

Artículo de Revisión

Úlcera terminal de Kennedy y cuidados en la nutrición de los adultos mayores en cuidados paliativos

Kennedy terminal ulcer and nutrition care in older adults in paliative care

Berenice Cortes Pérez^{1*} ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6653-420X>

Edith Nieves Álvarez Pérez² ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6296-9122>

¹Universidad del Noreste, Tampico, Tamaulipas, México. Centro de Investigaciones Sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Habana, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Centro de Investigaciones Sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: bere.cor@hotmail.com

RESUMEN:

Introducción: La úlcera terminal de Kennedy es un evento tisular natural que sucede al final de la vida, cuya hipótesis de su etiología está ligada al desvío de sangre a órganos centrales y al inevitable colapso de la falla cutánea.

Objetivos: Describir la úlcera terminal de Kennedy y la importancia de la adecuada nutrición de los pacientes en cuidados paliativos.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre los siguientes temas: úlcera terminal de Kennedy, nutrición en adultos mayores en cuidados paliativos. La base de datos utilizada para la búsqueda de referencias ha sido PubMed, Scielo, LILACS y Google académico. Se revisaron 23 artículos y 3 páginas web oficiales relacionados con el tema.

Desarrollo: En el año 2009 Sibbald y colaboradores publicaron Skin Changes at Life's End o SCALE (Cambios Cutáneos al Final de la Vida). Concluyen que es limitado el conocimiento sobre los cambios de la piel al final de la vida, por tanto, es necesario investigación adicional y un consenso de expertos. El instrumento SCALE ha sido el

primero en admitir que la úlcera formada podría ser parte del proceso de morir, definiendo una serie de criterios necesarios para diferenciarlas de aquellas producidas exclusivamente por la presión y/o cizallamiento.

Conclusión: Es necesario seguir investigando y actualizando el tema de las lesiones inevitables, para dar un adecuado abordaje y tratamiento a los pacientes que cursen con este tipo de lesión, la úlcera terminal de Kennedy fue la primera en describirse.

Palabras clave: cuidados paliativos, úlceras por presión, nutrición, paciente terminal, úlcera de Kennedy.

ABSTRACT:

Introduction: Kennedy's terminal ulcer is a natural tissue event that occurs at the end of life, whose hypothesized etiology is linked to the diversion of blood to central organs and the inevitable collapse of cutaneous failure.

Objectives: To describe Kennedy's terminal ulcer and the importance of adequate nutrition in palliative care patients.

Methods: A literature review was conducted on the following topics: Kennedy's terminal ulcer, nutrition in older adults in palliative care. The database used for the search of references was PubMed, Scielo, LILACS and Google Scholar. Twenty-three articles and three official web pages related to the topic were reviewed.

Development: In 2009 Sibbald and collaborators published Skin Changes at Life's End or SCALE. They conclude that knowledge about skin changes at the end of life is limited, therefore further research and expert consensus is needed. The SCALE instrument has been the first to admit that the ulcer formed could be part of the dying process, defining a series of criteria necessary to differentiate them from those produced exclusively by pressure and/or shear.

Conclusion: It is necessary to continue researching and updating the subject of unavoidable injuries, in order to give an adequate approach and treatment to patients with this type of injury, Kennedy's terminal ulcer was the first to be described.

Key words: palliative care, pressure ulcers, nutrition, terminal patient, Kennedy ulcer.

INTRODUCCIÓN:

La úlcera terminal de Kennedy (KTU) es un evento tisular natural que sucede al final de la vida, cuya hipótesis de su etiología está ligada al desvío de sangre a órganos centrales y al inevitable colapso de la falla cutánea. A pesar de ser una precaución importante, la mitigación de las fuerzas de cizallamiento no parece tener efecto sobre la úlcera terminal. La literatura corrobora su inevitabilidad ya que se puede encontrar incluso cuando la zona no sufre presión ni trauma. La KTU fue una de las primeras úlceras terminales informadas en la literatura moderna. En el 2019 se estableció que proporcionar orientación específica para la comodidad individual y la atención del paciente debe ser el objetivo principal de los pacientes con heridas inevitables al final de la vida, en este contexto los cuidados paliativos (CP) son de vital importancia ya que su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando están enfrentando situaciones de riesgo de vida.^(1,2,3,4) En este artículo abordamos el apoyo nutricional que requiere el adulto mayor que se encuentra en fase terminal.

