, se recomienda que la GPC sea evaluada internamente, antes de pasar al siguiente paso, para comprobar que se incluyen todos los elementos que requiere. Esta evaluación se realiza mediante el listado de verificación del instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica II (AGREE-II) (15)(16).



## **2. JUSTIFICACIÓN**

Las úlceras tumorales son un tipo de úlceras poco comunes, pero que causan un gran impacto físico y psicológico en las personas que las presentan. El abordaje de estas úlceras es muy distinto al de otros tipos de úlceras ya que la función del tratamiento va a estar encaminado al control de los signos y síntomas presentes en cada paciente.

Las GPC sobre las úlceras tumorales son escasas y los enfermeros en algunos casos no saben cómo abordar las curas de este tipo de heridas.

La elección de este tema viene justificada por el interés generado durante mis prácticas clínicas al observar como el cuidado de las úlceras es muy importante en el día a día de los enfermeros. Me he decantado por las úlceras tumorales por ser el tipo de úlcera que menos se ve en la práctica diaria, por la escasez de GPC existentes sobre dicho tema y porque el cáncer está presente cada vez en más personas siendo las úlceras tumorales, un efecto secundario de esta enfermedad.

## **3. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Comparar con el instrumento AGREE II las distintas Guías de Práctica Clínica sobre úlceras tumorales.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer los distintos signos, síntomas y cuidados enfermeros de las úlceras tumorales.
- Determinar el correcto abordaje a realizar en las úlceras tumorales.

#### 4. METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica previa con el fin de conocer la información y las GPC existentes sobre úlceras tumorales para una posterior evaluación y comparación de las guías obtenidas.

La búsqueda bibliográfica se realizó en el periodo comprendido entre noviembre de 2020 y enero de 2021. Se utilizaron las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, CINAHL, PubMed, Cochrane, Dialnet y Scopus. También se emplearon los sitios web úlceras.net, Fisterra y los portales de salud de cada Comunidad Autónoma.

En primer lugar, se hizo una búsqueda con las siguientes palabras clave: úlcera, neoplasia cutánea, herida tumoral, *ulcer*, *skin neoplasms* y *tumor wound*. Los DeCs/MeSH utilizados fueron: úlcera/*ulcer*, neoplasia/*neoplasm*, herida/*wound*.

Se utilizó el operador booleano “AND” para realizar una búsqueda más acotada y se realizaron las siguientes combinaciones de palabras clave: “úlcera” AND “tumoral”, “úlcera” AND “neoplasia”, “herida” AND “tumoral” y “*skin*” AND “*neoplasms*”.

Para delimitar la búsqueda se introdujeron los siguientes criterios de inclusión: artículos en inglés y en español y artículos con fecha de publicación comprendida entre 2010-2020. Los criterios de exclusión fueron: artículos en diferentes idiomas a los mencionados, artículos publicados anteriormente a la fecha referenciada en la inclusión y artículos referidos exclusivamente a un tipo de cáncer en concreto.

Tras la primera búsqueda los resultados obtenidos no se acercaban a los objetivos propuestos en el trabajo. En algunos de los artículos obtenidos se referían a las úlceras tumorales con el término “*Malignant fungating wounds*” por lo que se planteó hacer una nueva búsqueda con las siguientes palabras clave: úlcera tumoral, herida tumoral y *malignant fungating wounds*. Los DeCs/MeSH fueron: úlcera/*ulcer* y herida/*wound*.

La estrategia de búsqueda se cambió, se utilizó el operador booleano “AND” y las combinaciones de palabras clave que se utilizaron fueron: “úlcera” AND “tumoral”, “herida” AND “tumoral” y “*malignant*” AND “*fungating*” AND “*wounds*”.

Los criterios de inclusión también se cambiaron y pasaron a ser: artículos en inglés y español y artículos con fecha de publicación comprendida entre 2015-2021. Los criterios de exclusión no se cambiaron.

Tras la búsqueda en las bases de datos, el número de artículos encontrados y seleccionados se detallan en la (Tabla 1). Al no aparecer en las búsquedas realizadas GPC se pasó a buscar en los sitios web úlceras.net y Fisterra y en los portales de salud de cada Comunidad Autónoma.

Como resultado final se seleccionaron 25 artículos de las distintas bases de datos y 12 artículos de los sitios web mencionados y los portales de salud. Entre los artículos seleccionados se encontraban 3 GPC. De los artículos seleccionados, 2 de ellos no cumplían el criterio de inclusión de la fecha de publicación comprendida entre 2015-2021, pero se seleccionaron porque aportaban información relevante (Figura 1). Tras la lectura exhaustiva de los artículos se descartaron 6 de ellos por no aportar la información requerida para la realización del trabajo o estar repetidos.

Para llevar a cabo el objetivo general del trabajo se ha hecho un estudio comparativo entre las 3 únicas GPC obtenidas en la búsqueda, realizando la valoración de cada una de ellas con el instrumento AGREE II.

El instrumento AGREE-II, se trata de una herramienta que se utiliza para evaluar la calidad de las guías, facilita una estrategia metodológica para la elaboración de éstas y fija qué información y cómo debe ser presentada. La evaluación mediante el instrumento AGREE-II se puede llevar a cabo por el personal sanitario que quiera evaluar la guía antes de seguir sus recomendaciones en la práctica, los elaboradores de las guías para seguir la metodología adecuada y asegurarse de la calidad de éstas, los gestores y responsables de las políticas de salud para ayudarles a elegir qué guías podrían recomendarse para su uso y los educadores para mejorar la evaluación crítica entre profesionales de la salud (17).

Está formada por 23 ítems organizados en 6 dominios y 2 ítems de puntuación global (evaluación global) (17).

Los dominios que se tratan en los primeros 23 ítems son: alcance y objetivo (ítems 1-3), hace referencia al objetivo general de la guía, las características de salud específicas y la población diana a la que va dirigida; participación de los implicados (ítems 4-6), es decir, el grado en el que la guía ha sido creada por los implicados o por los interesados representando las perspectivas de las personas a los que está dirigida; rigor en la elaboración (ítems 7-14), se refiere al proceso usado para recopilar y sintetizar la evidencia, además de la manera utilizada para formular y actualizar las recomendaciones; claridad y presentación (ítems 15-17), hace referencia al lenguaje, la estructura y el formato de la guía; aplicabilidad (ítems 18-21) tiene que ver con las barreras y los factores facilitadores para la implantación de la guía, así como las medidas utilizadas para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos; independencia editorial (ítems 22-23), tiene que ver con que la formulación de las recomendaciones no se vea afectada por conflictos de interés (17).

Por otro lado, la evaluación global incluye una puntuación de la calidad general de la guía y si debe recomendarse para el uso práctico (17).

Todos los ítems utilizados están puntuados con una escala de 7 puntos (desde el 1 «Muy en desacuerdo» hasta el 7 «Muy de acuerdo»). La puntuación 1 se debe de dar cuando la información aportada es irrelevante al ítem que se está evaluando o si el concepto está poco explicado. La puntuación 7 se tiene que dar si la información es de excelente calidad y cumple completamente con todos los estándares y consideraciones definidos en el Manual del Usuario. Cuando la información sobre el ítem del AGREE II no cumpla completamente con todos los criterios o consideraciones, se otorgarán de 2 a 6 puntos. Los puntos se asignarán en función del grado de cumplimiento o calidad de la información. A medida que se cumplan más criterios y se aborden más consideraciones, la puntuación aumentará (17).

Cada dominio se evalúa de manera independiente sumando todos los puntos de los ítems que lo componen y se saca el total en forma de porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio utilizando la siguiente fórmula: (17)

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}} \times 100$$

Para conseguir la puntuación máxima posible hay que realizar la siguiente fórmula: 7 (Muy de acuerdo) x Nº ítems x Nº evaluadores (17).

Por el contrario, para calcular la puntuación mínima posible es necesaria la siguiente fórmula: 1 (Muy en desacuerdo) x Nº ítems x Nº evaluadores (17).

Pese a que las puntuaciones de los dominios se pueden utilizar para la comparación entre guías y la recomendación de su uso, el Consorcio no ha fijado unas puntuaciones que delimiten el estar entre una guía de alta y otra de baja calidad. La elección de la guía debe realizarse por el usuario que la va a utilizar (17).

Por último, tras haber completado los 23 ítems, hay que hacer dos evaluaciones globales de la guía, las cuales requieren la opinión del usuario sobre la calidad de la guía una vez tenidos en cuenta los criterios examinados en el proceso de evaluación. Además, se le pregunta al usuario si recomienda el uso de dicha guía (17).

