

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA



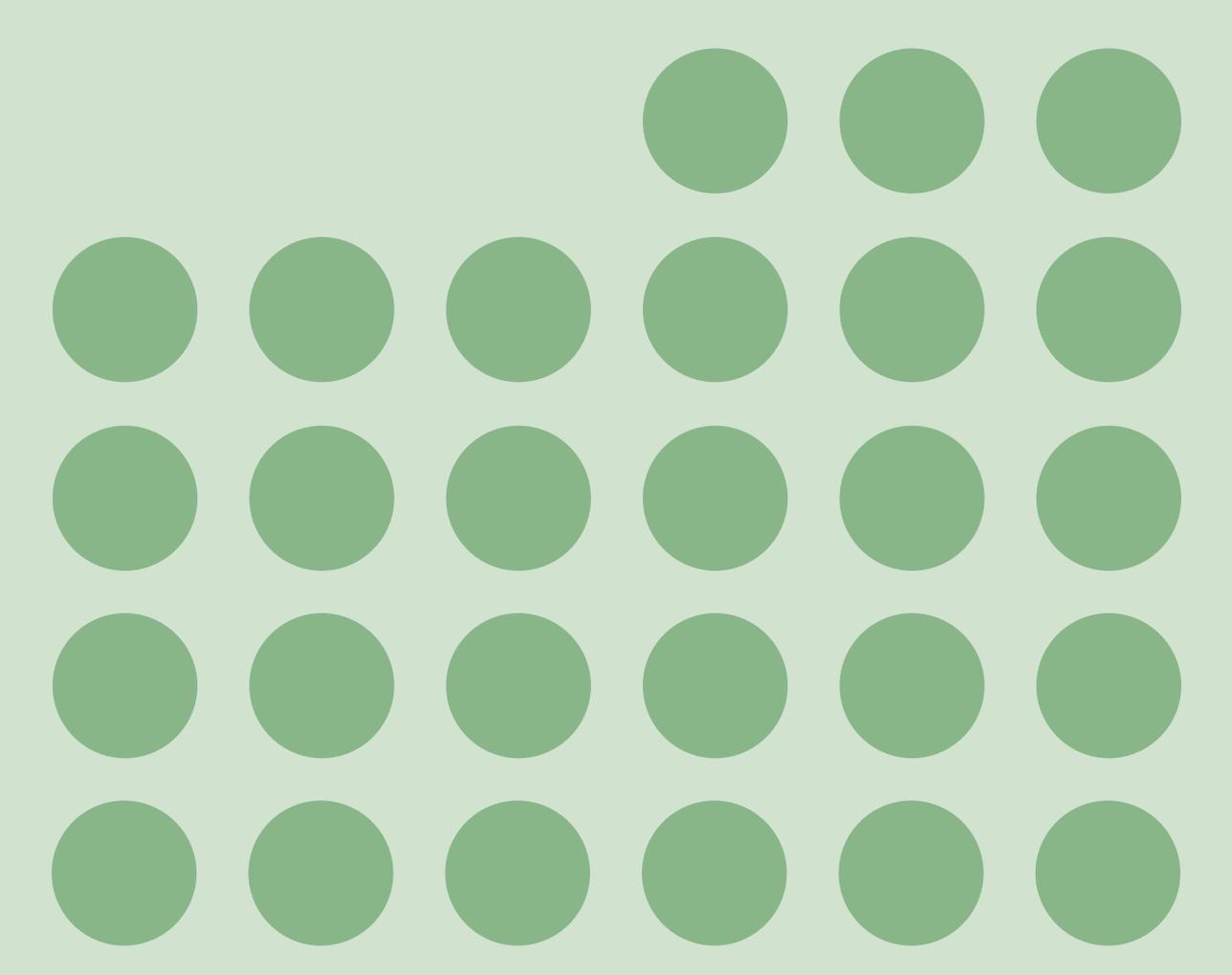
# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON **ÚLCERAS NEOPLÁSICAS**



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD,  
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES**

Hospital Universitario Reina Sofía  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas





# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON **ÚLCERAS NEOPLÁSICAS**



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD,  
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES**

Hospital Universitario Reina Sofía  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas



Edita:  
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA  
COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

ISBN: 978-84-606-6792-6

# Autoría y colaboraciones

Grupo de Trabajo de la GPC sobre el cuidado de personas con úlceras neoplásicas

## Autoría

**Lorenzo Pérez Santos.** *Enfermero. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Felipe Cañadas Núñez.** *Enfermero. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería (Coordinador de autores).*

**Rocío García Aguilar.** *Enfermera, Asesora Técnica de Análisis y Proyectos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSA). Sevilla.*

**María de los Ángeles Turrado Muñoz.** *Enfermera. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Gádor Ángeles Fernández García.** *Enfermera. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**Matilde Moreno Noci.** *Enfermera. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Dolores López Cabrera.** *Enfermera. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**Manuel Corredor Gavilán.** *Enfermero. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**José Puentes Sánchez.** *Enfermero. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

## Autoría de fotos

**Lorenzo Pérez Santos.** *Enfermero. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Jesús de Haro Padilla.** *Médico Especialista en Cirugía Plástica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Gádor Ángeles Fernández García.** *Enfermera. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

## Coordinación

**Felipe Cañadas Núñez.** *Enfermero. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**Lorenzo Pérez Santos.** *Enfermero. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

## Revisión

**Justa López García.** *Enfermera. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**Pilar Pedraza Mora.** *Enfermera. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Antonia Juárez Morales.** *Enfermera. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.*

**María Jesús Palomo Berral.** *Enfermera. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

**Esta Guía de Práctica Clínica está avalada por:**



Sociedad Andaluza de  
Cuidados Paliativos



Sociedad Andaluza de  
Calidad Asistencial



Asociación de Enfermeras de  
Hospitales de Andalucía



Asociación Española de  
Enfermería Vasculuar y Heridas

Declaración de interés: Todos los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en la revisión externa, han realizado la declaración de interés que se presenta en el **Anexo 11.2**



Esta guía debe citarse: Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas.1ª Ed. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L. Coordinadores. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Editores. Andalucía; 2015

# Índice

> Presentación	7
> Resumen de las recomendaciones	9
<b>1. Introducción</b>	<b>11</b>
1.1. Necesidad clínica de una guía	11
1.2. Población	12
1.3. Aspectos que aborda la GPC y aspectos clínicos no contemplados	12
1.4. Población diana profesional	14
<b>2. Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>3. Metodología. Elaboración de la Guía</b>	<b>17</b>
<b>4. Conceptos generales</b>	<b>19</b>
4.1. Definición	19
4.2. Fisiopatología	19
4.3. Clasificación	20
4.4. Epidemiología: indicadores y costes	21
<b>5. Valoración. Problemas de Colaboración. Criterios de Resultados</b>	<b>27</b>
5.1. Valoración general de personas con úlceras neoplásicas	27
5.2. Valoración local de la úlcera neoplásica	27
5.3. Problemas Colaborativos. Criterios de resultados e indicadores (NOC)	29
<b>6. Cuidados. Intervenciones y Actividades Enfermeras (NIC)</b>	<b>31</b>
6.1. Cuidado de las heridas	32
6.2. Manejo del dolor	38
6.3. Control de la hemorragia	38
<b>7. Material recomendado a disponer para el cuidado de úlceras neoplásicas</b>	<b>43</b>
<b>8. Continuidad de Cuidados de Enfermería en personas con úlceras neoplásicas</b>	<b>45</b>
8.1. Información y documentación clínica	45
8.2. Hoja de registro para personas con úlceras neoplásicas	47
<b>9. Difusión e implementación</b>	<b>49</b>
<b>10. Recomendaciones de investigación futura</b>	<b>53</b>
<b>11. Anexos</b>	<b>55</b>
11.1. Glosario de imágenes	55
11.2. Declaración de conflictos de intereses	59
<b>12. Bibliografía</b>	<b>61</b>
<b>Material adicional</b>	
Guía de información para pacientes y cuidadores	
Guía rápida de consulta	



Esta guía ha sido financiada por el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y el Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería.

# Presentación

Esta Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas es la quinta de una serie que edita el Servicio Andaluz de Salud con el propósito de aunar criterios, homogeneizar la atención y ofrecer al ciudadano los mejores cuidados (en las anteriores se abordaron las úlceras por presión, úlceras arteriales, epidermolisis ampollosa y quemaduras). Este documento, que es el primero de estas características dedicado a los cuidados de este tipo de úlceras en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, trata de ofrecer a la población cuidados excelentes, poniendo a disposición de los profesionales una herramienta para acercarse a este problema de salud.

Las úlceras neoplásicas representan un importante problema de salud con graves consecuencias y repercusión en la calidad de vida del paciente (dolor, sangrado, mal olor, autoestima y aislamiento social). Generalmente se producen por tumores muy avanzados, recidivados o metastásicos en los que el grado de infiltración presiona la piel produciendo la ruptura de la integridad cutánea. Se sabe que cerca del 5% de los cánceres presentan afectación cutánea, sin embargo no se conoce cuál es la proporción que llega a desarrollar úlceras neoplásicas.

El manual ha sido elaborado por profesionales de enfermería pertenecientes al Hospital Universitario Reina Sofía y al Complejo Hospitalario Torrecárdenas, con amplia experiencia clínica, docente e investigadora en el cuidado de personas con úlceras neoplásicas y en la elaboración de protocolos o documentos relacionados con las mismas.

Los principales objetivos de esta guía, recogidos en el Plan Integral de Oncología de Andalucía, son mejorar la salud y la calidad en los cuidados que precisan estos pacientes, así como reducir la variabilidad y la incertidumbre en la práctica clínica para el abordaje de las úlceras neoplásicas. En su elaboración se han introducido aspectos metodológicos vanguardistas, como son la clasificación de evidencias GRADE y taxonomías enfermeras, además de servirse de la herramienta AGREE como instrumento de evaluación de su calidad metodológica.

La guía aporta casos clínicos de pacientes tratados en ambos centros durante los últimos 20 años. Estas imágenes, repartidas por toda la guía, permiten revisar la atención prestada a pacientes con úlceras tumorales en la etapa final de sus vidas.

Quiero agradecer a todos los profesionales su participación en esta guía, que ayudará a mejorar los cuidados en pacientes con úlceras tumorales.

**Marina Álvarez Benito**

Directora Gerente  
Hospital Universitario Reina Sofía

**Francisca Antón Molina**

Directora Gerente  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas



Esta guía es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria.  
No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

# Resumen de las recomendaciones

## VALORACIÓN FOCALIZADA DE LA PERSONA CON ÚLCERAS NEOPLÁSICA

Todo paciente que padezca alguna úlcera tumoral debe ser valorado para establecer el estado de la misma y el del resto de la piel <sup>45</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>
Registre la valoración y el plan de cuidados <sup>46</sup>	<b>EVIDENCIA ALTA</b>

## TRATAMIENTO

### CUIDADOS DE LAS HERIDAS (NIC 3660)

Humedezca la zona antes de la retirada del apósito para disminuir el dolor, el sangrado y no dañar la zona perilesional <sup>55, 56</sup>	<b>EVIDENCIA BAJA</b>
Limpie con agua del grifo, agua hervida, agua destilada o suero salino <sup>57, 58</sup>	<b>EVIDENCIA MODERADA</b>
La utilización de antisépticos como la clorhexidina ayuda a descontaminar y eliminar el tejido fibroso y desvitalizado <sup>61-64</sup>	<b>EVIDENCIA BAJA</b>
Mantenga el tejido perilesional limpio e hidratado. Películas de poliuretano transparentes o pomadas con óxido de zinc protegen bien la piel perilesional <sup>45, 70, 71</sup>	<b>EVIDENCIA MODERADA</b>
La limpieza de la herida reduce el olor y elimina el tejido desvitalizado <sup>25, 73-75</sup>	<b>EVIDENCIA BAJA</b>
La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional <sup>79</sup>	<b>EVIDENCIA MODERADA</b>
Utilice apósitos absorbentes (hidrofibra, alginato cálcico) para controlar el exceso de exudado <sup>6, 73-74, 80</sup>	<b>EVIDENCIA MODERADA</b>
Los apósitos liberadores de plata son una opción de gran utilidad en pacientes con úlceras neoplásicas <sup>76, 81-84</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>
Utilice apósitos de carbón activado sólo o asociado a plata si el olor persiste a pesar de la limpieza y desbridamiento no cortante <sup>6, 25, 73-74, 94</sup>	<b>EVIDENCIA MODERADA</b>
Utilice metronidazol ante heridas de olor incontrolable <sup>6, 25, 73-74, 97-98</sup>	<b>EVIDENCIA ALTA</b>
Utilice medidas para el manejo del prurito (como protección piel perilesional y corticoides tópicos en piel perilesional o hidrogeles en la lesión tumoral) <sup>104</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>

Valore la realización de cultivos de la herida <sup>105</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>
Evite la exposición de lesiones tumorales al medio ambiente de forma constante <sup>107, 108</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>
Considere los efectos psicológicos del paciente a la hora de elegir los productos y tratamientos adecuados <sup>117</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>

### MANEJO DEL DOLOR (NIC 1400)

Utilice medidas coadyuvantes para el manejo del dolor (como la cura en ambiente húmedo, el horario reglado o humedecer los apósitos) <sup>10, 45, 53, 70</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>
Valore el uso de geles de opioides como analgésicos tópicos para el manejo del dolor local <sup>56, 73, 118-123</sup>	<b>EVIDENCIA MODERADA</b>

### CONTROL DE LAS HEMORRAGIAS (NIC 4160)

Controle el sangrado aplicando presión directa sobre la zona y usando apósitos hemostáticos como los de alginato cálcico o esponjas hemostáticas <sup>18, 72-73</sup>	<b>EVIDENCIA BAJA</b>
Ante lesiones con sangrado persistente valore entre derivar para cauterización ,cirugía, radioterapia o utilizar con precaución otras opciones <sup>10, 51, 56, 72-73</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>
No se recomienda realizar desbridamiento cortante en una herida tumoral por riesgo de sangrado y dificultad para hacer hemostasia <sup>4, 51, 61</sup>	<b>EVIDENCIA MUY BAJA</b>

# 1. Introducción

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica<sup>1</sup>. Esta guía ayudará a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de información científica disponible, garantizando y mejorando la atención que se presta en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Los principales criterios de selección a tener en cuenta para la elaboración de una Guía de Práctica Clínica<sup>2,3</sup> (GPC) son la existencia de un problema de salud importante con impacto en la morbimortalidad, variabilidad en la práctica clínica, importante repercusión en cuanto a pronóstico o en calidad de vida y posibilidad de conseguir un cambio para mejorar resultados en la atención porque el proceso es susceptible de mejorarse por una actuación sanitaria y los medios para lograrlo están disponibles.