OBJETIVO:

Describir la úlcera terminal de Kennedy y la importancia de la adecuada nutrición en los pacientes en cuidados paliativos.

MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica médica, en la que se pretende obtener información acerca de las generalidades de la úlcera terminal de Kennedy y las recomendaciones nutricionales en pacientes en cuidados paliativos. Se incorporaron todas aquellas bibliografías relacionadas con la historia, definición de la KTU y las recomendaciones nutricionales en pacientes en fase terminal. Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Scielo, LILACS y Google académico. Para la elección de los artículos se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: la búsqueda se limitó a publicaciones desde el año 2003 hasta la actualidad, en inglés, español y portugués. Una vez seleccionados todos los artículos que cumplían los criterios establecidos previamente,

se realizó un estudio de su contenido y se recuperó la información más relevante de cada uno de ellos.

También se revisaron páginas Web pertenecientes a organismos oficiales relacionadas con el tema a desarrollar como: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

DESARROLLO:

Las KTU tienen determinadas características que las diferencian de las úlceras por presión:

- Aparecen repentinamente, incluso en cuestión de horas.
- Suele aparecer en el sacro y el cóccix, pero puede aparecer en los talones, músculos posteriores de la pantorrilla, brazos y codos.
- Los bordes son irregulares y de color rojo, amarillo y negro a medida que avanza la úlcera.
- Su forma se describe como en pera, mariposa o herradura.
- Aparecen como una abrasión, ampolla o un área oscurecida y pueden evolucionar rápidamente a una lesión en etapa II, etapa III o etapa IV. (2,3,5)

Recientemente, el concepto de falla de la piel se ha propuesto como un concepto unificador de los cambios cutáneos observados durante el proceso de la muerte y otras afecciones agudas o crónicas. Estudios observacionales mostraron que la falla cutánea muchas veces comienza como úlcera por presión (UPP) en estadio II o como una sospecha de lesión de tejidos profundos y progresa rápidamente a necrosis. El National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) reconoce el fenómeno de falla cutánea a pesar de no existir criterios diagnósticos formales para su aparición, pero concluyeron que las UPP no eran lo mismo que la falla cutánea. (6)

Historia de la úlcera terminal de Kenedy:

El francés Jean-Martin Charcot, en un texto médico escrito en 1877, describió un tipo específico de úlcera que tenía forma de mariposa, localizada sobre el sacro. Aquellos

pacientes que la desarrollaban, generalmente, morían poco después, la denominó úlcera de cubitus ominusus. Sin embargo, lo atribuyó a un origen neuropático más que a la presión.⁽⁷⁾

El término “Kennedy Terminal Ulcer” se acuñó en 1983 por la enfermera Karen Lou Kennedy quien trabajaba en un equipo de cuidado de la piel, y observó que algunas personas que sufrían un tipo determinado de UPP fallecían en un plazo de dos semanas tras su aparición.^(7,8,9) En 1989 aparece la primera descripción de la KTU en el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).⁽¹⁰⁾

Lesiones inevitables de la piel

En el año 2009 Sibbald y colaboradores publicaron Skin Changes at Life's End o SCALE (Cambios Cutáneos al Final de la Vida). Concluyen que es limitado el conocimiento sobre los cambios de la piel al final de la vida, por tanto, es necesario investigación adicional y un consenso de expertos. El instrumento SCALE ha sido el primero en admitir que la úlcera formada podría ser parte del proceso de morir, definiendo una serie de criterios necesarios para diferenciarlas de aquellas producidas exclusivamente por la presión y/o cizallamiento.⁽⁵⁾

En el año 2010, el panel de consenso de la NPUAP define las úlceras como evitables e inevitables. Los expertos reconocieron por unanimidad, que no todas las UPP, eran evitables, dependiendo de la situación basal del paciente.⁽¹⁾

En Nueva Orleans en 2017 bajo el título “Lesiones por presión: avanzando en la visión”, se llegó al consenso de que existen al menos cuatro términos o constructos que definen las lesiones inevitables de la piel que se producen al final de la vida. Estas identidades se diferencian de las UPP y hacen referencia a:

- Úlcera terminal de Kennedy
- Lesión tisular terminal de Trombley-Brennan (TB-TTI): lesiones cutáneas que se caracterizan por ser de aparición espontánea, de rápida evolución, con un importante agrandamiento y progresión. Aparecen en áreas de poca o ninguna presión, como pliegues, muslos, piernas y pueden tener forma en espejo

- Cambios cutáneos al final de la vida (SCALE) se producen por los cambios fisiológicos que ocurren como resultado al proceso inminente muerte y que pueden afectar al estado de la piel y los tejidos blandos. Suelen manifestarse en un periodo corto de tiempo cambios observables en el color de la piel, la turgencia o la integridad, o como síntomas subjetivos como el dolor localizado.

- Fallo cutáneo o fracaso de la piel (SKF): es un estado clínico en el que la tolerancia tisular está tan comprometida que las células ya no pueden sobrevivir debido al severo deterioro fisiológico de la zona cutánea que incluye hipoxia, estrés mecánico local, suministro alterado de nutrientes y acumulación de subproductos metabólicos tóxicos.⁽⁸⁾

Tratamiento paliativo

Las heridas inevitables al final de la vida, incluido su tratamiento, se reconocen como un problema importante de la práctica clínica en pacientes moribundos, paliativos y terminales. La importancia de la úlcera terminal han aumentado desde el 2019, lo que demuestra que este problema está recibiendo mayor atención; sin embargo, se necesita con urgencia más investigación clínica en una variedad de entornos de atención médica.^(3,5)

Si bien las heridas inevitables al final de la vida se describen en las guías de práctica clínica internacionales, la falta de una herramienta de evaluación de la úlcera terminal específica obliga a los médicos a evaluar estas heridas mediante un diagnóstico de exclusión. En el 2019 se estableció que proporcionar orientación específica para la comodidad individual y la atención del paciente debe ser el objetivo principal de los pacientes con heridas inevitables al final de la vida.

Se sugiere suspender las intervenciones agresivas, como la cicatrización de heridas, es primordial educar a los pacientes y sus familias sobre la muerte y brindarles apoyo emocional y físico, el abordaje debe ser holístico y paliativo. ^(1,3,11)

Cuidados paliativos en adultos mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque para mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los

problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (4,11)

Se estima que cada año a nivel mundial 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, debido al envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas. Actualmente, tan solo el 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben y el 50% de estos pacientes se encuentra en etapa terminal.(4,11,12)

En Latinoamérica y el Caribe hay una población de 600 millones de habitantes, con más de 100 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales 2 500 000 personas requieren de atención paliativa, sin embargo, el desarrollo de los CP en Latinoamérica en los últimos años ha incrementado, pero sigue siendo limitado e insuficiente, y menos del 1 % de la población lo recibe.(13)

Una amplia gama de enfermedades requieren de CP, la mayoría de los adultos que lo necesitan padecen enfermedades crónicas tales como: enfermedades cardiovasculares (38.5 %), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10.3 %), sida (5.7 %), y diabetes (4.6 %).(4)

Los cuidados paliativos indican que se debe aliviar el sufrimiento y el dolor de todos los seres humanos en la medida de lo posible. Las intervenciones paliativas se basan especialmente en cubrir las necesidades del paciente y de la familia, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados. Esta labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. (12,14,15,16)

Historia y desarrollo de los Cuidados Paliativos

La introducción de los cuidados paliativos (inicio en Londres con la pionera Cicely Saunders, quien creó el primer centro médico para la atención de los pacientes terminales en San Christopher's Hospice en 1967, Balfour Mount en Canadá fue el primero en utilizar el término de cuidados paliativos, en 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de

cuidados paliativos y una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también la incorpora a sus programas asistenciales.^(17,18,19,20,21)

Nutrición paliativa en adultos mayores

La alimentación desempeña un papel fundamental en la vida de las personas, muchos pacientes de CP tienen una ingesta oral reducida durante su enfermedad. El momento más común para esta disminución es durante la fase terminal, cuando el paciente se vuelve menos consciente y, por lo tanto, menos capaz de recibir nutrición por esta vía.⁽²²⁾ Por definición, una enfermedad terminal es aquella avanzada, progresiva, e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. Además, deberán de estar presentes una gran cantidad de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes de elevada intensidad. El pronóstico de vida suele ser inferior a seis meses.⁽⁶⁾

Todo paciente en cuidados paliativos debe recibir una nutrición óptima y oportuna. El cuidado nutricional se define como un proceso que inicia con el tamizaje y diagnóstico del estado nutricional, el cual permite determinar los requerimientos nutricionales y elaborar un plan de terapia nutricional. El objetivo es que el paciente pueda beneficiarse de la terapia nutricional de manera adecuada para mantener el estado nutricional, prevenir o tratar la desnutrición y, de esta forma, mejorar los desenlaces clínicos. En el caso de los cuidados paliativos, los desenlaces esperados son la calidad de vida y la sobrevida.^(15,23,24)

La American Dietetic Association propone que la dieta de los pacientes con enfermedades en estado avanzado proporcione confort emocional y placer, disminuyendo la ansiedad y aumentando la autoestima y la independencia.⁽²²⁾

Entre los adultos mayores residentes de instituciones de cuidados de larga duración, se ha estimado que la prevalencia de desnutrición intrahospitalaria (DI) se encuentra entre el 12,5 % y el 78,9 %. En general, el 50 % de los residentes requieren un plan de atención nutricional individualizado. La DI se asocia con un aumento de la morbilidad, mortalidad, mayor tasa de reingreso, discapacidades funcionales y complicaciones físicas.⁽¹⁵⁾

Hay diferentes cambios en la dieta de los pacientes en CP, entre ellos, destacan la pérdida de sensibilidad al gusto y la dificultad para deglutir, digerir y absorber los alimentos.⁽²⁵⁾ La nutrición debe evaluarse de manera integral por parte del personal de salud e incluir la evaluación integral de diferentes aspectos relacionados con las enfermedades (estado/evolución)tratamientos coadyuvantes, comorbilidades, el estado nutricional, requerimientos, tolerabilidad, pronóstico , la calidad de vida y las expectativas de los pacientes y familiares.

La nutrición debe ser vigilada muy de cerca debido a sus múltiples comorbilidades. Esta acción implica consultas nutricionales y pruebas de laboratorio. Esta variación se debe a la sobrecarga de líquidos y a los desequilibrios metabólicos, que son muy frecuentes y pueden provocar disnea, complicaciones cardiovasculares y renales. Las complicaciones gastrointestinales, como la diarrea y el estreñimiento, son frecuentes en esta población. La alimentación por sonda puede provocar úlceras por presión y aspiración recurrente, lesiones en los tejidos blandos, hospitalización por pérdida de sangre y necesidad de re inserción del acceso o infecciones.^(24,25)

Vías de alimentación: oral, parenteral, enteral.

- Nutrición por vía oral: se estimula el apetito, cuidando las cantidades, olores, sabores, preferencias en consistencia, formas de elaboración, frecuencia de las comidas y contexto en el cual se alimenta. El personal médico debe constatar que la nutrición por vía oral no sea un gran esfuerzo para el paciente y que no se requiera el uso de métodos agresivos para su aplicación, por más deteriorado que esté el paciente y la muerte sea inminente.⁽²⁶⁾

- Nutrición enteral: es la administración de líquido nutricional a través de una sonda al sistema gastrointestinal (sonda nasogástrica, yeyunostomía, gastrostomía). Los pacientes requieren trabajar la adaptación en la manera de alimentarse, respirar y descansar, se debe orientar el aprendizaje en la elaboración de los alimentos y la administración de la medicación por la misma, así como la higiene y el cuidado.^(15,18)

- Nutrición parenteral: es la administración de líquido nutricional a través de un catéter venoso central o periférico que no ingresa directamente al sistema gastrointestinal, se debe contar con el consentimiento del paciente. Se utiliza cuando se ha descartado las

otras dos vías, debe usarse de manera excepcional ya constituye una técnica agresiva, que limita mucho la autonomía del enfermo y que está sujeta a multitud de complicaciones, fundamentalmente de tipo infeccioso, metabólico y las derivadas de la colocación de un catéter por vía central.⁽¹⁸⁾

Aspectos éticos

Cuando el paciente es incapaz de alimentarse por sí mismo y la anorexia es intensa, no responde al tratamiento o a ningún sistema de nutrición artificial y no mejora su calidad de vida, aparece el dilema y la controversia al considerar la posibilidad de retirarlo cuando se ha mostrado ineficaz y produce más perjuicios que beneficios. Es necesario valorar la relación entre perjuicios y beneficios que supone el seguir aplicándola e informar al paciente y sus familiares de la situación para que puedan participar en la toma de decisiones.^(22,23)

Esto quiere decir que todo paciente tiene derecho a acceder a un cuidado nutricional óptimo y oportuno. Reconocer y proteger este derecho no implica, en ninguna circunstancia, que el paciente debe ser alimentado hasta el último momento de la existencia y a toda costa. Por el contrario, reconocer este derecho implica que se debe alimentar al paciente respetando su dignidad y, para ello, hay que evitar el encarnizamiento terapéutico, es decir, la utilización incorrecta de la terapia nutricional que puede provocar “una agonía prolongada”.⁽²⁶⁾

La comunicación es la clave para reducir esta brecha; esto significa conocer los deseos del paciente/familia y de los cuidadores, por un lado, y proporcionar el mayor confort posible reduciendo el sufrimiento a través de las terapias indicadas.^(25,26)

Comentarios

La literatura indica que es imprescindible seguir estudiando este tipo de lesiones, ya que actualmente es parte de las guías de práctica clínica pero no tiene estandarizados los conceptos, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.

Estos términos son relativamente nuevos, por ello es importante que se reproduzca entre los profesionales de la salud y tener presente que no todas las úlceras se pueden evitar y no se deben a una mala práctica y/o cuidados por parte del personal.

La úlcera terminal de Kennedy es un evento tisular natural que sucede al final de la vida, su etiología aún no está bien definida, pero existe la teoría de que hay una falla cutánea por problemas de perfusión sanguínea. La UTK tiene un inicio repentino, suele aparecer en el sacro y el cóccix principalmente, se describe como en pera, mariposa o herradura, una diferencia muy importante con las úlceras por presión es que esta úlcera puede evolucionar rápidamente de una lesión en etapa II a etapa III Y IV.

El NPUAP adjunto cuatro términos que definen las lesiones inevitables de la piel que se producen al final de la vida. 1) Úlcera terminal de Kennedy, 2) Lesión tisular terminal de Trombley-Brennan, 3) Cambios cutáneos al final de la vida (SCALE), 4) Fallo cutáneo o fracaso de la piel. A pesar de que no hay un tratamiento unificado para estas lesiones, en el 2019 se estableció que proporcionar orientación específica para la comodidad individual y la atención del paciente debe ser el objetivo principal de los pacientes con heridas inevitables al final de la vida.

Debido al aumento del envejecimiento de la población y a las enfermedades crónicas, en Latinoamérica y el caribe existen 2,500 000 personas mayores de 60 años que requieren cuidados paliativos, diferentes estudios demuestran que es necesario un enfoque multidisciplinario por parte del personal de salud (médicos, nutriólogos, enfermeras, psicólogos, asistencia social, etcétera). Es importante que se valore la enfermedad y las comorbilidades del paciente, los requerimientos energéticos y proteicos, la tolerabilidad y la mejor vía de administración. La conducta nutricional en los cuidados paliativos debe respetar los deseos del paciente, proporcionando el mayor confort posible y reduciendo el sufrimiento a través de las terapias indicadas.

CONCLUSIONES:

- Es necesario seguir investigando y actualizando el tema de las lesiones inevitables, para dar un adecuado abordaje y tratamiento a los pacientes que cursen con este tipo de lesiones.

- La KTU se describe como una úlcera roja, amarilla o negra en forma de pera, mariposa, herradura o irregular, similar en apariencia a una abrasión o ampolla, que puede aparecer repentinamente. Teóricamente su etiología se debe a un evento tisular.
- Una diferencia importante de la úlcera terminal de Kennedy es que se presenta durante la fase terminal del paciente y comparándolo con una úlcera por presión, es el tiempo de progresión, ya que la UTK va aumentando en tamaño y profundidad en días o semanas.
- La comodidad individual y la atención del paciente debe ser el objetivo principal de los pacientes con heridas inevitables al final de la vida.
- El porcentaje de adultos mayores que requieren cuidados paliativos es bastante amplio respecto el porcentaje que lo recibe.
- Al tratar la nutrición en pacientes mayores es necesario realizarlo de manera individual, ya que contemplan diferentes situaciones, tales como es estadio o gravedad de la enfermedad, comorbilidades, tolerancia, y sobre todo el respeto a los deseos del paciente y su familia.

REFERENCIAS:

1. de Farias Aragao BF, Alecio Barbosa MS, Silva de Souza GA, Nascimento Ramos TC, Silva Fhon JR, Maria de lima F. Características da ulcera terminal de Kennedy em pacientes paliativos: uma revisao integrativa. Revista enfermagem Atual. 2022; 96(38): e-021254. Disponible en: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1350>
2. Ayello EA, Levine JM, Langemo D, Kennedy-Evans KL, Brennan MR, Gary Sibbald R. Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries. Adv Skin Wound Care. 2019;32(3):109-21.
3. Defining and Describing Terminal Ulcers in Dying Adults: An Integrative Review - PubMed [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693923/>
4. Cuidados paliativos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
5. Sibbald RG, Ayello EA. Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries: Results of the 2019 Terminology Survey. Adv Skin Wound Care. marzo de 2020;33(3):137-45.

6. Dincer M, Doger C, Tas SS, Karakaya D. An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. *Niger J Clin Pract.* abril de 2018;21(4):484-91.
7. Carvalho MMC et al. Lesões de pele nos cuidados paliativos oncológicos: Estudo observacional. *Research, Society and Development.* 2021 mai; 10(6): 1-21.
8. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.* The Joanna Briggs Institute; 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
9. Bachero JG, Vizcaino TF. Poliulceración en paciente terminal: úlceras de Kennedy. *Plan de cuidados paliativos. Enferm Dermatológica [Internet].* 2014;8(22):32-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014762>
10. Adecuación del plan de cuidados ante el diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239916300050>
11. Del Olmo García, Moreno Villares JM, Álvarez Hernández J, Ferrero López I, Bretón Lesmes I, Virgili Casas N, et al; miembros del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE (Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo). Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. *Nutr Hosp* 2022;39(4):936-944
12. Hum A, Wei Yap C, Hwang koh MY. End-stage organ disease-health care utilisation: Impact of palliative medicine. *BMJ Support Palliat Care* 2021;bmjspcare-2021-003288. DOI: 10.1136/bmjspcare-2021-003288
13. Cárdenas D. ¿Cómo alimentar al paciente en cuidados paliativos? Una revisión narrativa. *Rev Nutr Clínica Metab [Internet].* 202;4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
14. R. N. Bernardo et al. Úlcera terminal de kennedy em portador de mieloma múltiplo internado em unidade de terapia intensiva: relato de caso. *Hematol transfus cell ther.* 2020; 42(2): 278-9.

15. Cárdenas D. ¿Cómo alimentar al paciente en cuidados paliativos? Una revisión narrativa. Rev Nutr Clínica Metab [Internet]. 2021;4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
16. Muscogiuri G, Barrera L, Carignano M de los A, Ceriani FI. Nutritional recommendations in palliative care for patients with advanced diseases and at the end of life. Rev Nutr Clínica Metab [Internet]. 21 de marzo de 2021;4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/>
17. Cantón Blanco A , Lozano Fuster FM, del Olmo García MD, Virgili Casas N, Wandenberghe C, Avilés V, et al. Manejo nutricional en la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. Nutr Hosp 2019;36(4):988-95. DOI: 10.20960/nh.02723
18. Okon TR, Christensen A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. In: Uptodate. Arnold RM, Givens J (Eds); 2021 [acceso noviembre 2021]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
19. Reitz M, Schindler CA. Pediatric Kennedy Terminal Ulcer. Journal of Pediatric Health Care. 2016 jun; 30(3): 274-78.
20. Moura RBB de, Melo ÂBP de, Chaves TR, Vaz LMM, Barbosa JM, Araújo RG. Management Approach for Anorexia in Palliative Care: An Integrative Literature Review / Conduas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa. Rev Pesqui Cuid É Fundam Online [Internet]. 2020;12:737-43. Disponible en: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9432>
21. Amorim GKD, Silva GSN da. Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: revisão integrativa. Rev Bioét [Internet]. julio de 2021 ;29(3):547-57. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422021000300547&tlng=pt
22. Vista do Management Approach for Anorexia in Palliative Care: An Integrative Literature Review / Conduas para o Manejo da Anorexia em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa [Internet]. Disponible en: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9432/pdf>

23. Novais RF, Kaizer UAO, Domingues EAR. Cuidados de enfermagem para pessoas com feridas neoplásicas malignas: Revisão integrativa. Rev Enferm Atual In Derme. 2021 nov 30; 96(37) 1-12.
24. Jakobsen TBT et al. Incidence and prevalence of pressure ulcers in cancer patients admitted to hospice: A multicentre prospective cohort study. Int Wound J. 2020 jun; 17(3): 6419.
25. Alderman B, Allan L, Amano k, Bouleuc C, Davis M, Lyster-Flynn S, et al. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer. Support Care Cancer 2021;30(4):2983-92. DOI: 10.1007/s00520-021-06613-y
26. Neloska L, Damevska K, Nikolchev A, Pavleska L, Petreska-Zovic B, Kostov M. The Association between Malnutrition and Pressure Ulcers in Elderly in Long-Term Care Facility. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 15 de septiembre de 2016;4(3):423-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042627/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.