Tabla 1. Estrategia de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

E= escogidos S= seleccionados	CUIDEN PLUS		CINAHL		PUBMED		COCHRANE		DIALNET		SCOPUS	
	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S
Úlcera AND tumoral	4	2	0	0	4	0	0	0	24	1	0	0
Herida AND tumoral	8	3	1	0	2	0	0	0	29	0	2	0
Malignant AND fungating AND wounds	1	0	17	10	14	5	2	2 (1 de 2014)	0	0	9	2
<b>TOTAL</b>	13	5	18	10	20	5	2	2	53	1	9	2
<b>TOTAL SELECCIONADOS</b>	25											

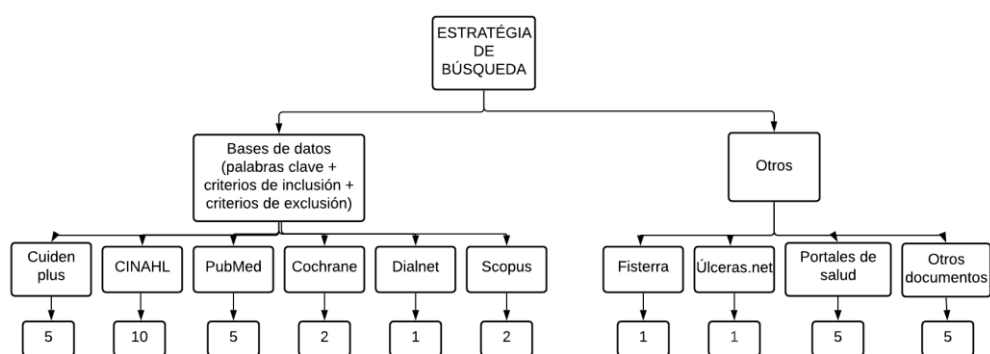


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

## 5. RESULTADOS

Tras la lectura de los artículos seleccionados y la comparación de las distintas Guías de Práctica Clínica se han obtenido los siguientes resultados. En primer lugar, los resultados obtenidos tras la evaluación mediante el instrumento AGREE II de las 3 GPC seleccionadas se pueden ver en el Anexo I.

### 5.1. Evidencia

Los métodos que han utilizado las GPC para clasificar la evidencia de las recomendaciones son: el sistema GRADE, el método CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) y un método clasificatorio por letras. La “GPC para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas de Andalucía” utilizó el sistema GRADE que se basa en clasificar la evidencia teniendo en cuenta el diseño del estudio. En este sistema de clasificación hay cuatro niveles que son: recomendación alta, recomendación moderada, recomendación baja y recomendación muy baja (18). En la “GPC de lesiones cutáneas neoplásicas de Galicia”, la evidencia se clasifica mediante el método CENETEC. La evidencia se clasifica mediante tres siglas. “E”: son aquellas recomendaciones basadas en las evidencias que aparecen en alguna GPC seguidas de una clasificación alfanumérica que demuestra la calidad del estudio y de una cita bibliográfica, “R”: son aquellas sugerencias sacadas de alguna GPC, se denota seguida de una letra que indica el nivel de recomendación (A, B, C y D) en orden decreciente según la importancia clínica o según su nivel en (alta, moderada y baja) y “BP”: son aquellas actividades que no aparecen en ninguna GPC, pero que son consideradas buenas prácticas y aparecen en otro tipo de documentos basados en la evidencia adquirida a través de revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos (19). Por último, la “*Fungating wound clinical guidance*”, clasifica la evidencia con tres letras de la siguiente manera, A: evidencia de revisiones sistémicas y/o ensayos de control aleatorios, B: evidencia de múltiples estudios inaceptables o de un estudio aceptable considerándose evidencia insuficiente o inconsistente y C: la evidencia incluye estudios publicados y la opinión de expertos, es decir, evidencia científica limitada (20).

### 5.2. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica

Tras la evaluación de la “Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas de Andalucía”, el resultado total ha sido 97,44 %, lo que demuestra que la GPC es de calidad y presenta todos los apartados que tiene que tener una GPC para que sea considerada como tal. No ha conseguido la puntuación máxima en dos de los ítems puesto que la GPC está creada en su totalidad por profesionales de enfermería pudiendo haber incluido algún profesional sanitario más (Ítem 4). Por otro lado, el otro ítem que no ha conseguido la puntuación total es el que se refiere a la explicación de la metodología utilizada para obtener toda la información que se ha utilizado para realizar la GPC, siendo esta explicación un poco escasa (Ítem 7). En cuanto a la evaluación global, la puntuación total de la calidad de la guía es de un 7 y se recomendaría su uso sin modificaciones (17)(18).

En cuanto a la “Guía de Práctica Clínica de lesiones cutáneas neoplásicas de Galicia”, la puntuación obtenida ha sido de 94,67 %, puntuación que nos informa de que la GPC es de calidad en cuanto a formato y estrategia metodológica. Los ítems en los que no ha conseguido la totalidad de los puntos han sido el ítem que se refiere a la población a la que se dirige esta GPC ya que no lo especifica bien (Ítem 3), el ítem que hace referencia a cómo se ha llevado a

cabo la estrategia de búsqueda de la evidencia ya que no aparece en la guía (Ítem 7) y el ítem en el que se evalúa si la guía ofrece criterios para la monitorización y/o auditoría ya que no lo explica claramente (Ítem 21). Respecto a la evaluación global, la puntuación de la calidad global de la guía es de un 6 siendo recomendada para su uso sin modificaciones (17)(19).

Por último, la *“Fungating wound clinical guidance”* ha obtenido una puntuación total de 76,38 % en la evaluación. Los ítems en los que no ha conseguido la totalidad de los puntos han sido el ítem que se refiere al grupo de autores que desarrollan la guía (Ítem 4), el que trata sobre si se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (Ítem 5), el que se refiere a la búsqueda bibliográfica de la evidencia (Ítem 7), en el que se evalúan las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia (Ítem 9), en el que se valoran los factores facilitadores y barreras para su aplicación (Ítem 18) y el que se refiere a si se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos (Ítem 20). Todos los ítems mencionados no han obtenido la puntuación de 7 porque no aparecen especificados en la guía o no aportan la información necesaria. En la evaluación global esta GPC ha obtenido una 5 en cuanto a la calidad global. Se recomienda su uso, pero con modificaciones en los ítems en los que no se ha conseguido la totalidad de la puntuación para completar la guía (17)(20).

### **5.3. Signos, síntomas y cuidados enfermeros de las úlceras tumorales**

Respecto al contenido de las GPC todas refieren que hay poca información sobre las úlceras tumorales y que su abordaje es completamente distinto al de otros tipos de úlceras (18)(19)(20).

Las úlceras tumorales cursan con una clínica variable y los pacientes presentan síntomas físicos y psicológicos. Los síntomas físicos más característicos son el mal olor, el dolor, el exudado, la hemorragia y el prurito (3)(5)(9)(10)(11)(12).

#### **5.3.1. Mal olor**

El mal olor se asocia a la colonización de bacterias aeróbicas y anaeróbicas que se desarrollan en el lecho de las úlceras tumorales (3)(5)(9)(21). Cuando el tejido dañado se ve privado de oxígeno debido a la mala vascularización de la zona, el tejido se necrosa y aumenta la proliferación bacteriana intensificándose el mal olor (13)(22). La presencia de esfacelos en el lecho de la herida también intensifica el mal olor (14). Tanto para los pacientes como para los familiares y el personal sanitario, es de los síntomas más difícil de controlar (10)(23). Los pacientes definen el mal olor como un olor mohoso y putrefacto, refieren que se están pudriendo por dentro (3)(10)(14). El mal olor afecta a la calidad de vida de los pacientes interfiriendo en el acto de vestir ya que se avergüenzan de que el olor pueda impregnar la ropa y puedan ser oídos por otras personas llegando a producir aislamiento social (10)(23). Les llega a producir angustia emocional, baja autoestima, sufrimiento, vergüenza, alteración negativa de la imagen corporal, depresión, náuseas y pérdida de apetito (3)(5)(14)(21)(24).

Las úlceras tumorales se pueden clasificar en cuatro grados según las características del tipo de olor que presenten:

- Grado 0: sin olor.
- Grado I: olor percibido solo al descubrir la herida.
- Grado II: olor percibido aún sin descubrir la herida.

- Grado III: olor fétido y nauseabundo (18)(19).