Los cuidados que precisan las personas con úlceras neoplásicas cumplen claramente los criterios para la realización de una GPC. El manejo adecuado, basado en la mejor evidencia científica disponible, supone un importante reto para estas personas y sus familiares como para los profesionales implicados en su atención sanitaria.

## 1.1. Necesidad clínica de una guía

- **Por la elevada incidencia y morbimortalidad del cáncer en la población**

La importancia del cáncer como problema de salud viene definida por su elevada incidencia y letalidad donde las úlceras neoplásicas constituyen un indicador directo de calidad y representan un importante problema de salud con graves consecuencias a diferentes niveles: pacientes y sus familiares, profesionales sanitarios y Sistema de Salud<sup>4</sup>. Es un problema cada vez más frecuente en nuestro medio, la prioridad en establecer unos cuidados de calidad ha dependido en ocasiones del conocimiento y de la actitud de los profesionales implicados en su cuidado<sup>5, 6</sup>.

- **Por la gran variabilidad de cuidados que coexisten en la práctica clínica diaria**

El cuidado de los pacientes con úlceras tumorales o neoplásicas ha quedado históricamente relegado a un segundo plano, apareciendo a lo sumo alguna referencia en guías de cuidados de úlceras por presión. Sin duda constituye una labor difícil, ya

que gran parte de los cuidados son poco gratificantes para el profesional y con poca difusión. En la revisión de la literatura científica realizada para esta guía no hemos encontrado ninguna guía específica que aborde los cuidados de este tipo de lesiones sustentando las intervenciones propuestas en evidencia científica. Así mismo existen escasos estudios sobre apósitos específicos para esta patología siendo en la mayoría de los casos un enfoque mayoritariamente paliativo<sup>7</sup>.

Con la elaboración de esta GPC pretendemos crear una herramienta para la toma de decisiones, contribuir a disminuir la variabilidad y a mejorar la calidad de los cuidados en este tipo de paciente al basarse en la mejor evidencia disponible, ofreciendo al personal sanitario la oportunidad de incorporar en su práctica diaria información actualizada, producto de la investigación científica<sup>8</sup> ya que el proceso es susceptible de mejorarse por una actuación sanitaria y los medios para lograrlo están disponibles.

- **Por la importante repercusión en la calidad de vida del paciente.**

Los pacientes con este tipo de heridas presentan una importante repercusión en su calidad de vida ya que se enfrentan a importantes problemas como el dolor, el sangrado o el mal olor, sin olvidarnos de los problemas relacionados con la percepción de la imagen corporal, la autoestima y el aislamiento social.

Propiciar que pacientes y familiares tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención humanizada esta dentro de los objetivos del Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA)<sup>9</sup>.

## 1.2. Población

- **1.2.1. Grupos que se consideran**

Esta GPC va dirigida a pacientes adultos que presenten úlceras neoplásicas.

- **1.2.2. Grupos que no se toman en consideración**

Excluimos de esta guía a la población infantil que presente este tipo de lesiones debido a las escasas publicaciones científicas con algún nivel de evidencia.

## 1.3. Aspectos que aborda la GPC y aspectos clínicos no contemplados

Esta GPC abordará los siguientes aspectos:

- Concepto de úlcera neoplásica.
- Características fisiopatológicas de las úlceras neoplásicas.

- Clasificación de las úlceras neoplásicas desde el punto de vista fisiopatológico.
- Valoración general del paciente con úlceras neoplásicas, atendiendo principalmente al momento evolutivo de la enfermedad y al pronóstico del proceso oncológico.
- Valoración local de las úlceras neoplásicas en función del aspecto de la lesión, manejo de carga bacteriana y control del exudado.
- Algoritmo diagnóstico, abordando el problema como de colaboración: úlceras neoplásicas secundarias a (especificar tipo de tumor).
- Criterios de resultados. Indicadores y escalas de medición.
- Intervenciones y actividades enfermeras (NIC Nursing Intervention a Classification): cuidados de las heridas, manejo del dolor, control de las hemorragias.
- Algoritmo terapéutico para el manejo de úlceras neoplásicas.
- Material recomendado para el cuidado de úlceras neoplásicas.
- Continuidad de cuidados: información y documentación clínica.

Aspectos clínicos no contemplados:

- La guía no contempla ninguna estrategia de prevención y aparición de úlceras neoplásicas ya que la mayoría de las úlceras neoplásicas son inevitables, aunque el retraso en los cuidados suele producirse al pensar que es un proceso evolutivo de la enfermedad o por consulta tardía del paciente<sup>10</sup>.
- Medidas de prevención del cáncer entre la población está dentro de los objetivos del Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA)<sup>9</sup>.
- Factores de riesgo relacionado con la incidencia de los tumores. La información acerca de los mismos está dentro de los objetivos del Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA)<sup>9</sup>.
- Aspectos nutricionales en el paciente oncológico.
- Manejo del dolor oncológico. El Sistema Sanitario Público de Andalucía a través del Plan Andaluz de Atención al Dolor<sup>11</sup> contempla una serie de actuaciones dirigidas a dar respuesta a las necesidades sanitarias en relación al dolor en la población andaluza.

## 1.4. Población diana profesional

- La guía cubrirá la asistencia que las enfermeras/os de Atención Primaria (AP) y de Atención Hospitalaria (AH) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) proporcionan a pacientes con úlceras neoplásicas.
- La guía recogerá áreas interdisciplinarias que requieren la colaboración entre AP y AH del SSPA.
- La guía puede ser relevante para profesionales de centros sociosanitarios en la asistencia de pacientes con úlceras neoplásicas.

---

## 2. Objetivos

### **Objetivo general**

- El objetivo fundamental de esta GPC es mejorar la salud y calidad de vida en personas con úlceras neoplásicas, recogido en el Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA)<sup>9</sup>.

### **Objetivos específicos:**

- Reducir la variabilidad y la incertidumbre en la práctica clínica para el abordaje de las úlceras neoplásicas.
- Promover la adecuada utilización de las tecnologías sanitarias y orientar en la priorización de los recursos.
- Contribuir en la mejora competencial de los profesionales del SSPA.
- Abrir un campo de investigación enfermera sobre cuidados a pacientes con úlceras neoplásicas.



### 3. Metodología. Elaboración de la guía

Esta guía ha sido elaborada por enfermeras/os andaluces de diferentes niveles asistenciales con amplia experiencia clínica, docente o investigadora en el cuidado de personas con úlceras neoplásicas y en la elaboración de protocolos o documentos relacionados con las mismas.

Asimismo, han participado pacientes con úlceras neoplásicas y personas cuidadoras, contribuyendo en varias fases del proceso de elaboración de la guía (formulación de preguntas, elaboración y revisión de las recomendaciones).

En una fase preliminar se examinó, mediante metodología grupal/cualitativa, la situación actual de la atención de las úlceras neoplásicas en el SSPA. Para ello se hizo un DAFO, que ayudó a un análisis real de las debilidades y fortaleza (análisis interno) y de las amenazas y oportunidades (análisis externo), con un grupo de profesionales expertos en la atención de éste tipo de heridas.

Se determinó la sistemática de búsqueda de la mejor evidencia disponible. La estrategia contempló las bases que había que consultar, periodo, términos para la consulta y sistema de “búsqueda inversa”.

Así se ha realizado una búsqueda en las bases de datos más importantes: Cuiden Plus, CUIDATGE, Base de datos para la investigación en enfermería (BDIE), Literatura latina y del Caribe de Ciencias de la Salud (LILACS), Índice médico español (IME), Embase, Currents Contens y el International Nursing Index (INI), Medline, Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Se han utilizado los descriptores MeSH, Emtree y Cuiden, relacionados con las úlceras neoplásicas.

Se realizó la búsqueda sin límite de año, recogiendo todo el contenido de las bases de datos hasta febrero del 2014.

Como resultado de la misma se han incorporado recomendaciones procedentes de estudios de investigación y publicaciones que aporten niveles razonables de evidencia a las distintas recomendaciones.

Se excluyeron de la guía aquellos artículos que no cumplieran los requisitos de calidad.

Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema del GRADE Working Group. En los casos dónde se encontraron diferencias a la hora de determinar el nivel de evidencia de la recomendación se ha utilizado el

consenso formal (Método RAND / UCLA) no encontrando áreas específicas de desacuerdo<sup>12</sup>.

El sistema GRADE<sup>13, 14</sup> clasifica las evidencias partiendo del diseño del estudio, pero aumenta o disminuye el nivel de la misma considerando otros elementos, fundamentalmente la calidad del estudio, la consistencia del mismo y el tipo de evidencia generada (directa o indirecta) para dejar la recomendación en cuatro niveles:

<b>ALTA</b>	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado
<b>MODERADA</b>	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado
<b>BAJA</b>	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado
<b>MUY BAJA</b>	El resultado no ha sido demostrado

Es preciso destacar que la presencia de un nivel de evidencia Bajo o Muy Bajo, en muchas ocasiones no es sinónimo de mala evidencia, simplemente refleja la falta de estudios que confirmen o desmientan el resultado o bien son estudios cualitativos, consenso de expertos, etc.

La guía esta estructurada por apartados, siguiendo la metodología enfermera: Diagnósticos de Enfermería (Problemas de colaboración), Criterios de Resultados (NOC) e Intervenciones y Actividades Enfermeras (NIC) <sup>15-17</sup>.

Colaboradores expertos han participado en la formulación de preguntas y en la revisión del primer borrador de la guía.

Igualmente se ha realizado una revisión externa por parte de profesionales ajenos a los autores y colaboradores de la guía. Así mismo se ha contactado con las distintas Sociedades Científicas para que a través de sus miembros realizaran otra revisión independiente.

En caso de considerar necesario una actualización se seguirán los pasos realizados en esta guía, es decir, búsqueda bibliográfica a partir de febrero del 2014, evaluación crítica y síntesis, actualización del texto y de las evidencias disponibles, revisión interna, revisión externa (sociedades, profesionales independientes y asociaciones de pacientes) y publicación vía electrónica de la nueva guía.

## 4. Conceptos generales

### 4.1. Definición

Cuando hablamos de úlceras neoplásicas nos referimos a aquellas producidas por tumores muy avanzados, recidivados o metastásicos en los cuales el grado de infiltración presiona la piel produciendo la ruptura de la integridad cutánea<sup>4</sup>.

### 4.2. Fisiopatología

Las heridas neoplásicas representan un riesgo potencial de daño masivo a la piel y tejidos adyacente por la combinación de: crecimiento del tumor, pérdida de vascularización y ulceración<sup>4</sup>.

Desde el punto de vista fisiopatológico se caracterizan:

- Crecimiento incontrolado del tumor que acaba rompiendo la piel <sup>4,18</sup>.
- Neovascularización: formación de vasos sanguíneos a partir de otros existentes, de manera que cuando esos vasos se rompen producen sangrado de la herida de forma importante <sup>19-22</sup>.
- Invasión de células tumorales: el crecimiento de estas células pueden romper vasos sanguíneos produciendo sangrado <sup>23</sup> o bien pueden invadir estructuras y terminaciones nerviosas produciendo dolor <sup>19-22</sup>.
- Formación de masa tumoral necrótica: debido a una mala vascularización, se traduce en un empeoramiento de los tejidos cercanos, aumentando el riesgo de necrosis<sup>24</sup> y produciendo una proliferación aeróbica (stafilococo aureus, pseudomona aeruginosa...) y anaeróbica (causante del mal olor) <sup>19-22</sup>.



*Tumor de Merkel. Crecimiento incontrolado del tumor que acaba rompiendo la piel.*



*Carcinoma epidemoide: necrosis tumoral zona supraclavicular.*

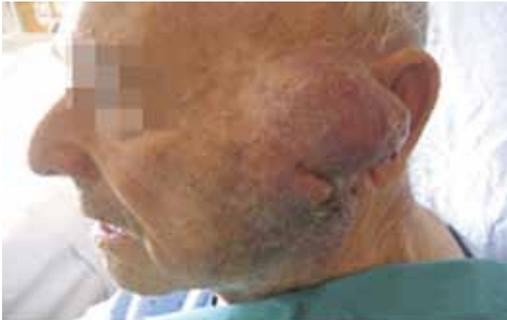


*Resección quirúrgica tumor en cuero cabelludo, pendiente de estrategia terapéutica. Crecimiento tumoral muy activo (12 días de evolución, se aprecia la formación de mamelones de tejido de granulación en bordes de la herida).*

### 4.3. Clasificación

Existen distintos tipos de clasificación de las lesiones tumorales:

a) En función de si existe ruptura de la integridad cutánea o no: es una clasificación sencilla y desde el punto de vista de los cuidados enfermeros la que más aplicabilidad práctica. Se clasificarían como lesiones abiertas (existe ruptura de la integridad cutánea) o lesiones cerradas (no ruptura de la integridad cutánea)<sup>18</sup>.



