

ÚLCERAS TERMINALES DE KENNEDY: UNA PROPUESTA DE CUIDADO DESDE ENFERMERÍA

KENNEDY'S TERMINAL ULCERS: A NURSING APPROACH TO CARE

Autor:  Juan Carlos Restrepo-Medrano ^{(1) (*)},  Manuela Toro-Gonzales ⁽²⁾,  Angela Salazar-Maya ⁽³⁾

(1) RN, PhD, BSc nurse, MSc nurse. Certificado Experto manejo de heridas American Collegue. Comité FUNDEPIE Colombia. Profesor asociado Universidad de Antioquia.

(2) Estudiante de enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia.

(3) Doctora en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Profesora titular Universidad de Antioquia.

Contacto (*): juanc.restrepo@udea.edu.co

Fecha de recepción: 09/10/2021
Fecha de aceptación: 30/11/2021

Restrepo-Medrano JC, Salazar-Maya AM, Toro-Gonzales M. Úlceras terminales de Kennedy: una propuesta de cuidado desde enfermería. *Enferm Dermatol.* 2021; 15(44): e01-e08. DOI: 10.5281/zenodo.5812370

RESUMEN

Objetivo: Analizar la literatura científica relacionada con las úlceras terminales de Kennedy (KTU) y sus principales características, publicada en las principales bases de datos, entre los años 1962 y 2021 para proponer un plan de cuidados de enfermería.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión de la literatura en las principales bases de datos de las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales (Medline-Pubmed, Cinhal, Web of Science, Lilacs, Sociological abstracts, Cuiden, Embase, Psycinfo e ISI Web of Knowledge). Se emplearon descriptores en español, inglés y portugués: "úlceras terminales de Kennedy", "poliúlceraciones" y "úlceras terminales". Se hizo una lectura crítica de los artículos seleccionados utilizando un protocolo para extraer los datos.

Resultados: Se encontraron 18 artículos que cumplieran con los criterios establecidos (8 casos clínicos, 5 revisiones teóricas, 4 revisiones sistemáticas e integrativas, 1 estudio descriptivo).

Conclusiones: En los estudios analizados se identificaron principalmente aspectos relacionados con las características, curso de la enfermedad y las necesidades del paciente; también se reportaron las estrategias de tratamiento, pero ninguna de ellas es definitiva o comprobada en su totalidad, lo que permite proponer intervenciones desde la disciplina enfermera.

Palabras Clave: Úlcera terminal de Kennedy, (Kennedy Terminal Ulcer (KTU)) Poliúlceración, Cuidados Paliativos, Dolor, Plan de cuidados.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific literature related to Kennedy terminal ulcers (KTU) and their main characteristics, published in the main databases between 1962 and 2021 to propose a nursing care plan.

Methodology: A literature review was carried out in the main databases of the Health Sciences and Social Sciences (Medline-Pubmed, Cinhal, Web of Science, Lilacs, Sociological abstracts, Cuiden, Embase, Psycinfo and ISI Web of Knowledge). Descriptors in Spanish, English and Portuguese were used: "Kennedy terminal ulcer", "poliulcerations" and "terminal ulcers". A systematic review of the selected articles was done using a protocol to extract the data.

Results: 18 articles were found that met the established criteria (8 clinical cases, 5 theoretical reviews, 4 systematic and integrative reviews, 1 descriptive study).

Conclusions: In the analyzed studies, aspects related to the characteristics, course of the disease and the needs of the patient were mainly identified; They also reported treatment strategies, but none of them is definitive or proven in its entirety, which makes it possible to propose interventions from the nursing discipline.

Key Words: Kennedy Terminal Ulcer, (Kennedy Terminal Ulcer (KTU)) Poliulceration, Palliative Care, Pain, Care Plan.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por presión (LPP) son una complicación grave de la piel, y con el pasar de los años se han

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

convertido en un problema de salud de primer orden a nivel mundial que afecta a pacientes en todos niveles de complejidad y dentro de cualquier contexto sanitario. A pesar de ser una de las lesiones sobre la cual más se investiga, muchos profesionales aún no tienen su evolución clara^(1,2). Muestra de esto es la prevalencia en Colombia, que está por encima del 22% lo que demuestra la necesidad de ahondar más en la investigación, tratamiento y prevención de estas lesiones⁽¹⁻³⁾.