El mal olor es difícil de tratar puesto que no hay un tratamiento eficaz que elimine el 100 % del olor de las úlceras tumorales, sin embargo, un buen manejo de la herida, la limpieza y el uso de algunos apósitos o agentes tópicos pueden llegar a reducirlo. En primer lugar, es importante llevar a cabo una correcta limpieza de la herida mediante la irrigación a baja presión con suero fisiológico, si el paciente se puede duchar también se puede limpiar la herida con agua y jabón (5)(13)(21)(25). El desbridamiento autolítico o enzimático también es una opción para eliminar el mal olor de las úlceras tumorales (14)(20)(21). Una vez limpia la herida, hay diversos elementos que se pueden utilizar para reducir o eliminar el mal olor de las úlceras tumorales. El metronidazol tópico es un medicamento antiinfeccioso que reduce o elimina el mal olor de las úlceras tumorales que se puede utilizar tanto por vía tópica como por vía oral (12)(14)(24)(25)(26)(27). Si se aplica por vía tópica, se aplicará 1-2 veces durante 7 días. Si hace efecto se puede repetir la terapia 7 días más. Si se administra por vía oral, el paciente se tomará 400 mg, 3 veces al día durante 7-14 días. Si el olor persiste después del tratamiento, se puede utilizar metronidazol indefinidamente ya sea por vía tópica (1-2 veces/día en los cambios de apósito) o por vía oral (200 mg 2 veces/día) (9)(21), sin embargo, el uso de metronidazol en úlceras tumorales muy exudativas no es eficaz (13). Por otro lado, el uso de apósitos de carbón activado disminuye el olor ya que absorben las partículas que desprenden el mal olor (4)(5)(11)(18)(19)(22). Los apósitos antimicrobianos como los de plata, miel y yodo son otro tipo de apósitos que disminuyen el olor ya que controlan la colonización de bacterias aliviando por tanto el mal olor. Los apósitos recubiertos de plata nanocrystalina liberan cationes de plata que son altamente reactivos cuando entran en contacto con el lecho de la herida, desnaturalizando el ADN y el ARN, inhibiendo las bacterias y eliminando el olor de la herida (11)(28). Por último, otras opciones que se pueden utilizar para neutralizar el mal olor son el uso de aromas, absorbentes de olores externos, perfumes, atomizadores y carbón vegetal entre otros (5)(9)(25)(29).

### **5.3.2. Dolor**

El dolor es otro de los síntomas característicos de las úlceras tumorales, su etiología es diversa y multifactorial, es necesario realizar una evaluación holística del paciente para valorar el dolor que tiene (3)(5)(13)(14)(21). Para ello se puede utilizar la Escala Visual Analógica (EVA), escala numerada del 1 al 10 (1: sin dolor y 10: dolor insoportable) mediante la cual el paciente puede describir la intensidad del dolor que tiene (3)(5)(19). La piel es el órgano que mayor número de terminaciones nerviosas y sensoriales tiene, así como nociceptores especiales que pueden percibir lesiones mecánicas, térmicas o químicas (3). El dolor de las úlceras tumorales puede ser nociceptivo, neuropático o mixto pudiendo afectar también a las áreas psicológicas, espirituales y sociales del paciente. El dolor nociceptivo es el más común y se produce por la inflamación de las fibras nerviosas. Los pacientes definen este tipo de dolor como presión, palpitaciones y/o malestar general. El dolor neuropático, se produce como consecuencia del mal funcionamiento o alteraciones en el sistema nervioso periférico y del tratamiento con quimioterapia. Los pacientes con este tipo de dolor sienten ardor, pinchazos, hormigueo, alodinia, hipoestesia y/o hiperalgesia. El dolor mixto es cuando se produce una mezcla de dolor nociceptivo y dolor neuropático. Todos los tipos de dolor pueden ser causados por el daño de los nervios situados alrededor del tumor, por la presión del tumor en otras estructuras del cuerpo, por la inflamación producida debido a la alteración del sistema vascular y linfático, por

la exposición de terminaciones nerviosas al exterior y por los cambios de apósito en las curas (5)(14).

Todos los pacientes con úlceras tumorales tienen dolor y lo definen como un dolor punzante, continuo y sensible. Los pacientes también refieren la aparición de dolor agudo en algunas ocasiones (3)(10)(14).

Para calmar el dolor existe tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico (21). En primer lugar, en cuanto al tratamiento farmacológico varios estudios recomiendan seguir las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) referente a la medicación analgésica (9)(11)(21)(25)(30). Por otro lado, existen diferentes tratamientos dependiendo el tipo de dolor que presente el paciente. El dolor nociceptivo responde bien al paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos y los opiáceos, sin embargo, para el dolor neuropático, se recomienda el uso de fármacos como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y los ligados de los canales de calcio (gabapentina y pregabalina) (5)(14). Si las curas son muy dolorosas se recomienda medicar al paciente con un opioide de acción rápida o el uso de fentanilo sublingual antes de las curas (5)(9)(11)(13)(14)(18)(19)(20)(21)(25). Por otra parte, existen tratamientos tópicos que calman el dolor una vez aplicados en la propia úlcera. El gel de morfina tópico al 0,2 %, los parches de lidocaína de aplicación tópica (5 %) y los apósitos de hidrogel o de espuma de ibuprofeno resultan ser efectivos respecto al manejo del dolor en los pacientes con úlceras tumorales, calmando el dolor local producido por éstas (5)(9)(14)(18)(19)(20)(26)(30). Otros tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia, la terapia hormonal o una combinación de estas terapias también disminuyen el dolor ya que reducen el tamaño de la lesión, aliviando la presión sobre los nervios disminuyendo, por tanto, la superficie de los tejidos expuestos (9). En cuanto al tratamiento no farmacológico cabe destacar que es igual de importante que el tratamiento farmacológico puesto que ayuda a mitigar el dolor y a prevenir el aumento de dolor en las curas. Los cambios de apósito se recomiendan realizarlos cuando la herida lo precise realizando los mínimos cambios posibles. Humedecer los apósitos previamente a su retirada con suero fisiológico o agua evita traumatismos y reduce el dolor. Se deben utilizar apósitos sin adhesivos, cómodos y lo suficientemente grandes para abarcar toda la zona dañada. La limpieza debe realizarse siempre por irrigación para evitar traumatismos (5)(11)(18)(19)(20)(21). Por último, es importante tratar el dolor psicosocial y espiritual del paciente con terapias como relajación, masaje, hipnosis y apoyo al paciente mediante conversaciones profundas y significativas (5)(20).

### **5.3.3. Exudado**

Otro de los síntomas de las úlceras tumorales a tener en cuenta es el exudado, pudiéndose asociar a una mayor permeabilidad vascular dentro del tumor, la aparición de infección o la presencia de tejido desvitalizado. El exudado aumenta con el incremento de la carga bacteriana, cuando hay edema e inflamación y cuando se descompone el tejido necrótico. Las úlceras tumorales pueden llegar a producir hasta 1 litro de exudado al día (5)(10)(18)(19).

El exudado produce a los pacientes estrés, exacerbación y vergüenza por lo que produce un gran impacto psicológico en las personas con úlceras tumorales. La adecuada gestión del exudado es necesaria para aumentar la confianza y la comodidad de los pacientes, contribuyendo también, a la reducción del mal olor (5)(10).



Para controlar el exudado de las úlceras tumorales, las curas se realizan cuando precisan y es importante utilizar apósitos que lo absorban. Los apósitos que se utilizan cambian según la cantidad de exudado. Para úlceras con exudado escaso o nulo se utilizan apósitos antiadherentes que faciliten su retirada y que no se adhieran al tejido dañado. Este tipo de apósitos pueden ser hidrocoloides, siliconas o hidrogeles. Para las úlceras que presenten exudado moderado o abundante, se utilizan apósitos absorbentes de alginato o hidrofibra (5)(9)(11)(19)(20)(21). En heridas muy exudativas en las que el uso de apósitos no es suficiente, se pueden utilizar bolsas de ostomías para recogerlo (9)(20)(21). Es importante proteger la piel perilesional de la úlcera tumoral con cremas barrera o películas protectoras a base de vitaminas A y D y óxido de zinc para evitar que se macere (5)(9)(21).

#### **5.3.4. Hemorragia**

La hemorragia es otro de los síntomas característicos de las úlceras tumorales que hay que tener en cuenta. Las heridas tumorales siempre tienden a sangrar y la causa de la hemorragia suele ser multifactorial debido a la friabilidad del tejido y a la elevada vascularización del tumor. El sangrado de las úlceras tumorales puede ocurrir durante las curas, después de las curas o de manera espontánea (3)(5)(13)(18)(19).

Cuando las úlceras tumorales sangran, los pacientes se asustan y se agobian por lo que es importante desarrollar un plan estratégico para saber actuar en caso de hemorragia. Por otro lado, también les da vergüenza que puedan sangrar en público y que puedan ser vistos. Cuando ocurren los sangrados se pueden utilizar toallas verdes o de color oscuro para absorber la sangre y disminuir la ansiedad del paciente (5)(9)(10)(13)(20)(25)(29).

Para evitar el sangrado, es importante utilizar apósitos no adherentes, con propiedades hemostáticas y humedecerlos antes de su retirada. La limpieza de la herida debe realizarse suavemente por irrigación y sin frotar (5)(9)(18)(19)(20)(25)(29).

En caso de sangrado, para controlar la hemorragia, se aplicará presión directa con apósitos de alginato sobre la zona afectada. La aplicación de adrenalina o ácido tranexámico tópicamente en los puntos sangrantes detienen la hemorragia. En casos de sangrado persistente, se realizarán otras terapias como la cauterización del vaso, la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia o la crioterapia en la zona dañada (3)(5)(9)(11)(13)(18)(19)(20) (25).