*Recidiva parotídea de carcinoma de labio. Herida tumoral cerrada, invasión de estructuras profundas de la cara.*



*Satelitosis cutánea por recidiva cáncer de mama. Infiltración de planos profundos en el lecho tumoral.*

b) En función de la evolución<sup>25</sup>. En este tipo de lesiones no es posible una clasificación por estadios de afectación, la enfermedad de base puede tener orígenes distintos por lo que las características de la lesión difieren de un tipo de tumor a otro. Además el nivel de evolución de la lesión tumoral en ocasiones no se correlaciona con la gravedad del proceso, así por ejemplo hay lesiones sin pérdida de la integridad cutánea invadiendo planos profundos (peor pronóstico) y otras lesiones de crecimiento exófito (carcinoma epidermoide) pueden afectar tejidos más superficiales (mejor pronóstico).

El conocimiento del grado de invasión e infiltración tumoral no es posible a simple vista por el personal sanitario .A diferencia de otras heridas crónicas, se necesitan pruebas complementarias (TAC o resonancia magnética nuclear) para su diagnóstico, siendo responsabilidad del médico especialista.

El crecimiento tumoral puede ser:

- Crecimiento exofítico o vegetante. Aspecto de coliflor “Fungating”<sup>20</sup>.
- Crecimiento endofítico. Se caracteriza por crecimiento irregular, bordes evertidos e indurados, fondo sucio, sin halo inflamatorio perilesional, evolucionando a la destrucción de los tejidos<sup>20</sup>.



*Carcinoma epidermoide endofítico en zona clavicular. Bordes evertidos e indurados.*



*Carcinoma epidermoide exofítico en zona sacra. Aspecto de coliflor.*

Cuando aparece una úlcera neoplásica o placa cancerosa se produce una alteración en la perfusión tisular, cuyo resultado es una necrosis de piel y tejidos adyacentes; el crecimiento rápido y desordenado de la masa tumoral no permite la existencia de un buen soporte vascular, originando una fragilidad vascular con escasa perfusión<sup>24</sup>.

#### **4.4. Epidemiología: indicadores y costes**

##### **4.4.1. Epidemiología**

Los tumores más frecuentes, en estadios muy avanzados, que pueden desarrollar úlceras neoplásicas son:

- Afectación cutánea primaria o metastásica de tumores (mama, laringe, colon, vulva, ovario, recto, etc.).
- Tumores de piel no melanoma (carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide).
- Melanomas.
- Sarcomas.

No hay datos recogidos tanto a nivel nacional como andaluz acerca de la prevalencia de úlceras neoplásicas de tumores primarios o metastásico en diferente localizaciones, pero si hay información sobre estimaciones de la prevalencia del total del cáncer (excepto piel no melanoma) en Andalucía, según sexo y principales localizaciones tumorales<sup>9</sup>.

MUJERES			HOMBRES		
Tiempo de prevalencia			Tiempo de prevalencia		
A 1 año	A 3 años	A 5 años	A 1 año	A 3 años	A 5 años
11.859	28.347	40.253	8.854	22.624	33.566

Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012

Se sabe que cerca del 5% de los cánceres presentan afectación cutánea, sin embargo no se conoce cual es la proporción que llega a desarrollar úlceras neoplásicas ni se ha realizado una descripción pormenorizada de los problemas que se asocian a este tipo de complicaciones<sup>26</sup>, mencionamos el carcinoma de mama por ser el tumor que con mayor frecuencia se asocia a este tipo de lesiones. Constituye un importante problema de salud siendo la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres de nuestra comunidad autónoma y el tumor más frecuente en las mismas<sup>9</sup>.

A nivel internacional se encontraron dos estudios epidemiológicos, en uno se siguió 525 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama inicial, encontrándose que en un 2,66% posteriormente afecto la piel de la mama<sup>27</sup>, en otro se informó que la tasa de prevalencia de úlceras neoplásicas era de 6,6%, la localización más frecuente de tales heridas fue en el tórax en mujeres con cáncer de mama y la aparición fue principalmente ulcerada<sup>28</sup>.



Recidiva cutánea de carcinoma de mama.



Recidiva de carcinoma de laringe.



Úlcera tumoral abdominal (12 años de evolución), implantada en cicatriz antigua.



Afectación cutánea por linfoma.

- **Tumores de piel no melanoma**

No hay estudios cuantitativos del grado de incidencia en la población de los tumores de piel ya que no es obligatorio su notificación y registro. Los carcinomas basocelulares suponen el 75% de los tumores malignos de piel y el 25% restante corresponde al carcinoma epidermoide<sup>29-31</sup>.

Como datos de mortalidad de tumores malignos de piel y tejidos blandos, mencionamos 2,697/1000 fallecidos a nivel nacional, en Andalucía (98 varones - 67 mujeres)<sup>32</sup>.

- ✓ **Carcinoma basocelular (Ca basocelular)**

Localizado en cara, cuello, miembros superiores y cuero cabelludo. Es el más frecuente de los tumores cutáneos con una relación 2:1 entre sexo masculino y femenino, afecta principalmente a individuos de 50-80 años<sup>33</sup>.

Aunque la mayoría de las lesiones se asocia al exceso de radiación ultravioleta, este tipo de tumor tiene un origen multifactorial<sup>34</sup>.



Recidiva carcinoma basocelular.



Recidiva carcinoma basocelular.

✓ Carcinoma espinocelular o epidermoide. (Ca espinocelular o epidermoide):

Localizado en cara, labio inferior, manos, brazos, genitales (pene y vulva) y mucosas; menos frecuente que el carcinoma basocelular en una relación (1:10)<sup>35</sup>.

Mayor frecuencia en hombres debido al trabajo al aire libre sobre todo en población rural, la edad de presentación oscila 60 y 80 años aunque la edad disminuye en países soleados<sup>29, 30</sup>.



*Carcinoma epidermoide mano derecha.*



*Carcinoma epidermoide intraoral.*

Mención especial dentro de este grupo es la úlcera de Marjolin, se trata de una degeneración maligna de una lesión crónica de piel bien inflamatoria o traumática como son quemaduras en la infancia, enfermedades ampollas (epidermolisis ampollas), radiodermatitis crónica, úlceras tórpidas (úlceras venosas crónicas), fístulas (osteomielitis), principalmente en miembro inferior que derivan a este tipo de carcinoma<sup>7</sup>.

Para descartar la aparición de úlcera de Marjolin o carcinoma epidermoide, está indicado hacer biopsia tisular en cualquier úlcera crónica que haya mostrado cambios de tamaño en extensión y elevación o síntomas como dolor o secreción maloliente en ausencia de infección<sup>36</sup>.



*Úlcera de Marjolin (carcinoma epidermoide miembro inferior. Degeneración maligna de úlcera venosa crónica.*

- **Melanoma**

Localizado en miembro inferior, cara, región malar y pretemporal, palma de la mano, lecho ungueal y mucosas<sup>37</sup>, la incidencia de éste ha aumentado vertiginosamente, siendo cáncer de piel con mayor mortalidad y presenta tasas crecientes en nuestro entorno especialmente en personas jóvenes, a nivel nacional se contabiliza 877 casos en el año 2008 (510 hombres-367 mujeres), en Andalucía 108 casos (65 hombres-43 mujeres)<sup>38</sup>.



*Recidiva cutánea de melanoma.*



*Melanoma en talón.*

- **Sarcomas**

✓ Osteosarcoma: tumor óseo maligno mas común en la juventud, la edad promedio diagnóstico es de 15 años, la incidencia es similar en ambos sexos hasta la última parte de la adolescencia a partir de este momento los varones son los más afectados. Existe otro punto máximo de incidencia entre los adultos hacia los 60 y 70 años<sup>39-41</sup>.

✓ Sarcomas de partes blandas: son lesiones malignas raras que se presentan ubicadas en zonas profundas y solo rara vez se originan en la dermis o tejido blando superficial. Existen muchos tipos, tomando como base el tipo de tejido en el que se inician<sup>39</sup>.



*Recidiva cutánea en glúteo de osteosarcoma.*

### 4.4.2. Indicadores y costes

Los indicadores epidemiológicos son un instrumento de gran utilidad para medir el alcance y la evolución temporal del problema de las úlceras tumorales, sin embargo y por diversas causas, la información epidemiológica relacionada con estas heridas ha tenido un escaso desarrollo.

El mejor conocimiento de la epidemiología de las úlceras neoplásicas o tumorales permitirá diseñar estrategias para el cuidado de estas lesiones, con el objeto de mejorar la seguridad clínica y la calidad asistencial en los pacientes oncológicos, a su vez serviría para una planificación y gestión óptima de los recursos sanitarios necesarios.

Actualmente se está produciendo una implantación progresiva debido principalmente a la dimensión del problema, a los nuevos avances científicos en el tratamiento y cuidado de estas heridas, a las aportaciones de sociedades científicas interesadas en el tema y la nueva gestión de los cargos de responsabilidad sanitaria que están creando, especialmente desde el desarrollo de planes de calidad, las bases para la recogida de datos epidemiológicos en nuestro entorno.

## 5. Valoración. Problemas de Colaboración. Criterios de Resultados

### 5.1. Valoración general del paciente con úlceras neoplásicas

La valoración de la persona que presenta úlceras tumorales se hará recogiendo los antecedentes y datos actuales tanto objetivos como subjetivos. Los datos se obtendrán de la entrevista con la persona y/o familiares, de la observación, del examen físico y de su historia clínica<sup>42</sup>.

La valoración debe recoger de manera obligatoria los siguientes ítems:

> Momento evolutivo de la enfermedad oncológica
> Patologías asociadas o de problemas intercurrentes
> Pronóstico del proceso oncológico
> Capacidad funcional del paciente (capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria)
> Estado nutricional del paciente: elevada incidencia de la desnutrición en la enfermedad oncológica
> Aspectos psicológicos del paciente (autoestima e imagen corporal)

### 5.2. Valoración local de la úlcera neoplásica

Todo paciente que padezca alguna úlcera tumoral debe ser valorado para establecer el estado de la misma y el del resto de la piel<sup>45</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

Para realizar una valoración focalizada determine:

**A.** Aspecto de la lesión: localización, tamaño, tejido desvitalizado/necrótico, esfacelos, piel perilesional.

**B.** Bacterias: manejo de la carga bacteriana, ya que existe un riesgo muy elevado de infección en este tipo de lesiones. Debido a una mala vascularización aumenta el riesgo de necrosis<sup>46</sup>, produciéndose proliferación bacteriana tanto aeróbica como anaeróbica<sup>19-22</sup>.

**C.** Control del exudado: El exudado abundante suele estar presente en todas la heridas neoplásicas, la monitorización del exudado es vital ya que con ello controlamos el olor, el riesgo de infección y protegemos la piel perilesional aumentando el confort del paciente.



Registre la valoración y el plan de cuidados<sup>46</sup>

**EVIDENCIA  
ALTA**

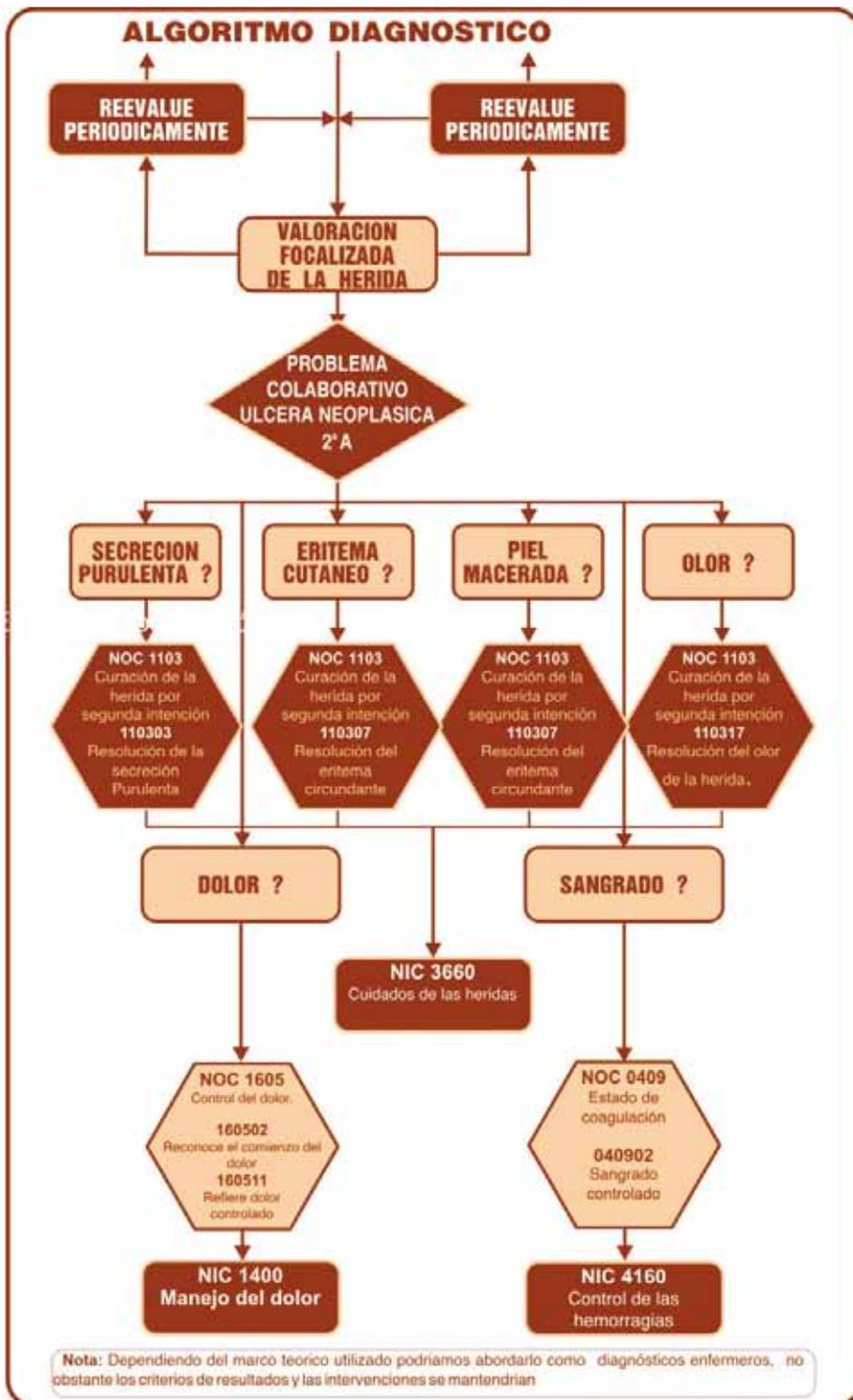
Tras la valoración global de la persona y la focalizada de la herida, la enfermera/o referente junto al resto del equipo sanitario y el propio paciente y / o familia, establecerán un plan de cuidados donde se reflejarán los criterios de resultados (estableciendo indicadores reales) y se planificarán las intervenciones y actividades enfermeras/os.