El cuidado de la piel en los pacientes en fase terminal es una preocupación mundial y un aspecto imprescindible en el cuidado es mejorar su calidad de vida⁽⁴⁾, ya que son muchos los factores que llevan a la aparición de problemas de la piel, llevando no solo a la aparición de estas lesiones sino a diferentes alteraciones, volviendo así a la prevención, en una de las mejores armas para combatirlas⁽⁵⁾.

Al final de la vida son muchos los cambios que se presentan, de hecho se espera que muchos órganos empiecen a fallar, incluida la piel que se considera el órgano más grande del cuerpo humano; aunque en la actualidad la insuficiencia cutánea aún se desconoce y en algunos casos se subestima⁽⁶⁾ y el proceso de insuficiencia cutánea por lo general se da por cambios a nivel molecular, celular y tisular asociados con una hipoxia continua, que reduce el intercambio con el medio y la capacidad para utilizar nutrientes y otros productos necesarios para el funcionamiento de la piel.

El cuidado al paciente durante el final de la vida ha de ser una atención integral, individualizada y continua a él y a su familia; respetando autonomía y dignidad. Además, debe crearse un clima que facilite la expresión de preocupaciones, miedos y sentimientos, tanto de pacientes como de los familiares en un contexto de respeto a la intimidad. Los cuidados se basan en aspectos como: el control de los síntomas que alteran el bienestar del paciente, el apoyo emocional y la comunicación honesta entre paciente-familia y equipo terapéutico, el cual es interdisciplinar y se adapta a las necesidades de los pacientes y sus familias⁽⁷⁾.

Las lesiones por presión (LPP) por lo general son de origen multifactorial, pero con una característica en común y es la disminución del suministro sanguíneo a los tejidos debido al aumento de la presión en la piel, los tejidos blandos y el tiempo que el cuerpo soporta la carga. Su aparición varía dependiendo las comorbilidades del paciente⁽⁸⁾.

Prevalencia y costos de las LPP

En los últimos años, las LPP han venido en aumento trayendo consigo múltiples implicaciones; Diversos estudios muestran a España como país referencia, con una prevalencia de LPP en pacientes hospitalizados entre 8 y 28%. En varios estudios se reportaron datos de 1.596 pacientes con LPP: 625 procedían de centros hospitalarios (39,2% del total), 347 (21,7%) de centros de atención primaria y los 624 restantes (39,1%) de centros socio sanitarios⁽³⁾; de estos, 1344 (84,2%) son pacientes con UPP mayores de 65 años, de los que 324 (24,1%) son de centros de atención primaria, 474 (40,6%) de hospitales y 546 (35,3%) de centros socio sanitarios⁽⁹⁾.

Las lesiones se localizaron más frecuentemente en región sacra y talones, se encontró el estadio I con el 23,2%, el estadio II con el 37,5%, el estadio III con el 27% y el estadio IV con el 11,8%⁹. En UCI se concretó la prevalencia en un 12,7% y un 6,8% de UPP iatrogénica⁽¹⁰⁾.

Las LPP se asocian con una mayor morbilidad y una reducción de la calidad de vida tanto de los pacientes que las padecen como de sus familias; además, causan un gran impacto epidemiológico ya que la afección se da en todos los niveles asistenciales y constituyen un importante consumo de los recursos sanitarios, sobre todo cuando aumentan los tiempos de cicatrización.

En países desarrollados, como Canadá, Estados Unidos y Países Bajos, la prevalencia se estima entre el 14,8% y 26% en instituciones de salud, 25% en pacientes agudos, 30% en pacientes crónicos, 15% en la comunidad y en América Latina se estima alrededor del 10%, aunque puede ser mayor por los problemas de acceso a los servicios de salud. En Colombia con la incorporación de las clínicas de heridas dentro de las instituciones de salud, poco a poco se ha venido recogiendo información de estas lesiones, pero hasta el día de hoy no se cuenta con información sistematizada relacionada con el tema y son pocas las investigaciones recientes⁽¹⁾, lo que demuestra una falencia para conocer el estado actual de esta patología en nuestro entorno, que se estima cada día aumenta, por las condiciones sociales y de salud de la población y más ahora en tiempos de pandemia, donde la pronación de pacientes se ha convertido en un cuidado diario y obligatorio de los pacientes con distrés respiratorio.