#### **5.3.5. Prurito**

Por último, el prurito es otro de los síntomas físicos característicos de las úlceras tumorales. Se produce por el estiramiento de la piel que genera la irritación de las terminaciones nerviosas. El prurito se puede producir en el lecho de la herida y en la piel perilesional. El prurito causado en la piel perilesional se produce por la maceración de los bordes de la úlcera tumoral debido al exudado que producen (3)(5)(10)(18)(19).

Es menos común que otros síntomas, pero es difícil de manejar y los pacientes lo definen como desagradable y les genera angustia (9)(10).

Para calmar el prurito es recomendable controlar el exudado para así evitar la maceración de la piel perilesional. Por otro lado, la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS) es una intervención que ayuda a aliviar el picor puesto que estimula las terminaciones nerviosas llevando mensajes no dolorosos al cerebro anulando y deteniendo los mensajes de picor (5)(14).

La limpieza de la herida con baños tibios y compresas frías, el uso de apósitos absorbentes e hidrogeles, la protección de la piel perilesional con películas barrera y la administración de paroxetina oral 5-10 mg, mirtazapina oral 7,5-15 mg, gel de lidocaína al 2 %, loción de calamina o esteroides tópicos son algunos de los cuidados que alivian el picor de las úlceras tumorales (3)(9)(18)(19).

### **5.3.6. Síntomas psicológicos**

En cuanto a los síntomas psicológicos, las úlceras tumorales son un recordatorio visible del cáncer que producen un gran impacto psicosocial en lo pacientes, llegando a ocasionar angustia, vergüenza, ira, depresión, trastorno de la imagen corporal, baja autoestima, inhibición de la sexualidad o la intimidad y estigma social (2)(3)(5)(9)(10)(13)(14).

Las áreas psicosocial y espiritual del paciente con úlceras tumorales son áreas difíciles de examinar y trabajar. Los pacientes tienen que aprender a convivir con el sufrimiento físico y psicológico que conlleva tener úlceras tumorales y con la presencia de una muerte inminente. El impacto psicosocial que produce una úlcera tumoral puede ser variado y depende de múltiples factores. Los pacientes refieren estar pudriéndose por dentro lo que les genera una alteración en su imagen corporal y autoestima causándoles aislamiento social. La presencia de úlceras tumorales también les cohibe con sus parejas, amigos y familiares (2)(3)(5)(9)(10)(13)(14).

Para abordar este problema es importante que el equipo multidisciplinar que lleve al paciente cree un ambiente de confort y confianza con él y con la familia para que se sientan cómodos. Por otro lado, el correcto manejo de las curas de las úlceras y explicar cómo llevarlas a cabo a los pacientes y familiares, son factores que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y la capacidad de vivir adaptándose a sus necesidades (9)(10).

## 6. DISCUSIÓN

Es importante destacar la escasa cantidad de GPC sobre úlceras tumorales que se han encontrado puesto que supone un inconveniente para los profesionales sanitarios a la hora de tratar con pacientes que presentan úlceras tumorales.

De las tres GPC evaluadas, cada una ha utilizado un método diferente para clasificar la evidencia. De las tres solamente una (20) ha obtenido una puntuación inferior a 90 %, sin embargo, es una guía que con alguna modificación se podría utilizar.

En cuanto a los signos y síntomas de las úlceras tumorales la mayoría de los estudios coinciden en los mismos y las tres guías analizadas refieren que hay poca información sobre las úlceras tumorales y sobre cómo llevar a cabo su abordaje.

Para tratar el olor varios estudios (12)(14)(24)(25)(26)(27) afirman que el metronidazol por vía tópica o vía sistémica es útil para reducirlo, sin embargo, Leadbeater (13) afirma que en úlceras muy exudativas no es eficaz.

En cuanto al dolor Cornish (5) y Young (14) son los únicos que hacen referencia a los distintos tipos de dolor, nociceptivo o neuropático que pueden presentar las personas con úlceras tumorales, así como el tratamiento farmacológico que es bueno para cada tipo de dolor. Por otro lado, solamente Vaquer Montiel (9) nombra los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal como técnicas a utilizar para reducir el dolor.

Respecto al exudado Cornish (5) y Reynolds et al. (10) coinciden en que una adecuada gestión del exudado contribuye a la reducción del mal olor. Cornish (5), Vaquer Montiel (9) y Barbosa Cespedes et al. (21) destacan que es muy importante proteger la piel perilesional de la úlcera para evitar que se macere con el exudado.

En relación al prurito, Cornish (5) y Young (14) son los únicos que mencionan la TENS como terapia para aliviar el picor que presentan los pacientes con úlceras tumorales. Por otro lado, el estudio de Vaquer Montiel (9) es el único que nombra medicación oral (paroxetina 5-10 mg y mirtazapina 7,5-15 mg) para aliviar el prurito.

## **7. CONCLUSIONES**

Aunque las úlceras tumorales se asocian a un proceso de muerte inminente en los 6-12 meses posteriores a su diagnóstico, es muy importante conocer cómo actuar cuando nos encontramos con pacientes que las presentan.

El tratamiento que necesitan las úlceras tumorales es un tratamiento paliativo en el que se controlen los signos y síntomas.

La formación de los enfermeros en cuanto a las úlceras tumorales es insuficiente y uno de los motivos es debido a la escasez de GPC que hay sobre este tipo de heridas por lo que es necesario mayor investigación y la creación de GPC que ayuden a establecer un plan de tratamiento apropiado a cada paciente basado en la evidencia científica.

Debido a la escasez de GPC encontradas a la hora de realizar el trabajo, como conclusión final he decidido proponer una GPC que puede ser útil para la práctica clínica.

### **Guía de práctica clínica de úlceras tumorales**

#### **7.1. Introducción**

Las GPC se definen como “un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (15).

##### **7.1.1. Justificación**

Las úlceras tumorales son un tipo de úlceras poco comunes, con una clínica muy diferente respecto a otro tipo de úlceras. Causan un gran impacto físico y psicológico en las personas que las presentan. Los cuidados que requieren son diversos e individuales y varían dependiendo de los síntomas que presente cada paciente.

Debido a la escasez de GPC sobre úlceras tumorales que unifiquen los cuidados a realizar, en esta guía se explica una síntesis de las intervenciones disponibles para llevar a cabo en personas que presenten úlceras tumorales.

##### **7.1.2. Objetivos**

###### Objetivo general:

- Establecer un conjunto de recomendaciones para llevar a cabo con las personas que presenten úlceras tumorales.

###### Objetivos específicos:

- Determinar la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con úlceras tumorales.
- Sintetizar los cuidados enfermeros a realizar en las personas con úlceras tumorales.

##### **7.1.3. Población que se incluye en la guía**

La guía va dirigida a toda la población en edad adulta que presente úlceras tumorales.

#### **7.1.4. Población profesional a la que va dirigida la guía**

Esta guía puede ser utilizada por todos los enfermeros que se encuentren con algún paciente que presente úlceras tumorales ya sea tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

#### **7.1.5. Aspectos abordados en la guía**

Los aspectos que se van a tratar en esta guía son los siguientes:

- Definición de úlcera tumoral.
- Epidemiología.
- Signos y síntomas de las úlceras tumorales.
- Valoración integral al paciente con úlceras tumorales.
- Diagnóstico de una úlcera tumoral.
- Cuidados que necesitan las úlceras tumorales.
- Algoritmo de actuación ante la sospecha de una úlcera tumoral.
- Resumen de la GPC (Anexo IV).

#### **7.2. Metodología**

Para llevar a cabo esta GPC, se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de conocer la información y las Guías de Práctica Clínica ya existentes sobre úlceras tumorales.

La búsqueda bibliográfica se realizó en el periodo comprendido entre noviembre de 2020 y enero de 2021. Se utilizaron las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, CINAHL, PubMed, Cochrane, Dialnet y Scopus. También se emplearon los sitios web úlceras.net, Fisterra y los portales de salud de cada Comunidad Autónoma.

Se hizo una búsqueda con las siguientes palabras clave: úlcera tumoral, herida tumoral y malignant fungating wounds. Los DeCs/MeSH fueron: úlcera/*ulcer* y herida/*wound*.

Se utilizó el operador booleano “AND” y las combinaciones de palabras clave que se utilizaron fueron: “úlcera” AND “tumoral”, “herida” AND “tumoral” y “*malignant*” AND “*fungating*” AND “*wounds*”.

Para delimitar la búsqueda se introdujeron los siguientes criterios de inclusión: artículos en inglés y español y artículos con fecha de publicación comprendida entre 2015-2021. Los criterios de exclusión no se cambiaron.

Los criterios de exclusión fueron: artículos en diferentes idiomas a los mencionados, artículos publicados anteriormente a la fecha referenciada en la inclusión y artículos referidos exclusivamente a un tipo de cáncer en concreto.