Los cuidados de las personas con úlceras tumorales debemos abordarlos como Problemas de Colaboración (PC) ya que el abordaje debe ser multidisciplinar si bien esto no impide establecer criterios de resultado e intervenciones propias de las enfermeras/os.

### 5.3. Problemas Colaborativos. Criterios de resultados e indicadores (NOC).

PROBLEMA COLABORATIVO	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) INDICADORES	ESCALAS	INTERVENCIONES (NIC)
Úlcera neoplásica 2ª a (especificar)	<p>1103 Curación de las herida: por segunda intención</p> <p>Indicadores:            110303 Resolución de la secreción purulenta.            110307 Resolución del eritema cutáneo circundante.            110311 Resolución de la piel macerada.            110317 Resolución del olor de la herida.</p>	<p>Escala (i): de Ninguna a Completa</p> <p>1: Ninguna.            2: Escasa.            3: Moderada.            4: Sustancial,</p>	3660 Cuidado de las heridas
	<p>1605 Control del dolor.</p> <p>Indicadores:            160502 Reconoce el comienzo del dolor            160511 Refiere dolor controlado</p>	<p>Escala (m): de Nunca manifestado a manifestado constantemente.</p> <p>1: Nunca manifestado            2: Raramente manifestado.            3: En ocasiones manifestado.            4: Con frecuencia manifestado.            5: Manifestado constantemente.</p>	1400 Manejo del dolor.
	<p>0409 Estado de coagulación</p> <p>Indicadores:            040902 Sangrado</p>	<p>Escala (b): de Desviación extrema para el rango esperado a sin desviación del rango esperado</p> <p>1: Desviación extrema para el rango esperado.            2: Desviación importante para el rango esperado.            3: Desviación moderada para el rango esperado            4: Sin desviación en el rango esperado.</p>	4160 Control de las hemorragias

## Algoritmo diagnóstico en úlceras neoplásicas



## 6. Cuidados. Intervenciones y Actividades de Enfermería (NIC)

El cuidado de las lesiones malignas fungiformes es complejo y constituye un reto para los profesionales de la salud, no sólo por la complejidad de la propia lesión sino por las dificultades físicas y la carga psicológica que tienen que soportar estas personas, cuidadores y familias<sup>48, 49</sup>.

La finalidad de las intervenciones para el cuidado de las lesiones tumorales no es la cicatrización a diferencia de otras heridas crónicas. Esta orientado a aliviar los síntomas físicos como el exudado copioso, el mal olor, el dolor y el riesgo de hemorragias.

Aunque una proporción pequeña de pacientes puede lograr la curación después de la exéresis quirúrgica, el tratamiento es generalmente paliativo y se dirige a alcanzar la mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Como opciones terapéuticas, mencionamos:

- Cirugía reparadora: para la cobertura o reconstrucción de la zona afectada disponemos de todas las técnicas habituales de Cirugía Plástica como son injertos, colgajos, tanto pediculados (cutáneos, fasciocutáneos, musculares) como colgajos libres (microcirugía)<sup>50</sup>.

En el caso de tumores muy avanzados, recidivados o metastásicos es posible efectuar una cirugía higiénico-paliativa para controlar la hemorragia, eliminar tejido necrótico, limitar la infección y aliviar el dolor. Todo ello ayudará a proporcionar un mayor confort y mejorar la calidad de vida de estas personas.

- Radioterapia: reduce el tamaño, sangrado, olor y alivia el dolor<sup>10, 51, 54</sup>.
- Quimioterapia: reduce el tamaño y alivia el dolor, puede aumentar el sangrado<sup>52, 53</sup>.



*Carcinoma epidermoide zona clavicular. Exéresis quirúrgica, reconstrucción con injerto cutáneo.*



*Carcinoma epidermoide endofítico en zona inguinal - Reconstrucción con colgajo fasciocutáneo - Resultado final.*

### 6.1. Cuidado de las heridas

Humedezca la zona antes de la retirada del apósito para disminuir el dolor, el sangrado y no dañar la zona perilesional<sup>55, 56</sup>

**EVIDENCIA  
BAJA**

El problema de sangrado es muy frecuente en úlceras neoplásicas debido a la fragilidad de los tejidos afectados. Así mismo es frecuente que el crecimiento del propio tumor lesione y rompa vasos sanguíneos, por ello la actitud en las curas es conservadora, tanto en la limpieza de la herida como en la retirada del apósito.

Limpie con agua del grifo, agua hervida, agua destilada o suero salino<sup>57, 58</sup>

**EVIDENCIA  
MODERADA**

La limpieza de las heridas se hará con suero salino o en su defecto con agua destilada, agua hervida o del grifo. No existen datos que permitan recomendar como más eficaz en su utilización a ninguna de ellas (agua del grifo, destilada, hervida o suero salino) sobre las otras, excepto por criterios económicos.

El lavado se hará por irrigación nunca de forma mecánica para no dañar los tejidos <sup>59,60</sup> aunque presiones de lavado de menos de 8 psi son ineficaces para reducir el número de bacterias <sup>59</sup> (8 psi las proporciona una jeringa de 35 cc con aguja 19 G.).

La utilización de antisépticos como la clorhexidina ayuda a descontaminar y eliminar el tejido fibroso y desvitalizado<sup>61-64</sup>

**EVIDENCIA  
BAJA**

Es efectiva ante gérmenes aerobios (Gram +, Gram -), anaerobios y hongos; contaminación típica de estas heridas debido a la mala vascularización del lecho tumoral y además a diferencia de otros antisépticos, su actividad se ve poco interferida por la

presencia de materia orgánica incluida la sangre (características principales de estas lesiones)<sup>65, 66</sup>. Es necesario un lavado posterior para eliminar restos de antisépticos evitando efectos secundarios como el escozor y prurito.

Algunos autores sugieren el uso de otros productos como por ejemplo el agua oxigenada(peróxido de hidrogeno):aunque no existe evidencia clínica sobre su acción bactericida, su finalidad en este tipo de heridas estaría relacionada con su efecto “ebullición” producido tras su aplicación actuando como efecto desbridante de tejido necrótico por acción mecánica y el aporte de oxigeno en heridas anaerobias contribuyendo a eliminar por su acción oxidante el olor producido por este tipo de heridas<sup>59, 65, 67-69</sup>.

Mantenga el tejido perilesional limpio e hidratado. Películas de poliuretano transparentes o pomadas con óxido de zinc protegen bien la piel perilesional<sup>45, 70, 71</sup>

**EVIDENCIA MODERADA**

Mantenga el tejido perilesional limpio e hidratado, para protegerlo utilice películas barrera no irritantes, bien de poliuretano transparentes que permite ver la lesión o pomadas con óxido de zinc, las cuales al ser liposolubles necesitan una sustancia oleosa para ser eliminadas y algo de fricción que puede aumentar el dolor y favorecer el sangrado<sup>72</sup>.

La limpieza de la herida reduce el olor y elimina el tejido devitalizado<sup>25, 73-75</sup>

**EVIDENCIA BAJA**

La mala vascularización es el principal problema que presentan las heridas neoplásicas, traduciéndose en una proliferación bacteriana que favorece la presencia de olor fétido, generalmente causada por la colonización de gérmenes anaeróbicos pues liberan ácidos volátiles que son los responsables del olor<sup>10, 22, 53, 76</sup>.

Así el olor es un problema frecuente que provoca en el enfermo aislamiento social y baja autoestima situacional<sup>61, 77-78</sup>.

Para catalogar el olor puede utilizar la siguiente clasificación<sup>70</sup>:

Grado 0	Sin olor
Grado I	Olor percibido sólo al descubrir la herida
Grado II	Olor percibido aún sin descubrir la herida
Grado III	Olor fétido y nauseabundo

Tabla elaborada por los autores de esta guía. Adaptada de Firmino F. Pacientes portadores de heridas neoplásicas em servicios de Cuidados Paliativos: Contribuicoes para a elaboracao de protocolos de intervenco de enfermagem. Rev.Brasileira de Cancerologia 2005; 51 (4): 347-359.

El mal olor conlleva efectos negativos sobre pacientes, cuidadores y familiares, de ahí la importancia de manejar adecuadamente este problema.

La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional<sup>79</sup>

**EVIDENCIA  
MODERADA**

Los apósitos basados en la técnica de la cura en ambiente húmedo (CAH) aportan ventajas al paciente con úlceras neoplásicas; ya que optimizan la gestión del exudado, mejoran el manejo de la carga bacteriana y ofrecen protección de la piel perilesional.

Utilice apósitos absorbentes ( hidrofibra, alginato cálcico ) para controlar el exceso de exudado<sup>6, 73-74, 80</sup>

**EVIDENCIA  
MODERADA**

El exudado abundante suele estar presente en todas la heridas neoplásicas debido fundamentalmente a un aumento de la permeabilidad vascular relacionado con la inflamación o edema de la lesión y un aumento del exudado fibroso producido por la colonización de gérmenes anaerobios<sup>53, 73, 77, 80</sup>.

La monitorización del exudado es vital ya que con ello controlamos el olor, el riesgo de infección y protegemos la piel perilesional aumentando el confort del paciente.

Los apósitos liberadores de plata son una opción de gran utilidad en pacientes con úlceras neoplásicas<sup>76, 81-84</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

La mala vascularización en la masa tumoral y en tejidos cercanos produce una proliferación bacteriana aeróbica/anaeróbica, la plata presenta una eficacia antimicrobiana ante un gran espectro de gérmenes Gram+ y Gram-, incluidos multiresistentes<sup>85-88</sup>.

Actualmente los trabajos publicados no aportan evidencias suficientes que demuestren in vivo qué apósito de plata es más eficaz<sup>82</sup>. Diferentes estudios, in vitro, demuestran como la cantidad total de plata presente en un apósito, influye en la actividad antimicrobiana<sup>84</sup> pero no existen datos para apoyar los apósitos de plata en función de su contenido y de su dosis por lo hay que ser muy cauteloso al extrapolar los resultados de las pruebas de laboratorio a la práctica clínica<sup>89, 90</sup>.

Se precisan mayor número de estudios comparativos para precisar la efectividad de un apósito con plata sobre otro en cuanto al manejo de la carga bacteriana y control de exudado.

También existen consenso en cuanto a que la plata crea muy pocas resistencias bacterianas<sup>81, 91</sup> además de su baja hipersensibilidad y toxicidad<sup>92, 93</sup>.

Utilice apósitos de carbón activado solo o asociado a plata si el olor persiste a pesar de la limpieza y desbridamiento no cortante<sup>6, 25, 73-74, 94</sup>

**EVIDENCIA MODERADA**

En úlceras neoplásicas con olor percibido los apósitos de carbón activado son eficaces ya que absorben los microorganismos contaminantes, los cuales son los responsables del olor. Su asociación a plata aumenta las propiedades antimicrobianas debido a su amplio espectro de gérmenes aerobios y anaerobios<sup>52, 78, 95-96</sup>. Los apósitos de carbón activado necesitan apósitos secundarios de retención.

Utilice metronidazol ante heridas de olor incontrolable<sup>6, 25, 73-74, 97, 98</sup>

**EVIDENCIA ALTA**

Existen buenas evidencias que avalan el uso tópico de metronidazol ante heridas de olor incontrolable concretamente metronidazol en concentración de 7,5 mgr/cc o en solución con concentraciones que oscilan de 5 a 10 mgr/cc<sup>10, 22, 24, 55, 70, 99-103</sup>.

Hay estudios aislados de la aplicación tópica de metronidazol gel al 8% en tumores abiertos fungiformes primarios o metastásicos con buenos resultados en cuanto a control del olor y tolerancia tras su aplicación<sup>99</sup>.

No existen estudios que avalen el uso de metradonizol tópico frente a apositos de carbón activado con plata. La decisión clínica será a criterio del profesional o preferencia del paciente.

### Casos clínicos sobre úlceras neoplásicas con olor incontrolable:

*Heridas tumorales muy exudativas, con olor fétido y nauseabundo. Se recomienda la utilización de metronidazol tópico (concretamente en estos casos fue fórmula magistral al 8%) asociado a apósito de cura húmeda con gran capacidad de absorción (hidrofibra o alginato cálcico).*



Adenopatía inguinal por carcinoma de colon.



Recidiva cutánea de carcinoma de mama.



*Carcinoma epidermoide en cuero cabelludo.*

Utilice medidas para el manejo del prurito (como protección y corticoides tópicos en piel perilesional o hidrogeles en la lesión tumoral)<sup>104</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

El prurito en estas lesiones puede dificultar su manejo y existen pocas evidencias que sugieran medidas adecuadas para su control.

Deberemos distinguir entre el prurito de la lesión y el de la piel perilesional. Para la lesión los hidrogeles parecen muy adecuados para su manejo y en el caso de eczemas o dermatitis secundarios de la piel adyacente valore el uso de corticoides tópicos<sup>104</sup>.