El manejo de estas lesiones implica importantes gastos para el sistema sanitario, pacientes familias y cuidadores por lo que se hace necesario analizar y cuantificar el impacto de estas intervenciones en el

ámbito de la prevención y el tratamiento. En algunos países este costo está por encima de los 130 mil dólares en LPP de categoría IV al año, lo que pone en tela de juicio la costo-efectividad de los cuidados brindados por enfermería, lo que al final aumenta el gasto sanitario anual más allá de lo que estima⁽⁸⁾.

En el caso de las lesiones terminales son pocos los datos que se tienen debido tal vez al desconocimiento de estas y a la poca bibliografía disponible, ya que son lesiones que hasta hace poco no se tenían en cuenta en planes de cuidado pero que han venido tomando fuerza en los pacientes que se encuentran en la última fase de la vida⁽¹¹⁾.

Úlceras terminales de Kennedy (UTK)

Desde hace algunos años han aparecido en la literatura casos clínicos que hacen referencia a un tipo diferente de LPP que se han denominado también “inevitables o terminales” y que han fomentado confusión e incertidumbre sobre su terminología entre los profesionales⁽¹²⁾, creando un debate de tipo clínico-legal al observar que dichas lesiones (consideradas en principio como UPP, y por tanto prevenibles) influían negativamente en la calidad asistencial; dentro de este grupo se han identificado varios tipos de lesiones entre las que se cuentan las úlceras terminales de Kennedy (UTK), la lesión tisular terminal de Trombley-Brennan (Trombley-Brennan Terminal Tissue Injury; TB-TTI), los cambios cutáneos al final de la vida (Skin Changes at Life's End; SCALE) y el fallo cutáneo o fracaso de la piel (Skin Failure; SKF)⁽¹³⁾.

Las úlceras terminales de Kennedy (UTK) (Kennedy Terminal Ulcer)⁽¹⁴⁾ se conocen desde 1983, pero solo fueron descritas hasta 1989 en la NPUAP por Karen Lou Kenney Evans y su equipo, que hacían parte del grupo de cuidados paliativos de la piel en el Byron Health Center Skin Care Team⁽¹⁵⁾, este grupo observó en varios pacientes la aparición de una úlcera con características particulares: tenía forma de pera, se localizaba por lo general en región sacra o coxis, era de color rojo, amarillo o negro y tenía un inicio súbito, cambiando de forma rápida su tamaño y profundidad. Sumado a esto, los pacientes a los cuales aparecía, fallecían en un lapso de seis semanas⁽¹⁶⁾ (**Tabla I**).

Aunque fue Kennedy quien la describió de forma oficial hace unos pocos años, en la literatura médica, se encuentran algunos textos del médico francés Jean-Martin Charcot quien en 1877 describió unas úlceras en forma de mariposa que se localizaban sobre el sacro y que al poco tiempo de su desarrollo los pacientes

morían⁽¹⁷⁾, considerándolo como una mala señal; se denominó úlcera Decubitus Ominosus y aunque podía aparecer en cualquier parte del cuerpo se atribuyó más a un origen neuropático, pero desde ese momento se consideraron como un indicador de muerte inminente⁽¹⁸⁾.

El estudio de las UTK se basó en la revisión retrospectiva e investigación posterior de las personas con úlceras por presión que fallecían dentro de las seis semanas posteriores al descubrimiento de dichas lesiones, siendo de 55,7%. Hanson y col⁽¹⁹⁾ reportaron en 1991 que el 62,5% de úlceras por presión en los pacientes con cuidados paliativos se presentaban dos semanas antes de su muerte.