Como resultado final se seleccionaron 25 artículos de las distintas bases de datos y 12 artículos de los sitios web mencionados y los portales de salud. Entre los artículos seleccionados se encontraban 3 GPC. De los artículos seleccionados, 2 de ellos no cumplían el criterio de inclusión de la fecha de publicación comprendida entre 2015-2021, pero se seleccionaron porque aportaban información relevante. Tras la lectura exhaustiva de los artículos se descartaron 6 de ellos por no aportar la información requerida para la realización de la guía o estar repetidos.

### **7.3. Definición**

Las úlceras tumorales o heridas tumorales se definen como lesiones cutáneas ocasionadas por la diseminación, propagación e infiltración de células tumorales en la piel y en el sistema vascular y linfático, llegando a producir una pérdida de vascularización y muerte tisular (2)(3)(4)(5)(6).

Las úlceras tumorales pueden aparecer de diversas maneras. Suelen presentarse como un nódulo prominente con aspecto de coliflor u hongo que crece rápidamente llegando a ulcerarse. Se pueden desarrollar como resultado de un tumor primario que surge en la piel, es decir, cáncer de piel, consecuencia de la propagación metastásica a distancia de un tumor primario que prolifera a través de las capas de la piel, mediante la propagación accidentada de células malignas en la piel durante procedimientos quirúrgicos o diagnósticos o por la mala cicatrización de heridas crónicas que se malignizan. Los tumores más comunes en originar úlceras tumorales son: cáncer de mama, cáncer de pulmón, sarcomas, melanomas o carcinomas de células escamosas (6)(7)(8)(9).

### **7.4. Epidemiología**

La prevalencia de este tipo de lesión no está muy clara, pero varios estudios afirman que aparecen en el 5-10 % de personas con cáncer terminal durante los últimos 6-12 meses de vida (2)(3)(4)(5).

### **7.5. Signos y síntomas de las úlceras tumorales**

Las úlceras tumorales cursan con una clínica particular siendo el mal olor, el dolor, el exudado, la hemorragia y el prurito los síntomas físicos más característicos (9)(10)(11)(12).

El mal olor es asociado a la colonización de bacterias aeróbicas y anaeróbicas que se desarrollan en el lecho de las úlceras tumorales. También se produce por la necrosis y la descamación del lecho de la herida (3).

El dolor relacionado con las úlceras tumorales tiene diversas etiologías y puede ser causado por la presión del tumor en otras estructuras del cuerpo, por el daño a los nervios situados alrededor del tumor, por la inflamación producida por la alteración del sistema vascular y linfático, por la exposición de terminaciones nerviosas al exterior y por los cambios de apósito en las curas (5).

El exudado puede asociarse a una mayor permeabilidad dentro del tumor, la aparición de infección o de tejido desvitalizado (5).

La hemorragia se produce por causas multifactoriales y es uno de los síntomas más peligrosos (3)(13).

El prurito es causado por el estiramiento de la piel que irrita las terminaciones nerviosas. Se puede producir tanto en el interior de la úlcera como en la piel perilesional (5)(10).

Por otro lado, producen un gran impacto psicosocial sobre el paciente y su familia llegando a ocasionar angustia, vergüenza, ira, depresión, trastorno de la imagen corporal, baja autoestima, inhibición de la sexualidad o la intimidad y estigma social (2)(5)(10)(14).

## 7.6. Valoración integral al paciente con úlceras tumorales

Para realizar una valoración holística del paciente con úlceras tumorales se realizarán distintas valoraciones entre las que se encuentran una inicial, una del estado funcional, una nutricional y una psicosocial y del entorno (19)(20)(25).

### 7.6.1. Valoración inicial

En la valoración inicial, se incluirá la historia completa y un examen físico del paciente. Además, será necesario dejar constancia de las siguientes características que se muestran a continuación:

- Etiología de la enfermedad.
- Situación actual de la enfermedad.
- Pronóstico de la enfermedad.
- Datos objetivos y subjetivos (18)(19)(25).

### 7.6.2. Valoración del estado funcional

Es importante conocer la capacidad que tiene el paciente para realizar las actividades de la vida diaria por lo que es necesario valorar el estado funcional. Para llevar a cabo la valoración de la capacidad funcional del paciente, se puede utilizar la Escala de Karnofosky (Anexo II) ya que se trata de una escala que permite valorar la capacidad funcional de los pacientes oncológicos. La puntuación varía de 0-100. Cuanto más alta es la puntuación mejor está el paciente, sin embargo, si el paciente obtiene una puntuación  $\leq 50$ , indica que el riesgo de que muera en los 6 meses siguientes es alto (19)(25).

### 7.6.3. Valoración nutricional

El patrón nutricional de los pacientes oncológicos se ve alterado por los efectos secundarios del tratamiento, el tipo y localización del tumor y por los efectos de la desnutrición relacionada con la progresión de la enfermedad siendo necesario, realizar una valoración nutricional. Se puede utilizar algún test como el *Mini Nutritional Assesement* (MNA) (Anexo III), test que se compone de dos partes en las que la primera es de cribaje y otra de evaluación global. La interpretación de los resultados es la siguiente (19)(25):

Tabla 2. Interpretación de resultados Mini Nutritional Assesement. Fuente: Elaboración propia.

CRIBAJE		EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	
12-14 puntos	Estado nutricional normal	24-30 puntos	Estado nutricional normal
8-11 puntos	Riesgo de malnutrición	17-23,5 puntos	Riesgo de malnutrición
0-7 puntos	Malnutrición	< 17 puntos	Malnutrición

### 7.6.4. Valoración psicosocial y del entorno

Las úlceras tumorales son un recordatorio visible y constante de la enfermedad y de una muerte inminente. Por tanto, es importante llevar a cabo una valoración psicosocial del paciente y del entorno que le rodea. Es necesario identificar al cuidador principal y valorar las capacidades, habilidades y recursos económicos que tiene la familia para llevar a cabo el plan de cuidados. La familia necesita ayuda y educación para realizar los cuidados del paciente por lo

que es importante crear un ambiente de respeto y confort. Se ayudará al paciente y a la familia a realizar los trámites necesarios a través del trabajador social para una mejor coordinación entre el paciente y el equipo sanitario, así como la Ley de dependencia (19)(25).

### **7.7. Diagnóstico de una úlcera tumoral**

Aunque tras la valoración de los pacientes se puede diagnosticar la presencia de úlceras tumorales, se debe realizar una biopsia y un estudio histológico de la úlcera para confirmar el diagnóstico y conocer el origen del tumor. Se suele realizar en base a la historia clínica del paciente y las características de la úlcera tumoral (8)(9)(19).

Por otro lado, es difícil establecer una serie de signos y síntomas que nos hagan sospechar que estamos ante una úlcera tumoral, pero se pueden tener en cuenta los siguientes criterios:

- Características del paciente: ausencia de signos que indiquen que la persona tiene insuficiencia venosa, factores de riesgo vascular y factores de riesgo de úlceras tumorales (paciente oncológico) (19).
- Morfología: normalmente las úlceras tumorales aparecen en forma de lesiones nodulares o en placa que acaban ulcerándose por lo que la aparición de una úlcera con bordes elevados e infiltrados, puede hacernos sospechar que estamos ante una úlcera tumoral (19).
- Bordes: el tipo de borde que presenten las úlceras nos pueden definir de qué tipo de tumor se trata (19).
- Localización: la aparición de úlceras en zonas dónde no es común que aparezcan úlceras por presión, arteriales, diabéticas y/o neuropáticas nos indican que pueden tratarse de úlceras tumorales (19).
- Lesiones asociadas: en la aparición de una úlcera o herida crónica debe descartarse la posibilidad de que sea una úlcera tumoral (19).
- Profundidad de la úlcera: las úlceras tumorales se caracterizan por la presencia de tejido de granulación muy friable, sin exudado fibrinoso o tejido seco necrótico (19).
- Evolución: las úlceras de mala evolución y crecimiento rápido nos hacen sospechar de una posible úlcera tumoral (19).

### **7.8. Cuidados enfermeros que necesitan las úlceras tumorales**

Las úlceras tumorales presentan una clínica muy distinta a la del resto de úlceras por lo que los cuidados que precisan van a ser diferentes.

Las úlceras tumorales se tienen que hacer cuando lo precise cada paciente. La limpieza de la herida debe realizarse con suero fisiológico o agua y jabón, por irrigación, sin presión y sin frotar para evitar que sangre. Una vez limpia, la cura se va a realizar según los síntomas que presente cada paciente (5)(13)(21)(25).