Valore la realización de cultivos de la herida<sup>105</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

Los resultados de cultivos extraídos con hisopo nos pueden orientar en los cuidados de estas heridas. La obtención de cultivos por aspiración o por biopsia tisular es muy poco usada dadas las características de la lesión tumoral aumentando el dolor y riesgo de sangrado<sup>4, 61, 51, 106</sup>.

El cuidado de las úlceras neoplásicas se realiza principalmente con la selección del apósito y el agente tópico apropiado. Aunque si aparecen signos clínicos de sospecha de infección (fiebre, exudado purulento, aumento en la calificación del olor) será necesario valorar el uso de antibioterapia sistémica.

Evite la exposición de lesiones tumorales al medio ambiente de forma constante<sup>107, 108</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

La exposición prolongada en ambientes no controlados puede dar lugar a una patología poco común; se trata de infestaciones de larvas de moscas visibles que se nutren como parásitos en la superficie de una herida que supura o en tejido necrótico (miásis cutánea).

Son parasitaciones poco frecuentes en nuestro medio, relacionado con falta de higiene y la existencia de altas temperaturas, no obstante la presencia de lesiones tumorales constituye un buen sustrato para el desarrollo de una miasis<sup>107</sup>. Es característico de úlceras abiertas expositivas no tratadas. Un rápido y correcto diagnóstico permite instaurar medidas oportunas en cada caso, y tranquilizar al paciente ya que aunque puede ser alarmante, el cuadro clínico cede sin dejar secuelas<sup>109, 110</sup>.

Se han descrito diversos tratamientos, el más aceptado consiste en la limpieza y eliminación mecánica de las larvas visibles, asociado o no a métodos de oclusión consiguiendo asfixiar al parásito obligándolo a salir<sup>111</sup>. Mencionamos los apósitos de poliuretano oclusivos transparentes<sup>112</sup>, aplicación de vaselina y utilización de sustancias paralizantes tipo éter<sup>113, 114</sup>. También existen buenos resultados con la aplicación de un agente antiparasitario tópico u oral (ivermectina)<sup>115, 116</sup>.



*Aislamiento de larva en paciente con recidiva de carcinoma epidermoide o espinocelular, necrosis ósea de región orbitaria izquierda. Se utiliza una irrigación de solución de éter al 1% y extracción de larva con pinzas.*



*Miasis cutánea en paciente con carcinoma epidermoide en cuero cabelludo. Extracción larvaria con pinzas.*

Considere los efectos psicológicos del paciente a la hora de elegir los productos y tratamientos adecuados<sup>117</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

En numerosas ocasiones el apósito protector y/o vendajes pueden presentar tanto problemas como la herida en sí misma en cuanto a estética, volumen y movilidad. Debemos ser cuidadosos en el momento de decidir que tipo de apósito colocamos con el fin de no coartar ni impedir la autonomía, actividad y autoestima de estos pacientes ya de por sí mermada.

## 6.2. Manejo del dolor

El dolor oncológico va a depender en el 78% de la enfermedad (localización del tumor, metástasis y estado evolutivo), en el 19% de los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y en el 3% restante dependerá de procesos distintos a la enfermedad tumoral<sup>7</sup>. Tanto el tratamiento crónico para el dolor asociado a su proceso tumoral como el utilizado durante el procedimiento de las curas debe ser consensuado entre los profesionales que tratan al paciente<sup>73</sup> y está basado en la escala analgésica de la OMS<sup>7</sup>.

Utilice medidas coadyuvantes para el manejo del dolor (como la cura en ambiente húmedo, el horario reglado o humedecer los apósitos)<sup>10, 45, 53, 70</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

Realizar curas en ambiente húmedo reduce el número de las mismas y el dolor. La protección de la piel perilesional es efectiva como técnica analgésica, disminuyendo por tanto el grado de maceración de la piel circundante. Humedecer la zona antes de la retirada del apósito ayuda a disminuir el dolor y sangrado.

Para que el manejo de la medicación oral sea lo más efectiva posible, se recomienda establecer un horario reglado para las curas.

Valore el uso de geles de opioides como analgésicos tópicos para el manejo del dolor local<sup>56, 73, 118-123</sup>

**EVIDENCIA  
MODERADA**

A nivel local la aplicación de geles de opiáceos como el hidrogel de clorhidrato de morfina (en concentraciones de 1 mg de mórfico para 2gr de hidrogel) ha demostrado eficacia en el manejo de estas lesiones<sup>56, 118-121</sup>.

Pueden ser utilizado conjuntamente con gel de metronidazol para proporcionar un control combinado del dolor y del olor, se recomienda su aplicación una vez al día<sup>124</sup>.

## 6.3. Control de las hemorragias

El problema de sangrado es muy frecuente en úlceras neoplásicas debido a la fragilidad de los tejidos afectos. Así mismo es frecuente que el crecimiento del propio

tumor lesione y rompa vasos sanguíneos, por ello la actitud en las curas es conservadora, tanto en la limpieza de la herida como en la retirada del apósito. La prevención es el mejor método para controlar el sangrado<sup>73, 125-127</sup>.

Controle el sangrado aplicando presión directa sobre la zona y usando apósitos hemostáticos como los de alginato cálcico o esponjas hemostáticas<sup>18, 72-73</sup>

**EVIDENCIA  
BAJA**

Normalmente la simple compresión directa es suficiente para controlar pequeños puntos de sangrado. Con la doble misión de controlar y prevenir el sangrado se recomienda la utilización de apósitos basado en la cura húmeda con propiedades hemostáticas como los apósitos de alginato cálcico o la utilización de esponjas hemostáticas. Estas dos medidas combinadas suelen ser suficientes para controlar el sangrado.



*Carcinoma epidermoide retroauricular. Puntos de sangrado, ceden con compresión directa.*



*Recidiva carcinoma epidermoide hemifacial izquierda. Puntos de sangrado, ceden con la compresión directa.*

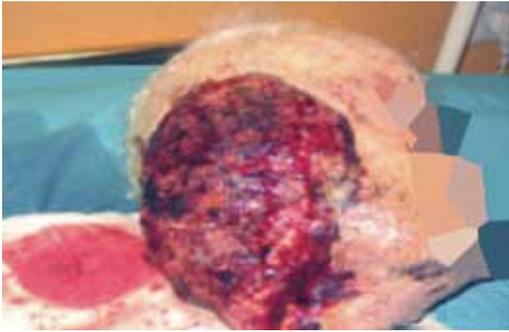
Ante lesiones con sangrado persistente valore entre derivar para cauterización, cirugía, radioterapia o utilizar con precaución otras opciones<sup>10, 51, 56, 72-73</sup>

**EVIDENCIA  
MUY BAJA**

Tratamientos médicos como la cauterización, tratamientos quirúrgicos o la radioterapia deben ser valorados antes lesiones de sangrado persistente, por lo que considere la derivación para su aplicación.

Si no fuera posible o aconsejable:

- ✓ La utilización de varillas nitrato de plata puede ser efectiva para la cauterización de puntos sangrantes<sup>61, 51</sup>.
- ✓ En úlceras con sangrado abundante como medida de urgencia valorar el uso de adrenalina vía tópica (1/1000) por su poder vasoconstrictor. A nivel local puede provocar isquemia o necrosis cutánea y a nivel sistémico puede ocasionar alteraciones hemodinámicas<sup>10, 51, 56</sup>.



*Recidiva parotídea exolítica. Sangrado en sábana, tratamiento con adrenalina tóxica 1/1000 en una dilución al 0,001%. Vasoconstricción local - necrosis cutánea.*



*Carcinoma epidermoide en cuero cabelludo. Sangrado que no cede con medidas básicas, se utiliza como medida de urgencia adrenalina tóxica 1/1000 en una solución al 0,001%.*

No se recomienda realizar desbridamiento cortante en una herida tumoral por riesgo de sangrado y dificultad para hacer hemostasia<sup>4, 51, 61</sup>

**EVIDENCIA MUY BAJA**

No es aconsejable el desbridamiento cortante en este tipo de lesiones debido al riesgo de sangrado tanto en úlceras neoplásicas de crecimiento exofítico (aspecto de coliflor) o de crecimiento endofítico (bordes evertidos e indurados), producido por el crecimiento y neovascularización del tumor junto a tejidos adyacentes.

El desbridamiento autolítico, que producen los productos basados en la cura en ambiente húmedo puede ser el más adecuado para este tipo de lesiones.

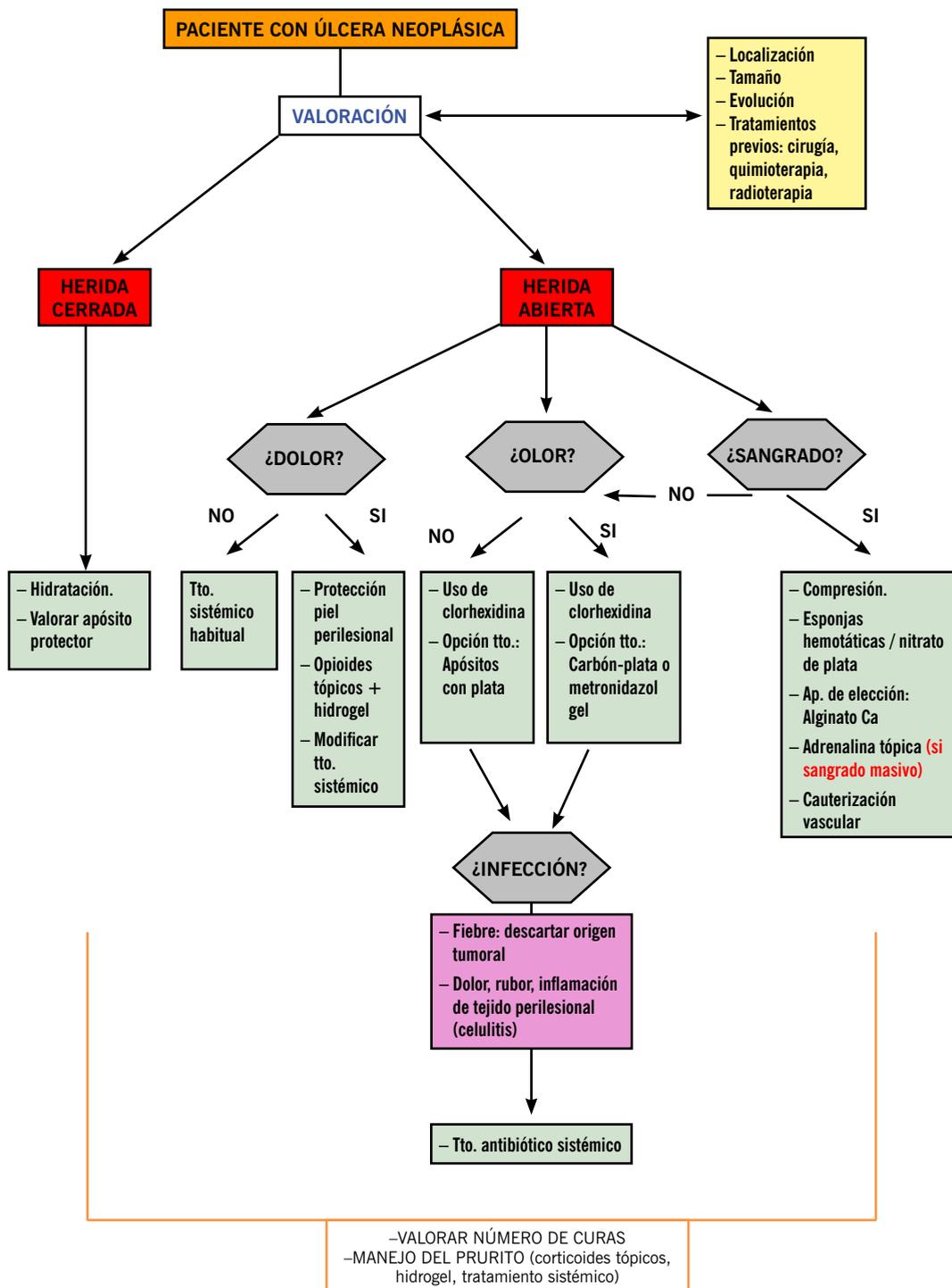


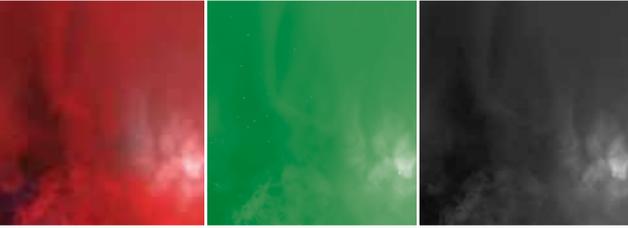
*Recidiva cutánea de osteosarcoma en muslo derecho. Necrosis cutánea. No se realizan desbridamiento cortante (riesgo de sangrado), se recomienda apósitos de cura húmeda.*



*Recidiva de carcinoma epidermoide en zona auricular derecha. Se recomienda desbridamiento autolítico con apósitos de cura húmeda.*

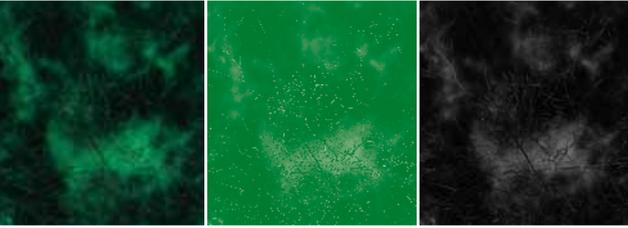
## Algoritmo terapéutico para el cuidado de úlceras neoplásicas