Úlcera terminal de Kennedy	Lesiones por presión (LPP)
Hipoperfusión e isquemia cutánea debido en etapas finales de la vida	Presión y/o cizalla ocasiona isquemia local y daño tisular
Irreversible	Reversible con el restablecimiento de la oxigenación
Inevitable	Evitable
Progresión rápida	Progresión lenta
Rojo, púrpura, amarillo, negro, azul	Rojo persistente
Forma de mariposa, pera o herradura	Forma redondeada (prominencia ósea)
Mal pronóstico	Pronóstico variable

Tabla I. Diagnóstico diferencial entre UTK y LPP. (Fuente: Vaccalluzzo DR, Bilevich DE, Saretzky DI. Cicatrización de heridas http://atdermae.com/pdfs/atd_4_4_f.pdf)

Tipos de lesiones de UTK

Existen dos presentaciones, la versión clásica inicialmente definida por Kennedy y una variante más agresiva de esta lesión conocida por “síndrome 3:30”, (que hace referencia a que cuando la enfermera examinaba la piel a la mañana no observaba ningún cambio en cuanto a color o integridad y al examinarlo nuevamente a las 3:30 PM observaba una coloración negruzca que había aparecido en el transcurso de 6-8 horas.). A diferencia de la UTK “clásica”, es más pequeña, como una macula negra que aparece en el glúteo de forma unilateral y que progresa de forma rápida a úlcera en 8 horas⁽²⁰⁾ y hace que el paciente fallezca en un lapso de 24 horas máximo posterior a su aparición (**Tabla II**).

En otras ocasiones puede aparecer como una abrasión, una ampolla o un área que rápidamente se oscurece y que convierte en una lesión de categoría II, III o IV, en menos de 48 horas, algunas de ellas con bordes irregulares⁽¹²⁾.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Características UTK vs SD. 3:30		
Características	UTK clásica	Síndrome 3:30
Forma	Irregular, en forma de pera, mariposa o herradura	Irregular, pequeña como una macula ennegrecida
Localización	Sacro, coxis, bilateral	Nalga, unilateral
Progresión	Rojo o morado, la erosión de la piel cambia de amarillo a negro	Morado o negro
Evolución	Progresión en pocos días a úlcera	Progresión en horas a úlcera (8 horas aprox.)
Muerte	Dos semanas a pocos meses	8-24 horas a la aparición

Tabla II. Características UTK vs SD. 3:30 (Fuente propia).

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis en profundidad de los artículos existentes en la bibliografía científica sobre el tema de las úlceras terminales de Kennedy publicados en las bases de datos de ciencias sociales y de salud (OVID, Science Direct, SpringeLink, Scielo, Embase, Medline, Clinical Key, BBM). Se tomó como periodo de búsqueda el inicio de cada una de las bases de datos consultadas hasta junio de 2021 utilizando los descriptores en español “úlceras terminal de Kennedy”, “poliúlceraciones” y “úlceras terminal” y sus correspondientes en inglés y portugués, existentes en los títulos, en los resúmenes o en textos completos.

Los artículos fueron seleccionados por el grupo de investigadores teniendo como criterio que dentro de sus objetivos se abordara el tema de las úlceras de Martorell en todos los aspectos posibles (fisiología, diagnóstico, tratamiento en general o de pacientes, avances médicos y nuevas terapias y cuidados de enfermería, entre otros). Se excluyeron artículos repetidos, que no contaban con resúmenes disponibles, editoriales, ponencias en congresos, trabajos de grado y capítulos de libro, reporte de experimentos en animales o estudios escritos en idiomas diferentes a los establecidos. Los textos se analizaron mediante un protocolo ad hoc, en el cual se recogían los datos extractados de los artículos analizados (revista, tipo de artículo, año, metodología, resumen, objetivo y resultados). Tanto los artículos como el protocolo de recolección de datos fueron revisados en dos ocasiones por los integrantes del grupo de investigación para evitar así los posibles sesgos y asegurar una correcta recolección de los datos.

Para valorar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones en los artículos, se empleó el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment*,

Development and Evaluation Working Group)⁽²¹⁾, el cual proporciona una descripción detallada de los criterios de calidad de evidencia de los artículos científicos encontrados respecto a resultados o desenlaces concretos y, además, usa definiciones explícitas y juicios secuenciales durante el proceso de categorización y separa la calidad de la evidencia de la fuerza de las recomendaciones

RESULTADOS

Se encontraron 18 artículos que cumplían con los criterios establecidos (8 casos clínicos, 5 revisiones teóricas, 4 revisiones sistemáticas e integrativas, 1 estudio descriptivo). A continuación, se describen sus aspectos más relevantes:

Factores de riesgo relacionados con la aparición de las UTK

La UTK se produce por factores intrínsecos. A diferencia de las UPP se considera que el mecanismo desencadenante es una hipoperfusión y posterior isquemia producida en un contexto de insuficiencia cutánea. La piel necesita por lo general entre un 25-33% de gasto cardíaco para que las células reciban el suficiente oxígeno⁽²²⁾, cuando el organismo se encuentra en fallo multiorgánico (habiendo un déficit de circulación o bien porque existen medicamentos que aumentan el retorno venoso) se produce el fracaso de la piel al verse comprometida su perfusión y dando como resultado la muerte del tejido; aunque este proceso es el que más se acerca al desencadenamiento de estas lesiones, no hay unanimidad en la aparición de las mismas, por ello algunos autores las consideran de origen vascular⁽²³⁾.

Estas lesiones por lo general son infradiagnosticadas, lo que afecta la calidad de vida y los cuidados que se le brindan al paciente, por ello el diagnóstico diferencial es una parte importante para lograr la identificación correcta de la misma, de forma que se puedan establecer objetivos terapéuticos realistas.

El abordaje de estas lesiones se debe realizar mediante una visión multidimensional del paciente, siguiendo las directrices generales de prevención y cuidados de la piel y en caso de deterioro tisular categoría II, III y IV o no categorizables por sospecha de lesión de tejidos profundos, se realizará manejo avanzado de heridas siguiendo los principios de preparación del lecho de la herida, no olvidando, el origen de la misma, siendo en la mayoría de los casos un tratamiento paliativo por la cercanía al desenlace final⁽²⁴⁾.

Tratamiento de las UTK

El tratamiento de las úlceras terminales de Kennedy corresponde al utilizado en cualquier tipo de LPP, utilizando como base el acrónimo TIME o DOMINATE, teniendo en cuenta que a diferencia de otras lesiones, estas no se van a recuperar ni a reepitalizar y que en muchas ocasiones lo único que podremos lograr será la disminución de tamaño y superficie de dicha lesión.

Adicional a documentar las características de la lesión, se hace necesario también que se documente las comorbilidades del paciente, los factores de riesgo no solo de la enfermedad sino también de LPP (utilizando cualquiera de las escalas de valoración) pero teniendo en cuenta que el tratamiento de estas lesiones será paliativo más que curativo haciendo énfasis en el confort del paciente y el manejo del dolor.

Lo más importante es educar a pacientes, familiares y cuidadores, para que comprendan que el paciente está pasando por una etapa final de la vida y este tipo de lesiones son una parte del proceso y que todas las acciones que se contemplan de prevención para estas lesiones no detienen el proceso, ya que muchas veces los familiares y cuidadores desean que su paciente este más activo y tenga más movilidad para que de alguna forma eviten la aparición de estas lesiones, pero esto no mejora el pronóstico y por el contrario puede perjudicar al paciente.

Propuesta de plan de cuidado para los pacientes que padecen UTK

Es importante tener en cuenta que el cuidado siempre ha acompañado a la enfermería desde Florence Nightingale, y se ha convertido en la principal herramienta en la elaboración de planes e intervenciones para los pacientes que están bajo nuestro cuidado.

En todos los pacientes que atendemos la conservación de la integridad de la piel y la prevención de lesiones por presión, humedad y fricción siempre ha sido uno de los principales objetivos en los planes de cuidado de enfermería. La educación, por lo general, va dirigida a pacientes, cuidadores y profesionales encargados del cuidado; por lo que se debe hacer un énfasis especial en las necesidades del paciente. Esto hace que se aumente la relación enfermera-paciente, se disminuya la ansiedad y se incluya de forma activa a la familia en el proceso de cuidado, ya que se ha demostrado que la participación de esta disminuye la metaloproteasas y aumenta la formación de fibroblastos favoreciendo el proceso de cicatrización⁽²⁵⁾.

Valoración enfermera

Todos los procesos de cuidado de enfermería (PAE) siempre empiezan con la valoración del paciente, no solo física sino también emocional, del entorno y todo lo que pueda ser intervenido por el profesional y que contribuya a la recuperación del paciente; esta valoración debe hacerse de ser posible de forma sistematizada y utilizando escalas y demás instrumentos que ayuden a que sea mucho más precisa, de forma que las soluciones que se presenten al paciente se basen en una evaluación concienzuda del profesional, basado en satisfacción de las necesidades del paciente y en la probabilidad de que se desarrolle una lesión por presión.

Lo primordial cuando se trata de lesiones en piel por presión es establecer un plan de cuidados específico basado en las características individuales del paciente, entre ellas se cuenta la aplicación de escalas de riesgo de LPP según el grupo poblacional del paciente, desde neonatos hasta adultos mayores puede haber más de 65 escalas de valoración del riesgo (EVRUPP), la mayoría de ellas con evidencia científica que fundamentan su uso, para nuestro caso las escalas que más se utilizan en Colombia son BRADEN y EMINA, siendo esta última mucho más sensible al identificar los cambios en la piel del paciente.

Es de anotar que cada unidad de salud escoge la escala que más se amolda a sus necesidades y a la de sus pacientes, ya que no existe un consenso claro sobre cuál sería la mejor en este campo, si se recomienda que se realice la selección teniendo en cuenta los diferentes estudios científicos y las validaciones que tenga cada una de ellas, desde la sensibilidad hasta el valor predictivo.

Con la valoración del riesgo que tenga cada paciente debe evaluarse también la utilización de instrumentos y ayudas para evitar la presencia de presión en los pacientes en riesgo, cojines viscoelásticos, superficies para el manejo de la presión SEMP, apósitos de espuma, entre otras; cambios posturales, control de las patologías de base, y en los pacientes con UTK control del dolor, comodidad y confort; en el caso de que se presenten las lesiones se deben valorar teniendo en cuenta todas sus características como: tamaño, superficie, bordes, presencia de exudado, bolsillos, tunelizaciones, localización, y presencia de infección entre otras. Luego de la valoración, se procede a establecer los problemas, se seleccionan los diagnósticos de enfermería, se procede a planear las metas o resultados, e intervenciones, se ejecutan y se evalúan constantemente. En la **tabla III** se presentan los posibles problemas a los que se enfrenta en paciente con una úlcera de Kennedy en la fase

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

terminal de su vida y las propuestas de metas (NOC) e intervenciones (NIC) planeadas (**Tabla III**).

Posterior a la implementación de las intervenciones es necesario volver a planear y así sucesivamente ha de seguir el cuidado a estos pacientes.

DISCUSIÓN

Como lo refiere el artículo, los cuidados de enfermería en la fase terminal de la vida se relacionan primordialmente con los asuntos de confort y calidad de vida y la literatura reporta que el cuidado de estos pacientes ha de basarse en la prevención de la aparición de una herida, tratar las causas, manejo de síntomas, el apoyo emocional y social, buscando la autonomía, independencia y calidad de vida⁽²⁶⁾.

Es importante que el paciente conserve la higiene, sobre todo en la piel intacta alrededor de la lesión para evitar la infección sobregregada; además de los cuidados propios de la úlcera siguiendo el esquema TIME teniendo en mente que es un cuidado paliativo y no curativo, hay que tener presente, que en la mayoría de los casos no se va a lograr la reepitelización de la herida, aunque sí limitar su extensión, privilegiando el confort del paciente y haciendo un adecuado manejo del dolor⁽²⁷⁾. Por tanto, es fundamental la educación a pacientes y familiares sobre la ocurrencia de las úlceras en la fase que atraviesa el paciente y no por la falta de los cuidados. Igualmente se utilizan todas las medidas de prevención como los cambios de posición y el uso de diferentes dispositivos para disminuir la presión^(28,29).

Por tanto, este tipo de lesiones requieren seguir siendo investigado para establecer los mecanismos de acción y realizar las intervenciones terapéuticas con objetivos realistas de la situación que atraviesa el paciente, privilegiando las medidas de confort⁽³⁰⁾.

Al aplicar la metodología GRADE se puede concluir que los estudios analizados arrojan una calidad de evidencia alta, sobre todo en los tratamientos para la hipertensión.

Al dolor se le debe dar atención primordial como dice la Organización Mundial de la Salud OMS ya que es uno de los síntomas más frecuentes y los analgésicos opiáceos son esenciales para su tratamiento, ya que experimentarán dolor entre moderado a intenso⁽³¹⁾. Igualmente, el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a la sintomatología física, por lo que el apoyo a pacientes, familiares y cuidadores es importante en la elaboración del duelo⁽³²⁾.

NANDA	NIC	NOC
[00108] Déficit de autocuidado: baño	[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene [1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal [1804] Ayuda con el autocuidado: micción/defecación	[0305] Autocuidados: higiene
[00044] Deterioro de la integridad tisular	[3660] Cuidados de las heridas [6550] Protección contra las infecciones [3590] Vigilancia de la piel	[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas
[00132] Dolor agudo	[2210] Administración de analgésicos [2400] Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (acp) [2260] Manejo de la sedación	[1102] Curación de la herida: por primera intención
[00136] Duelo	[5290] Facilitar el duelo [5230] Mejorar el afrontamiento [7140] Apoyo a la familia [5270] Apoyo emocional [5240] Asesoramiento [5440] Aumentar los sistemas de apoyo [5460] Contacto [5260] Cuidados en la agonía [5470] Declarar la verdad al paciente [4920] Escucha activa [7100] Estimulación de la integridad familiar [5210] Orientación anticipatoria [5340] Presencia [7150] Terapia familiar	[1605] Control del dolor
[00175] Sufrimiento moral	[5250] Apoyo en la toma de decisiones [5270] Apoyo emocional [5420] Apoyo espiritual [5310] Dar esperanza [5820] Disminución de la ansiedad [5426] Facilitar el crecimiento espiritual [5290] Facilitar el duelo [5280] Facilitar el perdón [5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa [7460] Protección de los derechos del paciente [5480] Clarificación de valores [5470] Declarar la verdad al paciente [5020] Mediación de conflictos	[2102] Nivel del dolor
[00214] Disconfort	[5820] Disminución de la ansiedad [6482] Manejo ambiental: confort [2300] Administración de medicación [5420] Apoyo espiritual 840] Cambio de posición [6040] Terapia de relajación [1850] Mejorar el sueño	[2608] Resiliencia familiar

Tabla III. Diagnósticos de enfermería NANDA, NIC (*Nursing Interventions Classification*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*).

Los cuidados paliativos son reconocidos en el contexto de los derechos humanos a la salud, ya que mejoran la calidad de vida de los pacientes y familiares que enfrentan una enfermedad terminal y requieren alivio del sufrimiento, terapia del dolor y otras intervenciones de orden físico, psicosocial o espiritual para colaborar con la calidad de vida y el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar su dignidad humana, puesto que son un servicio de salud efectivo centrado en las personas, que tiene en cuenta la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada sobre su estado de salud, adaptada específicamente a ellos y a su cultura, y el papel primordial de esos pacientes en la adopción de decisiones sobre el tratamiento recibido⁽³³⁾.

Existe poca literatura en el que se aborde el control de síntomas y consensos sobre el tratamiento de las úlceras por presión en el paciente terminal. La producción ha ido decreciendo estos últimos años, por lo que hace falta potenciarla. Los principales países productores son anglo-sajones, quizá habría que impulsar este tema en la disciplina de la enfermería y en las sociedades de heridas. Todos los autores coinciden en la necesidad del control de síntomas, antes de la intención curativa de la lesión⁽³⁴⁾.

Existe falta de conocimiento y literatura sobre el cuidado y tratamiento de la KTU, quizás porque los planes de atención no se registran. A pesar de esto, es claro que el principal objetivo asistencial sería priorizar la comodidad y calidad de vida del paciente. El tratamiento de las úlceras terminales de Kennedy corresponde al utilizado en cualquier tipo de LPP, utilizando como base el acrónimo TIME.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés de ninguna índole.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Consuegra RV, Cardona-Mazo DM, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev Fac Med. [\[Internet\]](#). 2014; 62(3):1-32.
2. González-Consuegra RV, Matiz-Vera GD, Hernández-Martínez JD, Guzmán-Carrillo LX. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. Rev Fac Med. [\[Internet\]](#). 2015; 63(1): 69-80.
3. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla Ágreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. Gerokomos [\[Internet\]](#); 30(2): 76-86.
4. Goicochea Torres S, Marcelo Rivera K, Yépez Vásquez MC. Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre cuidados paliativos en el hogar a familiares con pacientes oncológicos [\[Internet\]](#). Lima (Perú): Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
5. Valles Suárez MC, González Rodríguez M, Daunesse Pérez R, Granda Valles FJ, Díez Sojo M. Análisis de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. 2018. Volumen II; Capítulo 53: 389-394.
6. Roca Biosca A, Rubio-Rico L, Velasco Guillén MC, Angera-Saperas L. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy. Caso Clínico. Enferm Intensiva. 2016; 27(4):168-72.
7. Espinar Cid V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. Cuad Bbioét. 2012; XXIII(1): 169-176.
8. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London; 2004. [\[Internet\]](#).
9. García-Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P; Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014
10. NPUAP conference brochure. 15th National Biennial conference pressure injury: Advancing the vision. New Orleans (Louisiana); March 10-11, 2017. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2017.
11. Brennan MR, Trombley K. Kennedy Terminal Ulcers - a Palliative Care Unit's Experience over a 12-month

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- Period of Time. World Council of Enterostomal Therapists Journal. 2010; 30(3):20-2.
12. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. Decubitus. 1989;2(2):44-5
 13. Raña-Lama CD, Rumbo-Prieto JM. Úlceras por presión inevitables, fallo cutáneo, úlceras terminales y cambios cutáneos al final de la vida. Enferm Dermatol. 2018; 12(33):7-9. [[Internet](#)]
 14. Guinot Bachero J, Furió Vizcaino T. Poliulceración en paciente terminal: úlceras de Kennedy. Plan de cuidados paliativos. Enferm Dermatol. [[Internet](#)] 2014; 8(22):32-40.
 15. Ruiz Henao C.E.; Roviralta Gómez S.: Úlcera terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable? Heridas y cicatrización 2015; 19 (5): 16-20.
 16. Karen Lou Kennedy. Understanding the Kennedy terminal ulcer. 2011. In: Kennedyterminalulcer.com [[Internet](#)].
 17. Yastrub DJ. Pressure or pathology: distinguishing pressure ulcers from the Kennedy terminal ulcer. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010;37:249 -50.
 18. Latimer S, Mackrell K, Shaw J, Gillespie B, Hunt T. Kennedy Terminal Ulcer A scoping review. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2019; 21(4):257-63.
 19. Kennedy K. L.: The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. Decubitus 1989; 2 (2): 44-45
 20. Levine JM. Unavoidable pressure injuries, terminal ulceration, and skin failure: in search of a unifying classification system. Adv Skin Wound Care. 2017; 30(5): 200-2. [[Internet](#)]
 21. Manterola CD ZD. Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. Rev Chil Cir. 2018;61(2):581-5.
 22. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. Decubitus. 1989;2(2): 44-5.
 23. Lutz J, Schank J. The Kennedy terminal ulcer- Twenty years later. JWOCN 2009; 36 (35): 36.
 24. Sánchez-García O, Domínguez-Rodríguez MC. Plan de Cuidados para el paciente en situación de agonía en atención primaria. ENE Enfermería. 2010; 4(2):71-82.
 25. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd, 2008. [[Internet](#)]
 26. Pastor Orduña M I, Palomar Llatas F, Martorell Matoses S. Consensos sobre el tratamiento de las úlceras en el paciente terminal. Revisión de la literatura. Heridas y Cicatrización. 2020; 10(2): 27-32.
 27. Langemo DK, Brown G. Skin fails too: acute, chronic, and end-stage skin failure. Adv Skin Wound Care. 2006 May;19(4):206-11 [[PubMed](#)]
 28. White-Chu EF, Langemo D. Skin Failure: Identifying and Managing an Underrecognized Condition. Annals of long-term Care. 2012; 20 (7). [[Internet](#)]
 29. Beldon P. Managing Skin changes at Life`s end. Wound Essentials. 2011; 6: 76-9.
 30. Canteli Diez A. Heridas atípicas derivadas de enfermedades crónicas seguidas en Atención Primaria. RidEC. 2021;14(1):16-24.
 31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados paliativos. Datos y cifras. In: Who.int [[Internet](#)]; 20 agosto de 2020.
 32. Sibbald RG, Krasner DI, Lutz JB, et al. Skin changes at life`s end (SCALE). J WOCN. 2009;36(3S):S33.
 33. Organización Mundial de la Salud. 67.ª Asamblea Mundial de la Salud. [[Internet](#)]. Ginebra, 19-24 mayo 2014. Resoluciones y Decisiones. WHA67/2014/REC/1.
 34. Witkowski JA, Parish LC. The decubitus ulcer: skin failure and destructive behavior. International Journal of Dermatology. 2000; 39: 894-6.