#### **7.8.1. Mal olor**

El mal olor es difícil de tratar puesto que no hay un tratamiento eficaz que elimine el 100 % del olor de las úlceras tumorales, sin embargo, un buen manejo de la herida, limpieza y el uso de algunos apósitos o agentes tópicos pueden llegar a reducirlo (5)(13)(21)(25). En primer lugar, una vez limpia la herida, hay diversos elementos que se pueden utilizar para reducir o eliminar el mal olor de las úlceras tumorales. El metronidazol tópico es un medicamento antiinfeccioso que reduce o elimina el mal olor de las úlceras tumorales que se puede utilizar tanto por vía



tópica como por vía oral (12)(14)(24)(25)(26)(27). Si se aplica por vía tópica, se aplicará 1-2 veces durante 7 días. Si hace efecto se puede repetir la terapia 7 días más. Si se administra por vía oral, el paciente se tomará 400 mg, 3 veces al día durante 7-14 días. Si el olor persiste después del tratamiento, se puede utilizar metronidazol indefinidamente ya sea por vía tópica (1-2 veces/día en los cambios de apósito) o por vía oral (200 mg 2 veces/día) (9)(21), sin embargo, el uso de metronidazol en úlceras tumorales muy exudativas no es eficaz (13). Por otro lado, el uso de apósitos de carbón activado disminuye el olor ya que absorben las partículas que desprenden el mal olor (4)(5)(11)(18)(19)(22). Los apósitos antimicrobianos como los de plata, miel y yodo son otro tipo de apósitos que disminuyen el olor ya que controlan la colonización de bacterias aliviando por tanto el mal olor. Los apósitos recubiertos de plata nanocrystalina liberan cationes de plata que son altamente reactivos cuando entran en contacto con el lecho de la herida, desnaturalizando el ADN y el ARN, inhibiendo las bacterias y eliminando el olor de la herida (11)(28). Por último, otras opciones que se pueden utilizar para neutralizar el mal olor son el uso de aromas, absorbentes de olores externos, perfumes, atomizadores y carbón vegetal entre otros (5)(9)(25)(29).

### **7.8.2. Dolor**

Para calmar el dolor existe tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico (21). En primer lugar, en cuanto al tratamiento farmacológico se recomienda seguir las pautas de la OMS referente a la medicación analgésica (9)(11)(21)(25)(30). Por otro lado, existen diferentes tratamientos dependiendo el tipo de dolor que presente el paciente. El dolor nociceptivo responde bien al paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos y los opiáceos, sin embargo, para el dolor neuropático, se recomienda el uso de fármacos como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y los ligados de los canales de calcio (gabapentina y pregabalina) (5)(14). Si las curas son muy dolorosas se recomienda medicar al paciente con un opioide de acción rápida o el uso de fentanilo sublingual antes de las curas (5)(9)(11)(13)(14)(18)(19)(20)(21)(25). Por otra parte, existen tratamientos tópicos que calman el dolor una vez aplicados en la propia úlcera. El gel de morfina tópico al 0,2 %, los parches de lidocaína de aplicación tópica (5 %) y los apósitos de hidrogel o de espuma de ibuprofeno resultan ser efectivos respecto al manejo del dolor en los pacientes con úlceras tumorales, calmando el dolor local producido por éstas (5)(9)(14)(18)(19)(20)(26)(30). Otros tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia, la terapia hormonal o una combinación de estas terapias también disminuyen el dolor ya que reducen el tamaño de la lesión, aliviando la presión sobre los nervios disminuyendo, por tanto, la superficie de los tejidos expuestos (9). En cuanto al tratamiento no farmacológico cabe destacar que es igual de importante que el tratamiento farmacológico puesto que ayuda a mitigar el dolor y a prevenir el aumento de dolor en las curas. Los cambios de apósito se recomiendan realizarlos cuando la herida lo precise realizando los mínimos cambios posibles. Humedecer los apósitos previamente a su retirada con suero fisiológico o agua evita traumatismos y reduce el dolor. Se deben utilizar apósitos sin adhesivos, cómodos y lo suficientemente grandes para abarcar toda la zona dañada. Por último, es importante tratar el dolor psicosocial y espiritual del paciente con terapias como relajación, masaje, hipnosis y apoyo al paciente mediante conversaciones profundas y significativas (5)(20).

### **7.8.3. Exudado**

Para controlar el exudado es importante utilizar apósitos que lo absorban. Los apósitos que se utilizan cambian según la cantidad de exudado. Para úlceras con exudado escaso o nulo se utilizan apósitos antiadherentes que faciliten su retirada y que no se adhieran al tejido dañado. Este tipo de apósitos pueden ser hidrocoloides, siliconas o hidrogeles. Para las úlceras que presenten exudado moderado o abundante, se utilizan apósitos absorbentes de alginato o hidrofibra (5)(9)(11)(19)(20)(21). En heridas muy exudativas en las que el uso de apósitos no es suficiente, se pueden utilizar bolsas de ostomías para recogerlo (9)(20)(21). Es importante proteger la piel perilesional de la úlcera tumoral con cremas barrera o películas protectoras a base de vitaminas A y D y óxido de zinc para evitar que se macere (5)(9)(21).

### **7.8.4. Hemorragia**

Para evitar el sangrado, es importante utilizar apósitos no adherentes, con propiedades hemostáticas y humedecerlos antes de su retirada (5)(9)(18)(19)(20)(25)(29).

En caso de sangrado, para controlar la hemorragia, se aplicará presión directa con apósitos de alginato sobre la zona afectada. La aplicación de adrenalina o ácido tranexámico tópicamente en los puntos sangrantes detienen la hemorragia. En casos de sangrado persistente, se realizarán otras terapias como la cauterización del vaso, la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia o la crioterapia en la zona dañada (3)(5)(9)(11)(13)(18)(19)(20)(25).

### **7.8.5. Prurito**

Para calmar el prurito es recomendable controlar el exudado para así evitar la maceración de la piel perilesional. Por otro lado, la TENS es una intervención que ayuda a aliviar el picor puesto que estimula las terminaciones nerviosas llevando mensajes no dolorosos al cerebro anulando y deteniendo los mensajes de picor (5)(14). La limpieza de la herida con baños tibios y compresas frías, el uso de apósitos absorbentes e hidrogeles, la protección de la piel perilesional con películas barrera y la administración de paroxetina oral 5-10 mg, mirtazapina oral 7.5-15 mg, gel de lidocaína al 2 %, loción de calamina o esteroides tópicos son algunos de los cuidados que alivian el picor de las úlceras tumorales (3)(9)(18)(19).

### **7.8.6. Síntomas psicológicos**

Para abordar los síntomas psicológicos, es importante que el equipo multidisciplinar que lleve al paciente cree un ambiente de confort y confianza con él y con la familia para que se sientan cómodos. Por otro lado, el correcto manejo de las curas de las úlceras y explicar cómo llevarlas a cabo a los pacientes y familiares, son factores que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y la capacidad de vivir adaptándose a sus necesidades (9)(10).