## 7. Material recomendado a disponer para el cuidado de úlceras neoplásicas

PRODUCTO	INDICACIONES
Apósito de hidrofibra	Para lesiones tumorales exudativas, especialmente profunda o cavitadas. Gran capacidad de absorción y adaptabilidad al lecho tumoral.
Apósito alginato cálcico	Para lesiones exudativas, especialmente profundas o cavitadas. Gran capacidad de absorción, poder hemostático y adaptabilidad al lecho tumoral .
Apósito de plata / carbón plata	Para úlceras neoplásicas exudativas sin olor percibido debido a su cobertura antimicrobiana. Utilizar asociado a carbón activado en el caso de olor percibido del lecho tumoral.
Apósito de espuma de poliuretano no adherente (también denominados hidrocélulares o hidropoliméricos)	Para lesiones tumorales superficiales o profundas con exudado moderado-abundante (en este caso, asociado a otros productos que rellenen la cavidad). Posibilidad de mala adaptabilidad de estos apósitos al lecho tumoral dando lugar a fugas de exudado que pueden afectar al tejido perilesional).
Metronidazol gel 0.75% (presentación comercial) o en fórmula magistral 0,5 %,1 % ó a altas dosis	Para úlceras neoplásicas con olor incontrolable. Buenos resultados con metronidazol gel en fórmula magistral a altas dosis (8%). Compatible con apósitos de hidrofibra, alginatos e hidrocélulares.
Esponja hemostática / Varilla de nitrato de plata	Para cauterización de puntos sangrantes en el lecho tumoral. Compatible con cualquier apósito de cura húmeda.
Adrenalina 1/1000	Utilización como medida de urgencias para el sangrado abundante de una úlcera neoplásica. A nivel local puede provocar isquemia o necrosis cutánea y a nivel sistémico puede aumentar la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Buenos resultados en dilución al 0,001%.
Hidrogel de estructura amorfa	Para desbridamiento autolítico de la lesión. Buenos resultados para el manejo del prurito en la lesión tumoral.
Película de poliuretano transparente o pomada de óxido de zinc	Para la protección de la piel perilesional o zonas sometidas a humedad constante o frecuente. La ventaja de las películas de poliuretano estriba en permitir ver la lesión y de fácil retirada. Las pomadas de óxido de zinc deben ser retiradas completamente con productos de base oleosa.



## 8. Continuidad de Cuidados de Enfermería en personas con úlceras neoplásicas

### 8.1. Información y documentación clínica

El Real Decreto 1093/2010, del 3 de Septiembre aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud<sup>128</sup> y en el que se regula la necesidad de utilizar de manera oficial los lenguajes del cuidado en los informes clínicos de Enfermería.

Por primera vez se ha explicitado, no solo dejar constancia de los cuidados prestados a los usuarios (las intervenciones) sino de puntualizar el motivo diagnóstico que justificó dicho tratamiento "El diagnóstico sin el cual no puede haber ningún estudio sobre el cuidado". Estos datos deben formar parte del Informe de Cuidados de Enfermería.

En el caso de pacientes hospitalizados que presentan úlceras neoplásicas y sean dados de alta se adjuntará Informe de Cuidados de Enfermería, con un espacio específico donde se refleje la evolución y cuidados actuales de las heridas.

Será su enfermera/o referente y/o su enfermera/o gestor/a de casos la que contactará con la enfermera/o de Atención Primaria que continuará sus cuidados para garantizar que cuando el paciente sea trasladado no se interrumpa su proceso de cuidados.

Si se produce un ingreso de un paciente con úlceras tumorales, la enfermera/o de Atención Primaria enviará el Informe de Cuidados de Enfermería a la Unidad de Hospitalización donde ingrese el paciente.

En el caso de que el paciente sea trasladado desde el hospital o el domicilio habitual, a otro domicilio diferente, incluso otra comunidad autónoma, se garantizará que se entrega a la persona cuidadora principal una copia del Informe de Cuidados de Enfermería, para que la enfermera/o que asuma el cuidado tenga toda la información necesaria.

## Conjunto de datos del Informe de Cuidados de Enfermería

### Datos del documento

>	Fecha de firma
>	Fecha Valoración de Enfermera/o
>	Fecha Alta Enfermería/Fecha Derivación Enfermería
>	Enfermera/o responsable
>	Dispositivo asistencial (Atención Primaria/Atención Hospitalaria)

### Datos de la institución emisora

>	Denominación del Servicio de Salud: Servicio Andaluz de Salud
>	Datos del paciente
>	Nombre y Apellidos
>	Fecha de nacimiento
>	Sexo
>	Documento Nacional de Identidad
>	Número de Historia Clínica
>	Domicilio
>	Teléfono
>	Cuidador/a principal o persona de referencia

### Datos del proceso asistencial

>	Causa que genera la actuación Enfermera
>	Motivación de Alta/Derivación Enfermera (Ingreso, traslado domicilio o centro hospitalario)
>	Enfermedades previas, tratamientos farmacológicos, alergias
>	Diagnósticos Enfermeros resueltos
>	Diagnósticos Enfermeros que precisan continuidad cuidados (Literal NANDA + cod NOC)
>	Resultados de Enfermería (Literal NOC + cod NOC)
>	Intervenciones de Enfermería (Literal NIC + cod NIC)
>	Información complementaria: observaciones* y problemas colaborativos

BOE n.º 225 de 16 de septiembre de 2010 (Anexo VII).

\* Adjuntar Hoja de Registro para pacientes con úlceras neoplásicas cumplimentando aquellos campos que procedan a juicio del profesional de enfermería.

## 8.2. Hoja de registro para personas con úlceras neoplásicas

HOJA DE REGISTRO PARA PERSONAS CON ÚLCERAS NEOPLÁSICAS			
Nombre:	Apellidos:		
Fecha de nacimiento:	N.º HC:		
U. Hospitalización o C. Salud:	Tfno contacto:		
Patologías asociadas y/o alergias:			
Cuidador principal:			
Etiología de la lesión:		Localización:	
Tipo de úlcera neoplásica:	<input type="checkbox"/> Cerrada	<input type="checkbox"/> Abierta *	
Observaciones:			
Fecha de evaluación:			
Cantidad de Exudado:	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante
Olor**:	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Mínimo	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Abundante
Signos de infección:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Piel perilesional***:	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Macerada	<input type="checkbox"/> Descamativa <input type="checkbox"/> Eritematosa
Tratamiento tópico:			
Cultivo de herida:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Fecha:
Dolor:	<input type="checkbox"/> Durante el día	<input type="checkbox"/> Durante la cura	
Especificar analgesia prescrita:			
Sangrado:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Tratamiento (especificar):
Fecha próxima cura:		Fecha finalización:	
Identificación de la enfermera/o y firma:			

**Notas:**

\* Especificar crecimiento exofítico(aspecto coliflor),endofítico(bordes evertidos e indurados) u otros.

\*\* Nulo:No olor / Mínimo:olor al descubrir herida / Moderado:olor sin descubrir herida / Abundante :olor fétido y nauseabundo.

\*\*\* Íntegra: piel sana / Macerada: piel con exceso de humedad / Descamativa: piel deshidratada / Eritematosa: piel enrojecida.



## 9. Difusión e implementación

### 9.1. Difusión<sup>129</sup>

- Difusión electrónica a través de la Web del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba) y Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería).
- Difusión electrónica a través de la Web del Servicio Andaluz de Salud.
- Publicación electrónica en sociedades científicas que han participado en la elaboración de la guía.
- Difusión electrónica a través de la Web de diferentes sociedades científicas relacionadas con el manejo de heridas crónicas.
- Publicación en revistas electrónicas especializadas (Cirugía Plástica, Dermatología, Oncología y Cuidados Paliativos).
- Contacto con líderes o autoridades locales que promuevan la guía.
- Envío de la guía a Instituciones relacionadas con la formación de grado y postgrado.

### 9.2. Implementación

Aquellos profesionales que estén interesados en implementar recomendaciones de esta GPC, tendrán que utilizar su propio juicio para decidir qué estrategia puede funcionar mejor, teniendo en cuenta elementos del contexto, las barreras para realizar la práctica clínica adecuada y la factibilidad, los costes, y los beneficios potenciales que la estrategia puede aportar<sup>129</sup>.

#### 9.2.1 Objetivos

##### ■ General:

Mejorar la calidad en los cuidados en pacientes con úlceras neoplásicas y cuidadores, utilizando en la práctica clínica diaria las recomendaciones de la guía.

##### ■ Específicos:

- Conocer y actualizar conceptos fisiopatológicos relacionado con las úlceras neoplásicas.

- Conocer que tipo de tumores en estadios avanzados dan lugar a úlceras neoplásicas.
- Diferenciar una ulceración tumoral respecto a otras heridas crónicas.
- Conocer la finalidad de las intervenciones en el cuidado de las lesiones tumorales.
- Favorecer el uso adecuado de apósitos de cura húmeda y / o pomadas en el cuidado de úlceras neoplásicas.
- Elaborar protocolos con recomendaciones basadas en la evidencia tanto para Atención Primaria como Atención Hospitalaria.
- Proporcionar consejo e información acerca de los cuidados disponibles a familiares y cuidadores.

### **Intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios<sup>129</sup>:**

- Nombramiento de un profesional referente responsable para la implementación de recomendaciones de la guía, que se encargará junto con los responsables de cuidados y coordinadores/as de Enfermería en su puesta en marcha.
- Presentación de la guía en actividades científicas (jornadas, congresos, reuniones).
- Elaboración de póster, con la información más relevante que incluya los algoritmos de actuación.
- Sesiones formativas tanto en el propio medio de trabajo, mediante conferencias o sesiones clínicas, talleres para profesionales, como fuera del mismo en los congresos o participando en talleres prácticos interactivos.

Como método educativo éstos últimos son preferibles en comparación con los métodos teóricos tradicionales con la presencia de asistentes pasivos (tipo clase magistral)<sup>130</sup>.

- Contar con profesionales formados y con entrenamiento específico en la materia para que asesore a las Unidades que vayan a implementar la guía.
- Líderes de opinión: utilización de profesionales sanitarios denominados por sus colegas como “influyentes” desde el punto de vista formativo.
- Auditoria y retroalimentación: proporcionar a los profesionales cualquier resumen de sus actuaciones clínicas en un periodo de tiempo, pueden ser auditorias internas o externas<sup>131</sup>.

- 
- Utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la implementación, en cuanto a:
    - ✓ Utilización de plataformas de gestión de contenidos como modelo educativo o educación en línea (E learning)<sup>132-1</sup>.
    - ✓ Inmersión en la Web social: Comunidades de aprendizaje (CoP) o aprendizaje compartido tanto a nivel profesional /profesional como a nivel profesional / paciente<sup>134</sup>.
    - ✓ Intervenciones mediadas por pacientes: nueva información clínica recogida directamente de los pacientes y suministrada a los profesionales sanitarios.



## 10. Recomendaciones de Investigación futura

En el proceso de elaboración de esta GPC, se ha detectado una serie de lagunas de conocimiento en las que se necesitan estudios bien diseñados y rigurosamente realizados. A continuación se señalan algunos aspectos en los que habría que incidir:

### **Dimensión del problema**

- Información epidemiológica sobre úlceras neoplásicas o tumorales en la población en general por edad y género.
- Prevalencia de pacientes oncológicos hospitalizados con úlceras neoplásicas.
- Información sobre cuáles son los tumores avanzados que desarrollan úlceras neoplásicas, así como si la lesión tumoral se ubica en la misma zona del tumor o por el contrario la úlcera aparece en otras localizaciones.
- Grupos con representación limitada en la bibliografía actual de úlceras neoplásicas, como niños, preescolares y adolescentes.

### **Eficacia de los cuidados**

- Establecer intervenciones/ actividades específicas (NIC) para el abordaje de pacientes que presenten úlceras neoplásicas.
- Estudios bien diseñados que relacionen la mejoría de la calidad de vida del paciente con úlcera neoplásica por medio de la mejora del tratamiento de los síntomas (exudado, dolor y olor). Debe reconocerse que realizar los estudios en un contexto de atención paliativa plantea dificultades en cuanto a la selección de pacientes que están cerca del final de sus vidas.
- Estudios de investigación cualitativa para analizar cómo reciben los pacientes su proceso, qué necesitan de los profesionales y establecer áreas de mejora que repercuta en su calidad de vida.
- Técnicas a realizar en investigación primaria para incorporar la perspectiva de los pacientes con úlceras neoplásicas a la GPC. ¿Cómo evaluar y sintetizar la información obtenida?
- Desarrollo de herramientas clínicas validadas en nuestro contexto, como es una escala validada para la medición del olor percibido en un paciente con úlcera neoplásica.

- Medición objetiva del control de los síntomas (exudado, olor y dolor) en el contexto clínico:
  - ✓ Estudios bien diseñados sobre la eficacia de los apósitos de cura húmeda en el cuidado de éstas heridas en cuanto a manejo de exudado.
  - ✓ Eficacia bacteriológica de los apósitos que contienen plata con respecto a los que no la tienen en el cuidado de úlceras neoplásicas.
  - ✓ Evaluación de la eficacia del metronidazol tópico a diferentes concentraciones para el manejo del olor en el cuidado de úlceras neoplásicas.
  - ✓ Efectividad de medidas terapéuticas para el manejo del prurito en la lesión tumoral.
- Estudios adicionales de coste-efectividad, sobre las diferentes intervenciones en los cuidados a las personas que padecen úlceras neoplásicas.