### 7.9. Algoritmo de actuación ante la sospecha de una úlcera tumoral

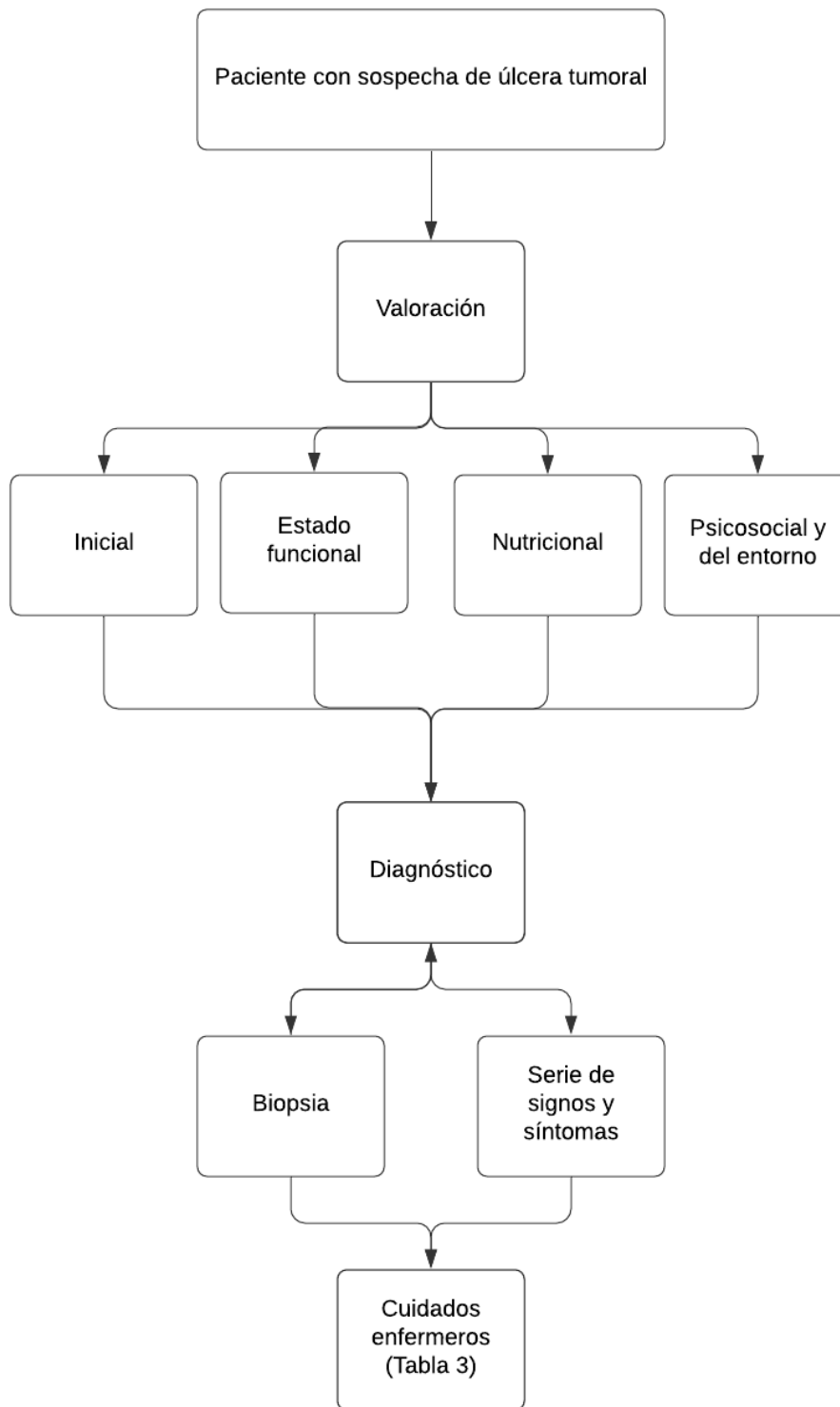


Figura 2. Algoritmo de actuación ante la sospecha de una úlcera tumoral. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Cuidados enfermeros de úlceras tumorales. Fuente: Elaboración propia.

<b>Cuidados iniciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza por irrigación con suero fisiológico.</li> </ul>
<b>Mal olor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de metronidazol tópico.</li> <li>- Apósitos de carbón activado.</li> <li>- Apósitos antimicrobianos como los de plata, miel y yodo.</li> <li>- Uso de aromas, absorbentes de olores externos, perfumes, atomizadores y carbón vegetal.</li> </ul>
<b>Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor nociceptivo: paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos.</li> <li>- Dolor neuropático: amitriptilina, gabapentina y pregabalina.</li> <li>- Opioides de acción rápida o el uso de fentanilo sublingual antes de las curas.</li> <li>- Tratamientos tópicos analgésicos.</li> <li>- Quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal.</li> <li>- Tratamiento no farmacológico: humedecer los apósitos antes de su retirada y uso de apósitos adecuados.</li> <li>- Tratar el dolor psicosocial y espiritual.</li> </ul>
<b>Exudado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exudado nulo o escaso: hidrocoloides, siliconas o hidrogeles.</li> <li>- Exudado moderado o abundante: apósitos absorbentes de alginato o hidrofibra.</li> <li>- Exudado muy abundante: bolsas de ostomías.</li> <li>- Protección de la piel perilesional con cremas barrera o películas protectoras a base de vitaminas A y D y óxido de zinc.</li> </ul>
<b>Hemorragia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apósitos no adherentes, con propiedades hemostáticas y humedecerlos antes de su retirada.</li> <li>- Para controlar la hemorragia: aplicar presión directa con apósitos de alginato sobre la zona afectada.</li> <li>- Aplicación de adrenalina o ácido tranexámico tópicamente en los puntos sangrantes.</li> <li>- En sangrado persistente: cauterización del vaso, cirugía, quimioterapia, radioterapia o crioterapia en la zona dañada.</li> </ul>
<b>Prurito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar el exudado para evitar la maceración de la piel perilesional.</li> <li>- Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS).</li> <li>- Limpieza de la herida con baños tibios y compresas frías.</li> <li>- Uso de apósitos absorbentes e hidrogeles.</li> <li>- Protección de la piel perilesional con películas barrera.</li> <li>- Administración de paroxetina, mirtazapina, gel de lidocaína al 2 %, loción de calamina o esteroides tópicos.</li> </ul>
<b>Síntomas psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un ambiente de confort y confianza con los pacientes y la familia.</li> </ul>

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Seco Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol*. 2019; 13(38): 30–9.
2. Freitas De Castro MC, Dos Santos Claro Fuly P, Garcia Ribeiro T, Salvador Caldeira Dos Santos ML. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *ACTA Paul Enferm*. 2016; 29(3): 340–6.
3. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds: Holistic Considerations at End-of-Life. *Nurs Clin N Am*. 2016; 51(3): 513–31.
4. Winardi A, Irwan AM. Topical treatment for controlling malignant wound odour. *J Eur Wound Manag Assoc*. 2019; 20(2): 7–13.
5. Cornish L. Holistic management of malignant wounds in palliative patients. *Community Wound Care*. 2019; 24: 19–23.
6. 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*. 2019; 9: 1–7.
7. Savage P, Murphy-Kane P, Lee CT, Chung CS-L, Howell D. Validation of the Malignant Wound Assessment Tool - Research (MWAT-R) using cognitive interviewing. *Can Oncol Nurs J*. 2019; 29(2): 97–102.
8. Ghaly P, Kim YD, Iliopoulos J, Ahmad M. The management of malignant lower limb ulcers: Clinical considerations. *Br J Nurs*. 2020; 29(15): 34–40.
9. Vaquer Montiel L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. *Rev Int Grup Investig en Oncol*. 2012; 1(2): 52–9.
10. Reynolds H, Gethin G. The Psychological Effects of Malignant Fungating Wounds. *EWMA J*. 2015; 15(2): 29–32.
11. Tsihlikidou A, Govina O, Vasilopoulos G, Kavga A, Vastardi M, Kalemikerakis I. Intervention for symptom management in patients with malignant fungating wounds - A systematic review. *J BUON*. 2019; 24(3): 1301–8.
12. Adderley UJ, Holt IGS. Topical agents and dressings for fungating wounds (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (5): 1-25.
13. Leadbeater M. Assessment and treatment of fungating, malodorous wounds. *Br J Community Nurs*. 2016; 21: 6–10.
14. Young T. Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. *Wounds UK*. 2017; 20–9.
15. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion\\_2/?capitulo](http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo)
16. Etxeandia Ikobaltzeta I, Ibarгойen Roteta N, Castiñeira Pérez C. Como evaluar una Guía de Práctica Clínica. 2019.

17. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. [Consultado 3 Feb 2021]. Disponible en <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>.
18. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MÁ, Fernández García G, Moreno Noci M, et al. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Servicio andaluz de Salud. 2015; 1–74.
19. Cabanillas González M, Pulgarín Sobrino SB, Ananín Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. Servicio Gallego de Salud. 2016; 1-60.
20. Service SC. Fungating wound clinical guidance. 2020; 7: 1–39.
21. 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 Enfermería Imagen y Desarro*. 2019; 21(2): 1-10.
22. Wong S, Brahim Z, Aminuddin NA, Nasirudin N. Management of malodour fungating wound with nanocrystalline silver coated dressing. *Med J Malaysia*. 2017; 72(5): 316–7.
23. Alves dos Santos W, dos Santos Claro Fuly P, Dutra Souto M, Salvador Caldeira dos Santos ML, Beretta L de L. Asociación entre olor y aislamiento social en pacientes con heridas tumorales malignas: estudio piloto. *Enferm Glob*. 2019; 53: 19–34.
24. Watanabe K, Shimo A, Tsugawa K, Tokuda Y, Yamauchi H, Miyai E, et al. Safe and effective deodorization of malodorous fungating tumors using topical metronidazole 0.75 % gel (GK567): a multicenter, open-label, phase III study (RDT.07.SRE.27013). *Support Care Cancer* [Internet]. 2015; 24: 2583–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-3067-0>
25. Cossío Gómez F, Fernández Saíz B, González Saro R, Guerra Díaz M, López Blázquez C, Saíz Berzosa A, et al. Manual de Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas. Servicio Cántabro de Salud. 2011; 161–83.
26. Finlayson K, Teleni L, McCarthy AL. Topical opioids and antimicrobials for the management of pain, infection, and infection-related odors in malignant wounds: A systematic review. *Oncol Nurs Forum*. 2017; 44(5): 626–32.
27. Ramasubbu DA CP. Cochrane Database of Systematic Reviews Systemic antibiotics for treating malignant wounds (Review). 2017; 1-25.
28. Bolton L. Foam dressings with silver reduce malignant fungating wound odor. *Evidence corner. Wounds*. 2016; 28(6): 214–6.
29. Muñoz Rodríguez A, Ballesteros Úbeda MV, Escanciano Pérez I, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J, et al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas. *Com curas del Hosp Univ Móstoles*. 2011; 115–20.
30. Alegre Martín RM, Quilez Salas N, Castro Vilela ME. Alivio del dolor con gel de morfina tópico en úlcera tumoral, a propósito de un caso. *Rev Atalaya Médica*. 2018; 14: 33–6.
31. Cereda E. Mini Nutritional Assessment. Nestlé Nutr Inst. 2009.

## 9. ANEXOS

Anexo I. Evaluación Guías Práctica Clínica con el instrumento AGREE II. Fuente: Elaboración propia.

INSTRUMENTO AGREE II	GPC para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas	GPC de lesiones cutáneas neoplásicas	<i>Fungating wound clinical guidance</i>		
<b>DOMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVO</b>	Ítem 1: 7	Ítem 1: 7	Ítem 1: 7		
	Ítem 2: 7	Ítem 2: 7	Ítem 2: 7		
	Ítem 3: 7	Ítem 3: 5	Ítem 3: 7		
	<b>Total: 21</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 19</b>	<b>88,88 %</b>	<b>Total: 21</b>
<b>DOMINIO 2. PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS</b>	Ítem 4: 5	Ítem 4: 7	Ítem 4: 1		
	Ítem 5: 7	Ítem 5: 7	Ítem 5: 1		
	Ítem 6: 7	Ítem 6: 7	Ítem 6: 7		
	<b>Total: 19</b>	<b>88,88 %</b>	<b>Total: 21</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 9</b>
<b>DOMINIO 3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN</b>	Ítem 7: 5	Ítem 7: 1	Ítem 7: 1		
	Ítem 8: 7	Ítem 8: 7	Ítem 8: 7		
	Ítem 9: 7	Ítem 9: 7	Ítem 9: 1		
	Ítem 10: 7	Ítem 10: 7	Ítem 10: 7		
	Ítem 11: 7	Ítem 11: 7	Ítem 11: 7		
	Ítem 12: 7	Ítem 12: 7	Ítem 12: 7		
	Ítem 13: 7	Ítem 13: 7	Ítem 13: 7		
	Ítem 14: 7	Ítem 14: 7	Ítem 14: 7		
<b>Total: 54</b>	<b>95,80 %</b>	<b>Total: 50</b>	<b>87,50 %</b>	<b>Total: 44</b>	<b>75 %</b>
<b>DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN</b>	Ítem 15: 7	Ítem 15: 7	Ítem 15: 7		
	Ítem 16: 7	Ítem 16: 7	Ítem 16: 7		
	Ítem 17: 7	Ítem 17: 7	Ítem 17: 7		
	<b>Total: 21</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 21</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 21</b>
<b>DOMINIO 5. APLICABILIDAD</b>	Ítem 18: 7	Ítem 18: 7	Ítem 18: 1		
	Ítem 19: 7	Ítem 19: 7	Ítem 19: 7		
	Ítem 20: 7	Ítem 20: 7	Ítem 20: 1		
	Ítem 21: 7	Ítem 21: 5	Ítem 21: 7		
	<b>Total: 28</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 26</b>	<b>91,66 %</b>	<b>Total: 16</b>
<b>DOMINIO 6. INDEPENDENCIA EDITORIAL</b>	Ítem 22: 7	Ítem 22: 7	Ítem 22: 7		
	Ítem 23: 7	Ítem 23: 7	Ítem 23: 7		
	<b>Total: 14</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 14</b>	<b>100 %</b>	<b>Total: 14</b>
<b>PUNTUACIÓN GLOBAL DE LOS DOMINIOS EN %</b>	<b>97,44 %</b>	<b>94,67 %</b>	<b>76,38 %</b>		

**Anexo II. Escala de Karnofsky (25).**

100	Normal, no presenta signos o síntomas de la enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal; signos y síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo: algunos signos o síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidarse de la mayoría de sus necesidades.
50	Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos.
40	Imposibilitado necesita cuidados y asistencia especiales.
30	Severamente imposibilitado. Indicación de Hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente.
20	Muy enfermo. Tratamiento de soporte activo.
10	Muy grave, rápida progresión de la enfermedad.
0	Muerte.



Anexo III. Mini Nutritional Assessment (31).

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

**Cribaje**

**A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**  
0 = ha comido mucho menos  
1 = ha comido menos  
2 = ha comido igual

**B Pérdida reciente de peso (<3 meses)**  
0 = pérdida de peso > 3 kg  
1 = no lo sabe  
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
3 = no ha habido pérdida de peso

**C Movilidad**  
0 = de la cama al sillón  
1 = autonomía en el interior  
2 = sale del domicilio

**D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**  
0 = sí 2 = no

**E Problemas neuropsicológicos**  
0 = demencia o depresión grave  
1 = demencia leve  
2 = sin problemas psicológicos

**F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup>**  
0 = IMC <19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

**Evaluación del cribaje** (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal  
8-11 puntos: riesgo de malnutrición  
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

**Evaluación**

**G El paciente vive independiente en su domicilio?**  
1 = sí 0 = no

**H Toma más de 3 medicamentos al día?**  
0 = sí 1 = no

**I Úlceras o lesiones cutáneas?**  
0 = sí 1 = no

**J. Cuántas comidas completas toma al día?**  
0 = 1 comida  
1 = 2 comidas  
2 = 3 comidas

**K Consume el paciente**

- productos lácteos al menos una vez al día?  sí  no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?  sí  no
- carne, pescado o aves, diariamente?  sí  no

0.0 = 0 o 1 síes  
0.5 = 2 síes  
1.0 = 3 síes

**L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?**  
0 = no 1 = sí

**M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)**  
0.0 = menos de 3 vasos  
0.5 = de 3 a 5 vasos  
1.0 = más de 5 vasos

**N Forma de alimentarse**  
0 = necesita ayuda  
1 = se alimenta solo con dificultad  
2 = se alimenta solo sin dificultad

**O Se considera el paciente que está bien nutrido?**  
0 = malnutrición grave  
1 = no lo sabe o malnutrición moderada  
2 = sin problemas de nutrición

**P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?**  
0.0 = peor  
0.5 = no lo sabe  
1.0 = igual  
2.0 = mejor

**Q Circunferencia braquial (CB en cm)**  
0.0 = CB < 21  
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22  
1.0 = CB > 22

**R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**  
0 = CP < 31  
1 = CP ≥ 31

**Evaluación** (máx. 16 puntos)

**Cribaje**

**Evaluación global** (máx. 30 puntos)

**Evaluación del estado nutricional**

De 24 a 30 puntos  estado nutricional normal  
De 17 a 23.5 puntos  riesgo de malnutrición  
Menos de 17 puntos  malnutrición

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.  
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
Para más información: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ÚLCERAS TUMORALES

Las úlceras tumorales o heridas tumorales se definen como lesiones cutáneas ocasionadas por la diseminación, propagación e infiltración de células tumorales en la piel y en el sistema vascular y linfático, llegando a producir una pérdida de vascularización y muerte tisular.

## Objetivos

- Establecer un conjunto de recomendaciones para llevar a cabo con las personas que presenten úlceras tumorales.
- Determinar la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con úlceras tumorales.
- Sintetizar los cuidados enfermeros a realizar en las personas con úlceras tumorales.

## Metodología

Se ha realizado a través de una revisión bibliográfica entre noviembre de 2020 y enero de 2021.

## Epidemiología

Aparecen en el 5-10 % de personas con cáncer terminal durante los últimos 6-12 meses de vida.

## Valoración

- Inicial: etiología, situación, pronóstico y datos de la enfermedad.
- Del estado funcional: capacidad que tiene el paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Escala de Karnofsky.
- Nutricional: Mini Nutritional Assesment.
- Psicosocial y del entorno.

## Diagnóstico de una úlcera tumoral

- Características del paciente.
- Morfología.
- Bordes.
- Localización.
- Lesiones asociadas.
- Profundidad de la úlcera.
- Evolución.

## Población que se incluye en la guía

La guía va dirigida a toda la población en edad adulta que presente úlceras tumorales.

## Población profesional a la que va dirigida la guía

Todos los enfermeros que se encuentren con algún paciente que presente úlceras tumorales ya sea tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

## Signos y síntomas

Los signos y síntomas más característicos son: mal olor, el dolor, el exudado, la hemorragia y el prurito.

## Cuidados enfermeros

- Cuidados iniciales: limpieza por irrigación con suero fisiológico.
- Mal olor: Metronidazol tópico, apósitos de carbón, plata, miel y yodo, aromas, perfumes, atomizadores y carbón vegetal.
- Dolor: Paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, Amitriptilina, Gabapentina, Pregabalina, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, humedecer los apósitos antes de su retirada.
- Exudado: hidrocoloides, siliconas, presión directa, adrenalina, ácido tranexámico, cauterización del vaso, cirugía, quimioterapia, radioterapia o crioterapia.
- Prurito: control del exudado, TENS, limpieza de la herida con baños tibios y compresas, apósitos absorbentes, hidrogeles, protección de la piel perilesional, Paroxetina, Mirtazapina, gel de lidocaína al 2 %, loción de calamina o esteroides tópicos.
- Síntomas psicosociales: ambiente de confort y confianza con los pacientes y la familia.