# 11. Anexos

## 11.1. Glosario de imágenes



*Carcinoma epidermoide intraoral.*



*Angioma lobulado en miembro inferior.*



*Carcinoma epidermoide pre e infraauricular.*



*Recidiva de carcinoma de mama.*



*Carcinoma epidermoide preauricular.*



*Recidiva carcinoma basocelular.*



*Recidiva sarcoma pleomórfico en miembro superior. Amputación.*



*Recidiva de sarcoma de partes blandas en miembro inferior. Amputación.*



*Carcinoma epidermoide en cuero cabelludo. Exeresis, exposición de tabla ósea.*



*Carcinoma epidermoide cuero cabelludo. Necrosis tumoral con sangrado abundante.*



*Úlcera de Marjolin. Degeneración maligna de úlcera venosa de larga evolución en miembro inferior.*



*Carcinoma epidermoide en cuero cabelludo. Expositivo al medio ambiente, posibilidad de miasis cutánea a altas temperaturas.*



*Recidiva de carcinoma de mama. Placa cancerosa con presencia de biofilm polimicrobiano.*



*Recidiva de carcinoma de mama.*



*Miasis cutánea en lesión tumoral. Buenos resultados con ivermectina 1% crema junto a extracción mecánica de larvas.*



*Dermatofibrosarcoma protuberans. Apósito protector (riesgo de sangrado).*



*Recidiva de sarcoma en miembro inferior amputado. Crecimiento tumoral agresivo e infiltrante a planos profundos (muñón cada vez más grande) Posibilidad de rotura de grandes vasos a nivel inguinal (femoral).*



*Afectación cutánea de micosis fungoide en paciente con carcinoma de mama.*



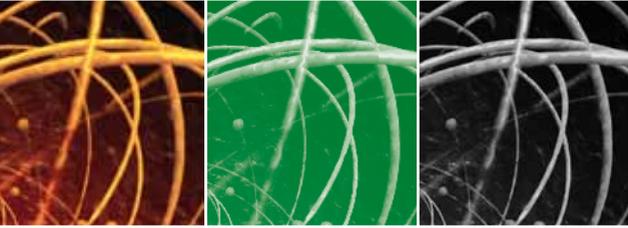
*Metástasis inguinal izquierda (melanoma como tumor primario).*

---

## 11.2. Declaración de conflictos de intereses

Felipe Cañadas Núñez, Rocío García Aguilar, Gábor Ángeles Fernández García, Matilde Moreno Noci, Dolores López Cabrera, Manuel Corredor Gavilán, José Puentes Sánchez, Justa López García, Pilar Pedraza Mora, Antonia Juárez Morales, María Jesús Palomo Berral han declarado ausencia de conflictos de intereses.

Lorenzo Pérez Santos ha recibido financiación de Mölnlycke Health Care y ConvaTec para la realización de programa educativo, año 2012. María de los Ángeles Turrado Muñoz ha recibido financiación de Coloplast y Mölnlycke Health Care para la asistencia a congresos, año 2012 y 2014 respectivamente.



## 12. Bibliografía

1. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: directions for a new program. Field, M.J., Lohr, K.N. editors. Washington DC: National Academy Press. 1990.
2. Hutchinson, A., Baker, R. What are clinical practice guideline? En Hutchinson, A., Baker, R., Coordinadores. Making use of Guidelines in Clinical Practice. Abingdon: Oxford: Radcliffe Medical Press; 2005. P. 1-14.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook. [on line]. Edinburg: SIGN; 2008. Publication nº 50. [acceso 12/2/2010]. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
4. Pimentel Gomes, I., Caldas Camargo, T. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. R Enferm UERJ. 2004; 12(2):211-16.
5. Chaplin, J. Wound management in palliative care. Nurs Stand. 2004; 19 (1) :39-42.
6. Wilson, V. Assessment and management of fungating wounds: a review. British Journal of Community Nursing. 2005; 10(3), S28-34.
7. Cía Ramos, R., Fernández López, A., Boceta Osuna, J., Duarte Rodríguez, M., Camacho Pizarro, T., Cabrera Iboleón, J. et al. Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.
8. Oviedo Mota, M.A., Trejo Pérez, J.A., Reyes Morales, H., Flores Hernández, S., Pérez Cuevas, R. Fundamentos de las guías clínicas basadas en la evidencia. [serial on line] 2001 [acceso 6 Julio 2007];1(1):[6 pantallas de información]. Disponible en: URL: <http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclicnicas/marcoConceptual.html>
9. Expósito Hernández, J., Escalera de Andrés, C., Torró García-Morato, C., Amo Alfonso, M., Bayo Lozano, E., Benítez Rodríguez, E. et al. II Plan Integral de Oncología de Andalucía :2007-2012. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2007.
10. Deley, C. Cuidando de las heridas: Una guía para enfermeras. 2ª Edición Sao Paulo: Atheneu; 2001.
11. Álvarez González J, Ayuso Fernández A, Caba Barrientos F, Caraballo Daza M; Cosano Prieto I; Criado de Reyna JS et al. Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010 – 2013. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2010.
12. Martínez-Sahuquillo Amuedo, M.E., Echevarria Ruiz de Vargas, M.C. Método de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. Método RAND / UCLA. Rehabilitación. 2001; 35(6): 388-92.
13. Atkins, D., Best, D., Briss, P.A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S. et al; GRADE Working group. Grading quality of evidence and strength of recommendations BMJ 2004; 328: 1490.

14. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations. GRADE working group. [en línea][acceso 15 de junio de 2006]. Disponible en <http://www.gradeworkinggroup.org>
15. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. Elsevier. Madrid 2009.
16. NANDA International. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Elsevier. España 2009.
17. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta Edición. Elsevier. Madrid 2009.
18. Naylor, W. Symptom control in the management of fungating wounds. *World Wide Wounds*. 2002.
19. Grocott, P. The Palliative Management of fungating malignant. In an evening hosted by SAWMA and ASTN at the Queen Elizabeth Hospital. London: 2003. p. 1-12.
20. Candido, L.C. Nova abordagem no tratamento de feridas. 2ª Ed. Sao Paulo: Editorial Senac; 2001.
21. Mortimer, P.S. Skin problems in palliative care: medical aspect. In *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonals, N., eds Oxford: Oxford University Press, 1998, p. 617-27.
22. Thomas, S., Hay NP. The antimicrobial properties of two metronidazole medicated dressings used to treat malodorous wounds, *The Pharmaceutical Journal*. 1991; 246 (1): 264-66.
23. Grocott, P. The palliative management of fungating malignant wounds. *Journal of Wound Care*. 1995; 4(5):240-2.
24. Bates-Jensen, B., Farly, L., Seman, S. *Skin Disorders Textbook of Palliative Nursing*. Oxford: Oxford University Press. 2001; 204-42.
25. Orbegozo, A., Añon, J.L., Santamaria, E., Alos, M., Ylla, E., Ferrer, M., et al. Heridas Neoplásicas. En Soldevilla, J.J., Torra, J.E., editores. *Atención integral a las Heridas Crónicas*. 1ª Edición: Madrid:SPA; 2004.
26. Schulz, V., Triska, O.H., Tonkin, K. Malignant wounds: caregiver-determined clinical problems. *J. Pain Symptom Manage*. 2002; 24 (1):572-77.
27. Stotter, A., Kroll, S., McNeese, M., Holmes, F., Oswald, M.J., Romsdahl, M. Salvage treatment for loco-regional recurrence following breast conservation therapy for early breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology*. 1991; 17 (1):231-6.
28. Probst, S., Arber, A., Faithfull, S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs*. 2009; 13 (4): 295-8.
29. Yáñez Díaz, S. Carcinomas espinocelulares. En: Herrera Cevallos, E.(eds). *Tumores Cutáneos*. Madrid: Ediciones Aula Medica; 1999. P. 97-116.

30. Camacho Martínez, F., Armijo Moreno, M. Carcinoma Espinocelulares. Adenocarcinomas. Merkelomas. En: Camacho Martínez, F., Armijo Moreno, M. (eds). Tratado de Dermatología. 2ª Edición. Madrid: Ediciones Aula Medica; 1998. p. 467-84.
31. Wagner, R.F., Casciato, D.A.: Skin cancers. En: Casciato, D.A., Lowitz, B.B., eds.: Manual of Clinical Oncology. 4ª Edición. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins; 2000. P. 336-73.
32. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población Española. Defunciones por Tumores de piel y partes blandas. 2005 Madrid: INE 2005.
33. Fitzpatrick, T.B., Johnson, R.A., Wolff, K. Carcinoma Basocelular. En: Fitzpatrick, T.B., eds. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 4ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 261-70.
34. Pearson, G., Lang y John, C., Maize, Sr. Carcinoma basocelular. En: Darrell. S., Rigel, eds. Cancer de Piel. Primera edición: Elsevier; 2006, p. 101-132.
35. Fitzpatrick, T.B., Johnson, R.A., Wolff, K. Carcinoma Espinocelular. En: Fitzpatrick, T.B., eds. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 4ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 255-60.
36. Tri, H., Nguyen, Jaeyoung Yoon. Carcinoma Epidermoide. En: Darrell, S., Rigel eds. Cancer de Piel. Primera edición. Madrid. Edición: Elsevier; 2006, p. 133-150.
37. Fitzpatrick, T.B., Johnson, R.A., Wolff, K. Melanoma Cutáneo. En: Fitzpatrick, T.B., eds. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 4ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 270-311.
38. Instituto Nacional de Estadística. Datos de defunciones melanoma cutáneo por causa, sexo y edad. 2008. Madrid: INE 2008.
39. Friedman, R.J., Rigel, D.S., Kopf, A.W., Harris, M.N., Baker, D. Cáncer de piel. Edit Panamericana, Mex-DF. 1991; 27: 398-414.
40. Baker, M.H. Bone tumors: primary and metastatic bone lesions. In: Goldman, L., Ausiello, D., eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap 212.
41. Gebhardt, M.C., Springfield, D., Neff, J.R. Sarcomas of the bone. In: Abeloff, M.D., Armitage, J.O., Niederhuber, J.E., Kastan, M.B., McKenna, W.G., eds. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone, 2008; chap 96.
42. Luis Rodrigo, M.T., Fernández Ferrín, C., Navarro Gómez, M.V. De la Teoría a la práctica. El pensamiento crítico de Virginia Henderson en el siglo XXI. Elsevier Doyma. 2007: p. 3.
43. Abianzada, P., Gallego, J., Sánchez, P., Díaz, C. Instrumentos de valoración Geriátrica Integral en los servicios de Geriátrica de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol . 2000;35(5): 261-68.
44. Camarero González, E. Soporte Nutricional Especializado en el Paciente Oncológico. En: Toquero de la Torre, F., coordinador. Evidencia Científica en Soporte nutricional especializado. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2006. p. 75-119.

45. Morilla Herrera, J.C., Martín Santos, F.J., Blanco Morgado, J., Morales Asencio, J.M. Guía de práctica clínica para el manejo de la integridad cutánea: úlceras por presión. Edita: Distrito sanitario de Málaga; 2004. p. 22-25.
46. Brindel-Nixon, J. Other Chronic Wounds. In: Morison, M., Moffatt, C., Brindel-Nixon, J., Bale, S., editor(s). *Nursing Management of Chronic Wounds*. London: Mosby; 1997. P. 221-45.
47. Partanen, P., Perala, M.L. Technology Assessment in Nursing –A systematic review of the Finnish and International Literature–. FinOHTA Report No. 8. 1998.
48. Bale, S., Harding, K. Fungating Breast Wounds. *Journal of District Nursing* 1991; 9(12): 4-5.
49. Fairbum, K. A challenge that requires further research. Management of fungating breast lesions. *Professional Nurse* 1994;9: 272-7.
50. Fitzpatrick, T.B., Johnson, R.A., Wolff, K. Colgajos e injertos de piel. En: Fitzpatrick, T.B., eds. *Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica*. 4ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 406-68.
51. Poletti, N.A.A.P., Caliri, M.H.L., Simao, C.D.S.R., Juliani, K.B., Tácito, V.E. Feridas Malignas: Uma revisao de literatura. *Revista Brass Cancen*. 2002; 48 (3):411-17.
52. Bauer, C., Gerlach, M., Doughy, D. Care of metastatic skin lesions. *J.WOCN*. 2000; 27(1): 247-251.
53. Naylor, W. Palliative management of fungating wounds. *Eur J. Palliative Care*. 2003; 10(3):93-7.
54. Fine, P.G. Palliative Radiations Therapy in end of life care: Evidence based utilization. *AM J Hospice Palliative Care*. 2002;19:166-70.
55. Biedma Machín, F., Zapatera, A.M., Izaguirre, A.M. El enfermo Terminal. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2004;2(4).[acceso 3 de Mayo de 2006]. Disponible en: URL:[http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof\\_enfermeria/boletines/boletin\\_enfermeria1-2004.pdf](http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_enfermeria/boletines/boletin_enfermeria1-2004.pdf)
56. Grocott, P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J. Community Nursing*. 2000; 14(3).
57. Fernandez, R., Griffiths, R., Ussia, C. The effectiveness of solutions, techniques and pressure in wound cleansing . *JBH Reports*. 2004; 2(7):231-70.
58. García Fernández, F.P., Pancorbo Hidalgo, P.L., Rodríguez Torres, M.C., Bellido Vallejo, J.C. ¿Agua del grifo para la limpieza de heridas?. *Evidentia* 2005 sept-dic; 2(6). [acceso el 15 de Septiembre de 2006]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/143articulo.php>
59. Bergstrom, N., Alman, R., Alvarez, O., Bennett, M.A., Carlson, C.E., Frantz, R.A., et al. Treatment of Pressure Ulcers. *Clinical Practice Guideline N° 15*. Rockville, MD: U.S. De-

- partment of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPH Publication nº 95-0652. December 1994.
60. European Pressure Ulcers Advisory Panel. Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP Review 1999;1(2):31-3.
  61. Haisfield Wolfe, M.E., Baxandale Coz, L.M. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*. 1999; 1: 1055-64.
  62. Haisfield-Wolfe, M.E., Rund, C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy Wound Manage*. 1997;43(1):55-60.
  63. Haisfield-Wolfe, M.E., Rund, C. Malignant cutaneous wounds: a Management protocol. *Ostomy Wound Manage* .1997;43 (1):64-6.
  64. Cooper, R., Molan, P. The Use of honey as an antiseptic in managing pseudomonas infection. *Journal of Wound Care*. 1999;8(4):161-69.
  65. Litter, M. Farmacología de los procesos infecciosos. En: Litter, M., editor. *Farmacología: experimental y clínica*. 7ª Ed. Buenos Aires: Ateneo; 1986. p. 1397-1429.
  66. Denton, G.W. Chlorhexidine. En: Block, S.S., ed. *Desinfection, sterilization and preservation*. 5ª Edición. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001. p. 321-336.
  67. Rodeheaver, G. Wound cleansing, wound irrigation, wound disinfection. En Krasner, D., Rodeheaver, G., Sibbald, editores. *Chronic wound care :A clinical source book for healthcare professionals*. 3ª Edición. Wayne: HMP Communications; 2001.
  68. Arévalo, J.M., Arribas, J.L., Calbo, L., Hernández, M.J., Lizán, M., Herruzo, R. Guía del grupo de trabajo sobre desinfectantes y antisépticos Revisión 1998. *Medicina Preventiva*. 1998; 4 ( 2 ): 38 -43.
  69. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas. Doc VIII GNEAUPP. Diciembre 2002. [acceso el 18 de Junio de 2006] Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/ gneaupp/antisepticos.pdf>.
  70. Firmino, F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em servicios de Cuidados Paliativos: Contribuicoes para a elaboracao de protocolos de intervencion de enfermagem. *Rev. Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51 (4): 347-59.
  71. Gago, M., García, F., Segovia, M.T., Verdú, J. Piel Perilesional. En Soldevilla, J.J., Torra, J.E. (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*. 1ª Ed. Madrid: SPA; 2004. p. 65-76.
  72. NHS Prodigy Guidance. Palliative care malignant ulcer of the skin. [acceso el 20 de junio de 2009]. Disponible en: [http://www.cks.nhs.uk/clinical\\_knowledge/clinical\\_topics/previous\\_version/palliative\\_care\\_malignant\\_ulcer.pdf](http://www.cks.nhs.uk/clinical_knowledge/clinical_topics/previous_version/palliative_care_malignant_ulcer.pdf)
  73. Seaman, S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006;22(3): 185-93.

74. Collier, M. Management of patients with fungating wounds. *Nurs Stand.* 2000;15(11): 46-52.
75. McNess, P. Skin and wound assessment and care in oncology. *Semin Oncol Nurs.* 2006;22(3): 130-43.
76. Fromantin, I. Utilisation de l'argent nanocristallin sur les plaies cancéreuses. *Soins.* 2003; 678: 31-2.
77. Haisfield-Wolfe, M.E., Rund, C. Malignant cutaneous wounds: a management protocol. *Ostomy Wound Manage.* 1997;43(1): 62.
78. García Fernández, F.P. Uso de carbón plata en heridas de evolución tórpidas sin signos clínicos de infección local. *Evidentia.* 2004;1(3). [acceso el 24 de febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/r68articulo.php>
79. García Fernández, F.P., Pancorbo Hidalgo, P.L., Verdú Soriano, J. Resultados de la revisión sistemática sobre la eficacia de los materiales y productos utilizados en el tratamiento de las úlceras por presión. Libro de Actas. VI Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión. Zaragoza. GNEAUPP. 2006.
80. Wilkes, L., White, K., Smeal, T., Beale, B. Malignant wound management: what dressings do nurses use? *J Wound Care.* 2001;10(3): 65-9.
81. Torra, J.E., Rueda, J., Soldevilla, J.J., Martínez, F., Verdú, J. Abordaje de la carga bacteriana y de la infección en las heridas crónicas. En Soldevilla, J.J., Torra, J.E. (eds). *Atención integral a las heridas crónicas.* 1ª Ed. Madrid: SPA; 2004.
82. Ovington, L.G. The truth about silver. *Ostomy Wound Management.* 2004; 50(9):1S-10S.
83. Thomas, S., McCubbing, P. An in vitro análisis of the antimicrobial properties of 10 silver –contain– ing dressing. *J Wound Care.* 2003; 12(8):305-8.
84. Edwards-Jones, V. Antimicrobial and barrier effects of silver against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus.* *J Wound Care.* 2006; 15(7): 285-290.
85. Sibbald, R.G., Browne, A.C., Coutts, P., Queen, D. Screening evaluation o fan ionized nanocrystalline silver dressing in chronic wound care. *Ostomy Wound Manage.* 2001; 47 (10): 38-43.
86. White, R.J. An historical overview of the use of silver on wound management. *Br J Nurs.* 2001; 10(suppl):3-8.
87. Lansdown, A.B.G., Silver, I.: its antibacterial properties and mechanisms of action. *J Wound Care.* 2002; 11(4): 125-30.
88. Burrell, R.E. A scientific perspective on the use of topical silver preparations. *Ostomy Wound Manage.* 2003; 49 (5A-suppl): 19-24.
89. White, R., Cutting, K. Exploring the effects of silver in wound management-what is optimal?. *WOUNDS.* 2006; 18 (11) :307-314.

90. Leaper, D.J. Silver dressings: their role in wound management. *Int Wound, J.* 2006; 3: 282-294.
91. Brett, D.W. A discussion of silver as an antimicrobial agent: alleviating the confusion. *Ostomy Wound Manag.* 2006; 52(1): 34-41.
92. Lansdown, A.B.G. A review of the use of silver in wound care: facts and fallacies. *Br J Nurs.* 2004;13(6 Suppl):S6-19.
93. Lansdown, A.B.G. Silver absorption and antibacterial efficacy of silver dressings. *J Wound Care.* 2005; 14(4): 155-60.
94. Miller, C. Skin problems in palliative care: nursing aspects. En: Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonald, N., editors. *Oxford textbook of palliative medicine.* 2ª ed. Oxford: Oxford Medical Publications;1998. p. 642-56.
95. Añón Vera, J.L., Naveas Díaz, A., Martínez Prats, I., Isern Catalá, F., Parra Ferrer, L., Arrondo, M.T. et al. El aumento de calidad de vida en los pacientes con úlceras neoplásicas: un reto para los profesionales de enfermería. *Enfermería oncológica.* 2001; 6(2): 230-6.
96. Atención de las Úlceras por Presión y Úlceras de la piel. Escuela de Ciencias de la Salud. Centro adscrito a la Universidad Complutense de Madrid. Anexo I. 2005. P.12.
97. Draper, C. The management of malodour and exudate in fungating wounds. *Br J Nurs.* 2005;14(11):S4-12.
98. Bale, S., Tebbie, N., Prince, P. A topical metronidazole gel used to treat malodorous wounds. *British Journal of Nursing.* 2004; 13(11):45-115.
99. Bower, M., Stein, R., Evans, T.R., Hedley, A., Pert, P., Coomnes, R.C. A double-blinds study of the efficacy of metronidazole gel in the treatment of malodorous fungating tumours. *Eur J Cancer.* 1992; 28 A(4-5):888-9.
100. Neman V, Allmood M, Oakes RA. The use of metromidazole gel to control the swell of mal-odorous lesion. *Palliative Medicine.* 1989;34:303-5.
101. Ashford, R.F., Plant, G.T., Maher, J., Prckerrng, D., Coe, M.A., Drury, A. et al. Metronidazol in Smelly Tumours. *The Lancet.* 1980;315(8173):874-5.
102. Hampton, J.P. The use of metronidazole in the treatment of malodorous wounds. *J Wound Care.* 1996;5(9):421-26.
103. Qaseem, M., Snow, V., Shekelle, P., Casey, D.E., Cross, T., Owens, D.K. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Clinical Guidelines.* 2008; 148(2): 141-6.
104. Twycross, R., Greaves, M.W., Handwerker, H., Jones, E.A., Libretto, S.E., Szepietowsk, J.C. et al. Itch: scratching more than the surface. *QJM;* 96(1):7-26.

105. GNEAUPP. Documento IV. Identificación de los criterios de infección en heridas. [serial online] Sept 2005 [acceso el 15 de Febrero de 2007]; 1(1): [19 pantallas]. Disponible en: URL: [http://www.gneaupp.org/documentos/ewma/DOC\\_POS\\_4.pdf](http://www.gneaupp.org/documentos/ewma/DOC_POS_4.pdf).
106. Morilla Herrera, J.C., Martín Santos, F.J., Blanco Morgado, J., Morales Asencio, J.M. Guía de práctica clínica para el manejo de la integridad cutánea: úlceras por presión. Edita: Distrito sanitario de Málaga; 2004. p. 28.
107. Bangsgaard, R., Host, B., Krogh, E., Heegaard, S. Palpebral myiasis in a Danish traveler caused by the human bot-fly (*Dermatobia hominis*). *Acta Ophthalmologica Scandinavica*. 2000; 78:487-9.
108. Ng, K.H., Yip, K.T., Choi, C.H., Yeung, K.H., Auyeung, T.W., Tsang, A.C. et al. A case of oral myiasis due to *Chrysomya bezziana*. *Hong Kong Med J*. 2003; 9(6):454-6.
109. Stephan, A., Fuentefria, N.B. Miíase oral: Parasita versus Hospedeiro. *Revista da APCD*. 1999; 53: 47-9.
110. Millikan, L.E. Myiasis. *Clinics in Dermatology*. 1999; 17:191-5.
111. Sesterhenn, A.M., Pfütznner, W., Braulke, D.M., Wiegand, S., Werner, J.A., Taubert, A. Cutaneous manifestation of myiasis in malignant wounds of the head and neck. *Eur J Dermatol*. 2009;19(1):64-8.
112. Manrique, A., Manrique, D., Catacora, J. Miasis cutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura *Folia dermatol Peru*. 2009; 20 (1): 23- 26.
113. Sousa Maciel-Santos, M.E., Medeiros Martins, C.A., Hernández Cancino, C.M., y Celestino da Silva Neto, J. Miasis facial asociada con carcinoma espinocelular en estado terminal. *Rev Cubana Estomatol [revista on line]*.2005 [ acceso 20 de enero de 2010]; 42(3): [4 pantallas de información]. Disponible en: URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42\\_3\\_05/est10305.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_3_05/est10305.htm)
114. Bhatt, A.P., Jayakrishnan, A. Oral myiasis: a case report. *International Journal of Pediatric Dentistry*. 2000; 10: 67-70.
115. Shinohara, E.H., Martini, M.Z., Oliveira Neto, H.G., Takahashi, A. Oral myiasis treated with Ivermectin: case report. *Braz Dent J*. 2004;15:79-81.
116. Elgart, G., Meinking, T. Ivermectin. *Dermatol Clin*. 2003;21(2):124-8.
117. Goode, M.L. Psychological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. *J Wound Care*. 2004; 13(9):380-2.
118. Stein, C. The control of pain in peripheral tissue by opioids. *N Engl J Med* . 1995; 335(25): 1685-90.
119. Twillan, R.K., Long, T.D., Cathers, T.A., Mueller, D.W. Treatment of pain skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(4):288-92.
120. Back, I.N., Finlay, I. Analgesic effect of topical opioids on painful skin ulcers. *J Pain Symptom Manage*. 1995;10(7):493.

121. Krajnik, M., Zylicz, Z. Topical morphine cutaneous cancer pain. *Palliat Med.* 1997;11(4):325.
122. Hanks, G., Cherny, N. Opioid analgesic therapy. En: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Doyle, D., Hanks, G., Macdonald, N. (Eds). 2ª Edición. Oxford: Oxford Medical Publications; 1998. p. 331-55.
123. Krajnik, M., Zylicz, Z., Finlay, I., Luczak, J., van Sorge, A.A. Potential uses of topical opioids in palliative care - report of 6 cases. *Pain.* 1999; 80(1):121-5.
124. Naylor, W. Malignant wounds: aetiology and principles of management. *Nurs Stand.* 2002;16(52):45-53.
125. Thomas, S., Vowdent, K., Newton, H. Controlling bleeding in fragile fungating wounds *J Wound Care.* 1998; 7(3): 154.
126. Grocott, P. Controlling bleeding in fungating wounds. *J. Wound Care.* 1998; 7(5): 235.
127. Grocott, P. Controlling bleeding in fragile fungating tumors. *J. Wound Care.* 1998, 7(7):34.
128. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, nº225 de 16 de septiembre de 2010
129. Gonzalez, A.L., Marín Leon, I. Guías de Práctica Clínica. Conceptos básicos sobre su elaboración y utilización. 2ª Edición: Editorial Casitérides SL; 2007, p. 87-94.
130. Romero, A., Alonso, C., Marín IGrimshaw, J., Villar, E., Rincón, M. et al. Efectividad de la implementación de una guía clínica en la angina inestable mediante una estrategia multifactorial. Ensayo clínico aleatorizado en grupos. *Rev Esp. Cardiol* 2005; 58: 640-8.
131. Jamtvedt, G., Young, J.M., Kristoffersen, D.T., O'Brien, M.A., Oxman, A.D. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;2: CD000259. DOI: 10.1002/14651858. CD000259.pub2
132. Weert, T. Education of the twenty-first century: New professionalism in lifelong learning, knowledge development and knowledge sharing. *Educ Inf Technol.* 2006;11: 217-37. Grigsby, J., Brega, A.G., Devore, P. A. The evaluation of telemedicine and health services research. *Telemed J E Health.* 2005;11:317-28.
133. Díaz Gómez, M.; Aguaded Gómez, J. (2010). "La institucionalización de la teleformación en las universidades andaluzas". *RUSC. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 2010, Vol. 7, núm 1 <http://hdl.handle.net/10609/2967>
134. Smith, M. A., Kollock, P. Comunidades en el ciberespacio. Ed. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona .2003.







Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD,  
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES**

Hospital Universitario Reina Sofía  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas