



Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo

ISSN: 0124-2059

ISSN: 2027-128X

Pontificia Universidad Javeriana

Barbosa Céspedes, María Alejandra; Esquivel Díaz, Lina Paola;
Jiménez Ramírez, Magda Lorena; González Sabogal, Mónica
Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas *
Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo,
vol. 21, núm. 2, 2019, Julio-Diciembre, pp. 1-10
Pontificia Universidad Javeriana

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.rpec>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145274734010>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas*

Revision of the Nursing Practices in the Palliative Care to Patients with Oncologic Injuries

Revisão das práticas de enfermagem nos cuidados paliativos de pacientes com chagas oncológicas

María Alejandra Barbosa Céspedes^a

Universidad El Bosque, Colombia

alejabarbosa.92@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3271-5337>

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.rpec>

Lina Paola Esquivel Díaz

Universidad El Bosque, Colombia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8031-9606>

Fecha de recepción: 27 Junio 2018

Fecha de aprobación: 11 Abril 2019

Fecha de publicación: 30 Noviembre 2019

Magda Lorena Jiménez Ramírez

Universidad El Bosque, Colombia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1987-0666>

Mónica González Sabogal

Universidad El Bosque, Colombia

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8827-9840>

Resumen:

Introducción: los pacientes con heridas oncológicas o tumorales tienen unas necesidades específicas de cuidado, por dolor, exudado y mal olor; por lo tanto, los profesionales de enfermería deben brindar un cuidado integral y proporcionar confort y alivio de síntomas, a fin de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. **Objetivo:** consolidar hallazgos de la literatura sobre prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas en el manejo del exudado, dolor y olor. **Método:** revisión integrativa mediante la búsqueda electrónica de artículos bajo la pregunta orientadora: ¿cuáles son las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas en cuanto al manejo del exudado, dolor y olor?, en el periodo 2000-2017, idioma inglés, español o portugués, en las bases de datos IdeA, Pubmed, ScienceDirect, SciELO, ProQuest y Dialnet. **Resultados:** se identificaron 52 artículos, de los cuales 22 se ajustaban a la pregunta y presentaban información relevante. Esta revisión logró consolidar aspectos importantes sobre las prácticas de enfermería en cuidado paliativo, siendo de utilidad para profesionales de enfermería como un referente de intervenciones dirigidas a esta población con necesidades especiales de cuidado. **Conclusión:** se requieren más estudios sobre el manejo de estos síntomas; no obstante, las prácticas documentadas hasta el momento se basan en una adecuada técnica, limpieza de la herida y control de carga bacteriana, elección de apósito atraumático de alta capacidad de absorción y múltiples intervenciones no farmacológicas.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermería, herida, úlcera, tumor.

Abstract:

Introduction: Patients with oncologic injuries or tumors have specific care needs due to pain, exudate and smelliness. Therefore, nursing professionals must provide them with integral care, comfort and symptom relief in order to improve the quality of life of both the patient and the family. **Objective:** To consolidate the findings in the literature regarding nursing practices of palliative care to patients with oncologic injuries for dealing with exudate, pain and smelliness. **Method:** This is a unifying review after an online search of articles answering the research question: Which are the nursing practices of palliative care in patients with oncologic injuries regarding the management of exudate, pain and smelliness? The search covered the term 2000-2017 and the English, Spanish and Portuguese languages. The databases included IdeA, Pubmed, ScienceDirect, SciELO, ProQuest and Dialnet. **Results:** Fifty-two articles were identified and 22 of them did answer the question and showed relevant information. This review managed to consolidate some important aspect related to the nursing practices of palliative care, which is quite useful for nursing

Notas de autor

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: alejabarbosa.92@gmail.com

professionals as an intervention benchmark when dealing with the study population having special care needs. Conclusion: More studies are required on the management of these symptoms. However, the practices documented so far are based on an appropriate technique, injury cleaning, bacterial load control, choosing a high-absorption non-traumatic dressing, and multiple non-pharmacological interventions.

Keywords: palliative care, nursing, injury, ulcer, tumor.

Resumo:

Introdução: Os pacientes com chagas oncológicas ou tumorais têm necessidades específicas de cuidado, devido à dor, exsudado e mau odor; portanto, os profissionais de enfermagem devem prestar atendimento integral e fornecer conforto e alívio de sintomas, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e da sua família. **Objetivo:** Consolidar achados da literatura sobre práticas de enfermagem em cuidados paliativos de pacientes com chagas oncológicas no manejo do exsudado, dor e odor. **Método:** Revisão integrativa de artigos sob a pergunta norteadora: quais as práticas de enfermagem em cuidados paliativos de pacientes com chagas oncológicas em quanto a manejo do exsudado, dor e odor? Através da busca eletrônica no período 2000-2017, idioma inglês, espanhol ou português, nas bases de dados IdeA, Pubmed, ScienceDirect, SciELO, ProQuest e Dialnet. **Resultados:** Identificaram-se 52 artigos, dos quais 22 se enquadraram na questão e apresentaram informações relevantes. Esta revisão conseguiu consolidar aspectos importantes sobre as práticas de enfermagem no cuidado paliativo, sendo útil para profissionais de enfermagem como referente de intervenções direcionadas para essa população com necessidades especiais de cuidado. **Conclusão:** mais estudos sobre manejo destes sintomas são precisos; no entanto, as práticas documentadas até hoje se baseiam em adequada técnica, limpeza de feridas e controle de carga bacteriana, escolha de curativo atraumático de alta capacidade de absorção e intervenções não farmacológicas múltiplas.

Palavras-chave: cuidados paliativos, enfermagem, chaga, ulcera, tumor.

Introducción

Las personas con cáncer que padecen heridas oncológicas y que se acercan al final de la vida presentan alteraciones en sus procesos fisiológicos, debido a la nutrición, fenómenos clínicos asociados a cambios en la piel, medicación y radioterapia (1). Esta población representa la razón de ser del cuidado paliativo para el control de síntomas y cuidados de enfermería, mediante intervenciones que buscan mejorar la calidad de vida del paciente y su familia (2,3), aún más cuando padecen heridas tumorales caracterizadas por presentar dolor, olor, exudado, sangrado, entre otros síntomas (1,2,4,5) angustiantes tanto para el paciente como para su familia o cuidadores.

Las heridas o úlceras tumorales son infiltraciones cutáneas de células cancerígenas producidas por el crecimiento de un tumor primario de piel (carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma, sarcoma de Kaposi o linfomas cutáneos) o también producidos por metástasis de otros tumores adyacentes (de mama, cabeza y cuello, pulmón, abdomen y genitales) (6). Como suelen aumentar de tamaño de manera progresiva, destruyen tejido circundante, presentan alto riesgo de infección y generan alto impacto en la calidad de vida, porque llegan a ser desagradables y deformantes (7) y afectan la autoestima del paciente (8).

Los síntomas característicos, como el dolor, el olor y el exudado, requieren un abordaje especial desde el cuidado de enfermería, mediante la identificación de las características de la herida tumoral y las intervenciones específicas para controlar y minimizar esos síntomas desagradables que generan sufrimiento físico, psicológico y espiritual (4) e incluso exacerban otros síntomas (9).

Por lo tanto, el hecho de padecer una herida tumoral se traduce en una necesidad paliativa inminente del paciente oncológico y por lo cual se genera el siguiente interrogante: ¿cuáles son las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas en cuanto al manejo de exudado, dolor y olor?

En ese contexto, el exudado, el dolor y el olor se convierten en elementos adicionales al padecimiento de la herida propiamente dicha. El exudado genera gran molestia, debido a la maceración perilesional, la sensación de suciedad, el mal olor y el lecho la herida con presencia de tejido necrótico y dolor (agudo y crónico) (9).

Desde esa perspectiva, profundizar en el conocimiento de la temática es una herramienta fundamental para los profesionales de enfermería responsables del cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas,

a partir de la mejor evidencia científica disponible. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es consolidar los hallazgos de la literatura sobre las prácticas de enfermería en cuidado paliativo del paciente con herida oncológica, en cuanto al manejo del exudado, dolor y olor, mediante una revisión integrativa de la literatura que sirva como insumo para un buen control de estos síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Método

La revisión integrativa buscó artículos bajo la pregunta orientadora ¿cuáles son las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas en cuanto al manejo del exudado, dolor y olor? en las bases de datos IdeA, Pubmed, ScienceDirect, SciELO, ProQuest y Dialnet. Como criterios de inclusión se consideraron artículos relacionados con cuidados de enfermería o manejo de herida tumoral que fueran ensayos clínicos, observacionales, revisiones, metanálisis, experimental/cuasi experimental o serie de casos, que se hubiesen publicado entre el 2000 y el 2017, en idiomas inglés, español o portugués. Todo ello con las palabras clave obtenidas del MeSH: *palliative care, nursing, wound, ulcer, neoplasm*; también con las palabras clave obtenidas del DeCS: *cuidados paliativos, enfermería, herida, úlcera, tumor*. No existen descriptores específicos para heridas tumorales, por lo cual se cruzaron descriptores y palabras clave mediante los booleanos AND y OR. En la revisión se identificaron los títulos que tuvieran dos o más de las palabras clave y se eliminaron los repetidos. Se revisaron los resúmenes para seleccionar los que tuvieran temáticas ajustadas a la pregunta orientadora. Se obtuvieron los artículos en texto completo, se hizo segunda selección y, con los considerados pertinentes, se adelantó revisión y lectura crítica, en una matriz diseñada por las autoras en una hoja de cálculo en Microsoft Excel versión 2011. Se excluyeron aquellos artículos que trataban sobre heridas crónicas no oncológicas. La figura 1 presenta el flujograma de selección. Por bola de nieve se identificaron otras publicaciones; además, se hicieron nuevas búsquedas para respaldar y argumentar los hallazgos obtenidos.

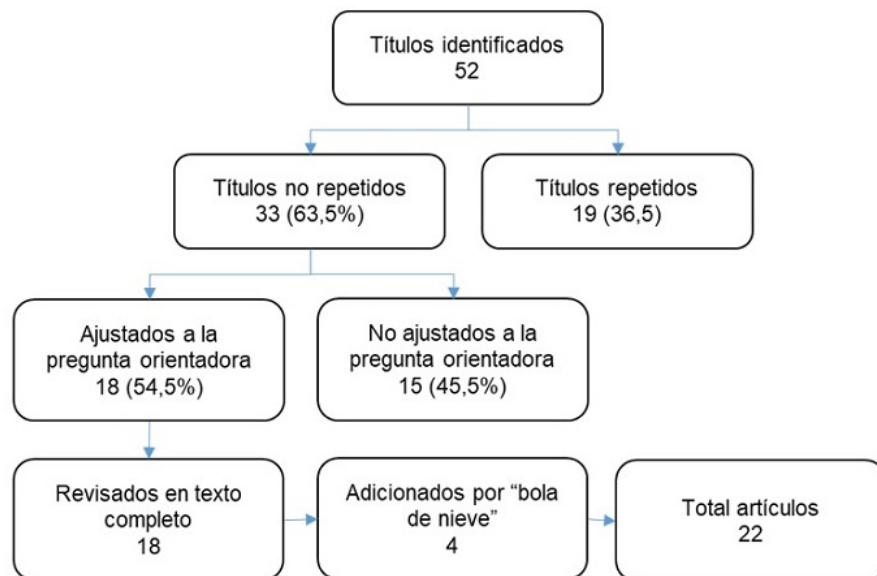


FIGURA 1.
Flujograma de selección de artículos

Fuente: elaboración propia

Resultados

El exudado, el dolor y el mal olor son los síntomas físicos más comunes de las heridas oncológicas (10) que más influyen en la esfera psicosocial del paciente y pueden exacerbar o desencadenar otros síntomas físicos, psicológicos y espirituales. Por lo tanto, un control temprano, oportuno y efectivo de estos síntomas es un marcador de éxito en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su familia. A continuación, se relacionan los hallazgos más representativos de los estudios seleccionados, considerando las características en común sobre las prácticas para el manejo del exudado, dolor y olor en heridas oncológicas (tablas 1, 2 y 3).

TABLA 1.
Prácticas para el manejo del exudado en heridas oncológicas

Prácticas de enfermería para el manejo de exudado	Autor(es)
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de apósitos absorbentes (11) que incluyen espumas, alginatos e hidrofibras, apósitos superabsorbentes a base de carbón activado (3,12), junto con productos superabsorbentes basados en tecnología de pañales (13). 	<ul style="list-style-type: none"> • Agra y colaboradores (4) • Woo y Sibbald (12) • Woo y colaboradores (13) • Tilley y colaboradores (11)
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de alginatos (altamente absorbentes), espumas no adhesivas, vendaje de película para exudado seco o mínimo (2,4). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrisman (5) • Freitas de Castro y colaboradores (2)
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cambios frecuentes de apósito teniendo en cuenta la necesidad y orientar al paciente y familiar a realizar cambio de apósito tan pronto se encuentra impregnado (2,10). 	<ul style="list-style-type: none"> • Freitas de Castro y colaboradores (2) • Alexander S (10)
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso de apósitos hidrocoloides, hidrogel y los que generan retención de la humedad, ya que está contraindicada en heridas no curables (13). 	<ul style="list-style-type: none"> • Woo y colaboradores (13)
<ul style="list-style-type: none"> • Para proteger la piel circundante, utilizar protectores de piel, productos de barrera y tiras de hidrocoloides delgadas alrededor para "enmarcar" la herida (1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ripley KR, Collier M (1)
<ul style="list-style-type: none"> • Para la protección de la piel perilesional aplicar pomadas a base de vitaminas A y D (4) y óxido de zinc (13), aceite a base de silicona para protección y buena hidratación de la piel (11). 	<ul style="list-style-type: none"> • Agra y colaboradores (4) • Woo y colaboradores (13) • Tilley y colaboradores (11)

Fuente: elaboración propia

TABLA 2.
Prácticas para el manejo del dolor en heridas oncológicas

Prácticas de enfermería para el manejo de dolor	Autor(es)
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar enfoques tanto farmacológicos como no farmacológicos para reducir la ansiedad en pacientes que experimentan dolor asociado a la herida (14). 	<ul style="list-style-type: none"> • Letizia y colaboradores (14)
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca de la técnica y pedir su colaboración si procede, evitar estímulos innecesarios como golpes, pinchazos, cortes y tirones (15). 	<ul style="list-style-type: none"> • Watanabe y colaboradores (15)
<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con el paciente para identificar la ansiedad, establecer el ritmo del procedimiento de acuerdo con la preferencia del paciente ofreciendo un "tempo de espera" o pausa y evaluar el dolor antes, durante y después del cambio de apósito o vendaje (5,16). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrisman (5) • Granados y colaboradores (20)
<ul style="list-style-type: none"> • Los apósitos deben aplicarse y luego retirarse lo más cuidadosamente posible para evitar dolor y angustia innecesaria (5,7,13,17). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrisman (5) • Woo y colaboradores (13) • Merz y colaboradores (17) • Tejada y colaboradores (7)
<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar vendajes suaves con interfaces atramáticas y no adherentes, que minimice el cizallamiento, fricción y el trauma inducido al retirar el apósito (5,5,12). 	<ul style="list-style-type: none"> • Woo y Sibbald (12) • Chrisman (5) • McDonald y Lesage (3)
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar analgésicos antes del cambio si es necesario (medicamento opioide de acción rápida, incluso si el dolor crónico se trata con un analgésico de acción prolongada) (13,14,18). 	<ul style="list-style-type: none"> • Woo y colaboradores (13) • Letizia y colaboradores (14)
<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la frecuencia del cambio de apósito si es posible (7). 	<ul style="list-style-type: none"> • Seaman (18) • Tejada y colaboradores (7)
<ul style="list-style-type: none"> • Empapar o impregnar los apósitos con solución salina o con agua potable (a temperatura ambiente o tibia) para retirarlos (16). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrisman (5)
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar limpieza mecánica con solución salada (esta no agrede el tejido) a través de chorro directo a la herida y en la aplicación simple (6). 	<ul style="list-style-type: none"> • Granados y colaboradores (16) • Da Silva y colaboradores (19)
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnica suave de limpieza de la herida evitando el frotamiento excesivo y minimizar el trauma (5,16,19). 	<ul style="list-style-type: none"> • Moortiel (6)
<ul style="list-style-type: none"> • Educación para el paciente y su círculo de cuidado: explicar el mecanismo del dolor, descartar conceptos erróneos sobre el dolor, aclarar dudas y preocupaciones sobre la adicción a los medicamentos (5,13,19). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrisman (5) • Woo y colaboradores (13)
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia mediante calor o frío, masajes y vibraciones, terapias de posicionamiento, reducción de presión y alivio de la presión, ejercicio (5,13,19). 	<ul style="list-style-type: none"> • Da Silva y colaboradores (19)
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad: técnicas de distracción, educación, grupos de apoyo, imágenes, relajación y respiración, meditación, musicoterapia, terapia de arte, aromaterapia (5,13,19). 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrisman (5) • Woo y colaboradores (13) • Da Silva y colaboradores (19)
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiva: terapia cognitiva conductual, pensamiento positivo, habilidades para resolver problemas (5,13,19). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Alianza terapéutica: mediante técnicas de comunicación asertiva y terapéutica, escucha reflexiva, establecimiento de metas, expectativas, empatía (5,13,19). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento: respetar las elecciones individuales del paciente, maximizar la autonomía, participación activa (5,13,19). 	

Fuente: elaboración propia

TABLA 3.
Prácticas para el manejo del olor en heridas oncológicas

Prácticas de enfermera para el manejo de olor	Autor(es)
<ul style="list-style-type: none"> • Se puede controlar el olor reduciendo la carga bacteriana, controlando el exudado y desbridando tejido necrótico (1,5,12). • Aplicación de metronidazol tópico (tabletas trituradas) (6,16,22) luego de la limpieza de la herida 1 a 2 veces al día durante 7 a 14 días y cubrir con apósito no adherente. También se puede administrar vía oral simultáneamente 400 mg, 4 veces al día durante el mismo periodo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ripley y Collier (1) • Woo y Sibbald (12) • Chrisman (5) • Tejada y colaboradores (7) • Watanabe y colaboradores (15) • Grocott y colaboradores (21) • Santos y colaboradores (20)
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar desbridamiento y limpieza de la herida, manejo de la colonización bacteriana local, manejo de la sobrecarga con agentes tópicos antimicrobianos (2,12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Freitas y colaboradores (2) • Woo y Sibbald (12)
<p>Medidas para el control del olor ambiental (2,11,20,21):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de desodorantes ambientales. • Bandeja con arena para gatos debajo de la cama. • Aceites esenciales. • Neutralizadores ambientales con olor, uso de difusores aromáticos. • Aromaterapia. • Colocación de tazón con polvo de café en la habitación. • Carbón estratégicamente distribuido por el cuarto. • Ventilación del ambiente en el cambio de los vendajes. • Uso de olores fuertes como el vinagre y la vainilla. • Disposición adecuada de los vendajes sucios posterior al cambio de cura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Freitas y colaboradores (2) • Tilley y colaboradores (11) • Grocott y colaboradores (21) • Santos y colaboradores (22)

Fuente: elaboración propia

Discusión

Las úlceras cutáneas de origen tumoral se caracterizan por ser exudativas, dolorosas y mal olientes; también pueden presentar sangrado y sobreinfección, lo que produce una destrucción rápida de los tejidos adyacentes (8,22). Ello representa síntomas desagradables para el paciente, y cuando se experimenta más de un síntoma al mismo tiempo, la percepción de estos puede ser mayor y generar, a su vez, diferentes niveles de angustia, tal como lo establece la teoría de síntomas desagradables en las dimensiones apreciables de cada síntoma (la intensidad o gravedad, el grado de estrés o ansiedad asociado, el tiempo y la calidad) (9).

Un número significativo de las publicaciones consultadas señalan intervenciones de manejo de pacientes con este tipo de lesiones y síntomas asociados. En los artículos revisados se encontró similitud en los síntomas, como olor, dolor, sangrado, exudado e infección, y casi todos coinciden en el manejo.

El exudado, el dolor y el mal olor son los síntomas físicos más comunes de las heridas oncológicas (4,5,8,10,15). El exudado genera fuga de líquido, sensación de suciedad, maceración de la piel perilesional y mal olor, por lo que requiere cambios frecuentes de apósitos y vendajes (10). Naylor (23) advierte que esta situación representa gran angustia para el paciente, además de un aumento de la carga del cuidador. El exceso de humedad crea un entorno ideal para la proliferación bacteriana, especialmente cuando están afectadas las defensas del huésped (12).

Varias estrategias se pueden implementar para el control del exudado en una herida tumoral, previa valoración exhaustiva e individualizada, con el objetivo de proteger la piel sana perilesional, aumentar la comodidad del paciente y mejorar su autoestima.

Agra y colaboradores (4) coinciden con lo descrito por Woo y Sibbald (12) sobre el uso de apósitos superabsorbentes a base de carbón activado, alginato de calcio, espumas e hidrofibras; adicionalmente, Woo y colaboradores (13) recomiendan complementar con productos basados en la tecnología de pañales, por su alta capacidad de absorción. Las espumas son moderadamente absorbentes y no adhesivas para facilitar su retiro (5). Por su parte, Freitas de Castro y colaboradores (2) mencionan cambios frecuentes de apósito, teniendo en cuenta la necesidad, y orientar al paciente y familiar a realizar cambio de apósito tan pronto como se encuentra impregnado. Para la protección de la piel perilesional sana se recomienda la aplicación de pomadas a base de vitaminas A y D (4) y óxido de zinc (13), al igual que aceite a base de silicona para protección y buena hidratación de la piel alrededor de la herida (11). Woo y colaboradores (13) advierten que la humedad está contraindicada en heridas no curables; por lo tanto, debe evitarse el uso de apósitos hidrocoloides, hidrogeles y retención de la humedad. Recientemente, Tilley y colaboradores (11) establecieron que la terapia tópica antimicrobiana y apósitos absorbentes, en combinación con la limpieza y las intervenciones que eliminan el olor, han sido el pilar para el manejo del olor y el tratamiento exudado. La Clasificación Internacional para la

Práctica de Enfermería propone las siguientes intervenciones bajo la categoría “Herida con secreción” (24): aplicar vendaje para heridas, aplicar una bolsa de drenaje, mantener la integridad de la piel proximal al sitio de la herida, aplicar una terapia antibiótica tópica, limpiar la herida con la solución adecuada, administrar el control de la secreción en el sitio de la herida, evaluar la necesidad de administrar antibióticos e instruir sobre el cuidado de heridas.

En cuanto al dolor, se considera un problema común para los pacientes y suele describirse como uno de los peores aspectos de la vida con heridas crónicas (13), incluyendo las heridas oncológicas, ya que genera angustia, perturbación del sueño, movilidad limitada y afectación de la socialización, el estado de ánimo y las relaciones interpersonales (5,25).

La Organización Mundial de la Salud determinó que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que incurre en una falta de ética grave aquel profesional de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de aliviarlo (26). Sancho y colaboradores (27), al igual que Alexander (10), mencionan que la sensación física del dolor en las heridas malignas es multifactorial, pues se encuentra la presión de la masa tumoral sobre estructuras del cuerpo, daño a los nervios por la progresión del tumor, exposición de terminaciones nerviosas a nivel de la dermis, infecciones recurrentes, inflamación debido al deterioro del drenaje capilar y linfático y dolor relacionado con el procedimiento de la curación o manipulación (10,27).

En consecuencia, Letizia y colaboradores (14) mencionan que se deben proporcionar enfoques tanto farmacológicos como no farmacológicos para reducir la ansiedad en pacientes que experimentan dolor asociado a la herida, incluyendo, por ejemplo, la terapia cognitiva conductual, la cual, según Guzmán y colaboradores (28), es una herramienta de salud que podría beneficiar a los pacientes con cáncer, si se emplea durante todo el tratamiento y no solo al final. El manejo del dolor debe seguir las pautas de la Organización Mundial de la Salud con medicación analgésica, especialmente en el momento de cambios dolorosos del apósito, los cuales deben aplicarse y luego retirarse lo más cuidadosamente posible para evitar dolor y angustia innecesaria (5,6,13,17). Se debe informar al paciente acerca de la técnica, pedir su colaboración si procede y evitar estímulos innecesarios como golpes, pinchazos, cortes y tirones (7); esto como parte de la comunicación asertiva que debe encontrarse inmersa durante todo el proceso de atención.

Merz y colaboradores (17) advierten que si el cambio de apósito o vendaje es muy doloroso y la medicación instaurada no es suficiente, se recomienda la analgesia combinada con sedación leve para facilitar el procedimiento y reducir la angustia, sumado a minimizar el número de cambios de apósito si es posible, tal y como mencionan Tejada y colaboradores (7). Debido a la frecuencia y gravedad del dolor asociado con la eliminación del apósito, los pacientes deben ser premedicados antes de los cambios en el apósito con un medicamento opioide de acción rápida, incluso si el dolor crónico se trata con un analgésico de acción prolongada (13,14,18). El papel de los opioides tópicos en las lesiones ulcerosas de cáncer aún no está claro (7,17); sin embargo, un estudio de revisión sobre el uso de opiáceos tópicos para tratar las lesiones cutáneas dolorosas en cuidados paliativos dio cuenta de 27 artículos que indicaron la utilidad y seguridad clínica para el control del dolor inflamatorio en las heridas (29).

Considerando que una de las principales fuentes de dolor en las heridas es la limpieza y el cambio de apósito, Granados y colaboradores (16) recomiendan empapar o impregnar los apósitos con solución salina o con agua potable para retirarlos, y complementando con Montiel (6) la solución salina es isotónica con propiedades que no agreden el tejido de la herida y puede ser utilizada en la limpieza mecánica, a través de chorro de suero, y en la aplicación simple de la solución sin el chorro en la herida. La limpieza suave de la herida evitando el frotamiento excesivo minimiza el trauma y, por ende, el dolor (5,16,19). También se recomienda hablar con el paciente para identificar la ansiedad e intervenirla, establecer el ritmo del procedimiento de acuerdo con la preferencia del paciente ofreciendo un “tiempo de espera” o pausa y evaluar el dolor antes, durante y después del cambio de apósito o vendaje (5,16).

En cuanto al olor, se considera uno de los síntomas que generan sufrimiento y angustia en el paciente y su familia (10,30). Está asociado con colonización polimicrobiana y desechos metabólicos del tejido

desvitalizado (ácidos grasos volátiles, compuestos de azufre volátiles y cadaverina) (10). El mal olor puede llegar a impregnar la ropa, los muebles y el entorno, e influir directamente en la calidad de vida del paciente (8,16,21); además de limitar la convivencia social y favorecer el aislamiento social (30).

Freitas de Castro y colaboradores (2) mencionan que existen intervenciones que el profesional de enfermería puede realizar para el manejo del olor en pacientes con herida tumoral: previamente, es necesario un análisis clínico, crítico y reflexivo que tenga en cuenta las necesidades individuales de los pacientes, con el fin de mejorar su calidad de vida. Esas intervenciones incluyen el desbridamiento (el cual puede ser autolítico y enzimático), los métodos mecánicos suaves, irrigación con baja presión y desbridamiento quirúrgico, la limpieza de la herida y el manejo de la sobrecarga bacteriana con agentes tópicos antimicrobianos (2). Varios autores mencionan el metronidazol tópico como recomendado en heridas oncológicas (6,15,20), pues su mecanismo de acción ocurre sobre las bacterias anaeróbicas responsables de la producción de ácidos volátiles, causadores del olor, sin las reacciones adversas del uso oral. Se recomienda aplicar en la herida 1 a 2 veces al día durante 7 días, pudiéndose prolongar 7 días más ante una buena respuesta. También se puede administrar vía oral simultáneamente 400 mg, 4 veces al día, durante 7 a 14 días. Si terminado el esquema el mal olor regresa, se puede repetir el tratamiento otros 14 días más o de manera indefinida, bien sea por vía oral (200 mg, 2 veces/día) o por vía tópica (1 a 2 veces/día) (7,21).

Adicionalmente, Freitas de Castro y colaboradores (2) y Tilley y colaboradores (11) complementan con otras medidas que incluyen el control del olor ambiental, las cuales se muestran en la tabla 3.

En un estudio de caso descriptivo sobre el uso del apósito hidrocelular trilaminar con adhesivo de gel suave, utilizado en una úlcera tumoral mamaria secundaria a carcinoma ductal infiltrado a piel, Monleon y colaboradores (31) lograron reducir el mal olor, porque el suave adhesivo del apósito permitió la permanencia en contacto con la herida y facilitó su retirada no traumática, sin mostrar dolor ni sangrado, y se logró espaciar las curas cada 48 horas y 72 horas al final del periodo de seguimiento.

Es claro que el aporte de enfermería al buen manejo de las heridas oncológicas es clave; por lo tanto, son necesarios procesos de capacitación y actualización constante para así poder brindar un cuidado integral enfocado en el control de síntomas, además educar y transmitir esos conocimientos a los pacientes y los cuidadores. La actuación de enfermería frente a este tipo de lesiones se deberá enfocar desde el punto de vista del manejo paliativo al paciente y su familia. Los cuidados proporcionados estarán condicionados por las características de la lesión y el manejo de los síntomas deberá ser la prioridad en el actuar. La valoración del cuidado de una herida representa uno de los aspectos que requiere una mayor precisión, un alto nivel de detalle y conocimientos sólidos para dirigir adecuadamente las prácticas para su abordaje, siempre haciendo uso de la evidencia científica (32,33,34). Esto se complementa con una buena comunicación, escucha y comprensión brindada al paciente, puesto que sentirse escuchado y comprendido es un importante indicador de calidad sensible a las intervenciones para mejorar la atención y la experiencia del paciente (35,36,37), así como mejora los resultados psicosociales, disminuyendo síntomas de ansiedad, estrés y depresión (38), teniendo en cuenta que la depresión es un trastorno frecuente, aunque habitualmente infradiagnosticado e infratratado en la población oncológica (39).

Conclusiones

Esta revisión permitió consolidar las prácticas de enfermería en cuidado paliativo a pacientes con heridas oncológicas o tumorales, al ser una herramienta dirigida a los profesionales de enfermería para el manejo de síntomas como exudado, dolor y mal olor, lo cual constituye un marcador de éxito en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente con herida oncológica y su familia, lo que favorece su bienestar y confort.

La utilización de tecnología para el manejo de heridas, así como otras medidas farmacológicas y no farmacológicas descritas en la literatura científica, se deben apropiar y llevar a la práctica desde una perspectiva

integral, atendiendo no solo los aspectos físicos de la herida, sino también las dimensiones psicosociales y espirituales, tanto del paciente como de su familia y entorno. Se requieren más estudios sobre el manejo de del dolor, exudado y mal olor; no obstante, las prácticas documentadas hasta el momento se basan en una adecuada técnica, limpieza de la herida y control de carga bacteriana, elección de apósito atraumático de alta capacidad de absorción y múltiples intervenciones no farmacológicas.

Referencias

1. Ripley KR, Collier M. Managing tissue viability issues in patients with cancer approaching the end of life. *Nurs Stand* [Internet]. 2017;31(25):54-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28198336>
2. Freitas de Castro M, Alves dos Santos W, Dos Santos Claro P, Salvador Caldeira dos Santos M, Ribeiro Garcia T. Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. *Aquichan* [Internet]. 2017;17(3):243-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972017000300243
3. McDonald A, Lesage P. Palliative management of pressure ulcers and malignant wounds in patients with advanced illness. *J Palliat Med* [Internet]. 2006;9(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.285>
4. Agra G, Fernández M, Carvalho dos Santos P, Indiara, Moreira Freire M. Cuidados paliativos ao paciente portador de ferida neoplásica: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2013;59(1):95-104. Disponible en: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/16-cuidados-paliativos-ao-paciente-portador-de-ferida-neoplasica.pdf
5. Chrisman CA. Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *Int Wound J* [Internet]. 2010;7(4):214-235. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528993>
6. Montiel L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral. *Rev Int Grupos Investig Oncol* [Internet]. 2012;1(2):52-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-regio-revista-internacional-grupos-investigacion-339-articulo-manejo-las-ulceras-cutaneas-origen-X2253645012578954>
7. Tejada F, Ruiz M, Fernández V. La herida en el paciente paliativo: Abordaje multidisciplinar. *HYGIA de Enfermería* [Internet]. 2007;(66):5-9. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia66.pdf>
8. Stephen J. An overview of caring for those with palliative wounds. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2008;13(12):S24-30. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2008.13.Sup5.31845>
9. Espinoza Venegas M, Valenzuela Suazo S. Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2011;27(2):141-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000200006&lng=es
10. Alexander S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial issues. *J Wound Care* [Internet]. 2009;18(8):325-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19862870>
11. Tilley C, Lipson J, Ramos M. Palliative wound care for malignant fungating wounds holistic considerations at end-of-life. *Nurs Clin N Am* [Internet]. 2016;51(3):513-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646516300196?via=ihub>
12. Woo K, Sibbald G. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2010;23(9):418-28. Disponible en: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129334-201009000-00009.pdf>
13. Woo K, Krasner D, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2015;28(3):130-40. Disponible en: <https://cme.lww.com/files/PalliativeWoundCareManagementStrategiesforPalliativePatientsandTheirCirclesofCare-1424293002666.pdf>
14. Letizia M, Uebelhor J, Paddack E. Providing palliative care to seriously ill patients with nonhealing wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2010;37(3):277-82.

15. Watanabe K, Shimo A, Tsugawa K, Tokuda Y, Yamauchi H, Miyai E, et al. Safe and effective deodorization of malodorous fungating tumors using topical metronidazole 0.75 % gel (GK567): a multicenter, open-label, phase III study (RDT.07.SRE.27013). *Support Care Cancer* [Internet]. 2016;24(6):2583-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846704/>
16. Granados A, Cejudo A, Barroso M, Cordero M, Jiménez R, Romero I. Cuidados del paciente con herida tumoral. *Evidentia* [Internet]. 2013;10(41):1-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Angela_Cejudo-Lopez/publication/273766792_Cuidados_del_paciente_con_herida_tumoral/links/550bcd680cf2855640972d3a.pdf
17. Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C, Bükki J. Fungating wounds – multidimensional challenge in palliative care. *Breast Care* [Internet]. 2011;6(1):21-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083267/>
18. Seaman S. Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Sem Oncol Nurs* [Internet]. 2006;22(3):185-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074920810600060X?via%3Dihub>
19. Da Silva P, De Almeida O, Rocha I. Terapia tópica en el tratamiento de las heridas crónicas. *Enferm Global* [Internet]. 2014;(33):34-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100003
20. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. A Systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010;39(6):1065-76. Disponible en: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(10\)00246-0/abstract](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(10)00246-0/abstract)
21. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness; new insights. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2013;7(1):101-5. Disponible en: https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/fulltext/2013/03000/Malignant_wound_management_in_advanced_illness_.18.aspx
22. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: aspectos básicos: del cuidado de Enfermería. *Repert Med Cir* [Internet]. 2015;24(2):95-104. Disponible en: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/articulo%20de%20revision.pdf>
23. Naylor, W. A guide to wound management in palliative care. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2005;11(11):572-9. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2005.11.11.20097>
24. Freitas de Castro M, Dos Santos P, García T, Santos Caldeira M. ICNP terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2016;29(3):340-6. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300340
25. Velasco M. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2013;24(4):668-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702062>
26. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2015;22(5):224-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000500007
27. Sancho J, López G, Sancho A, Ávila C, Cavallo L, Fernández A, et al. Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología* [Internet]. 2006;3(1):121-38. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130121A/15941>
28. Guzmán Castellanos S, Cortés Ibáñez F, Allende Pérez S. Palliative care, impact of cognitive behavioral therapy to cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* [Internet]. 2016;217:1063-70. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S187704281600135X/1-s2.0-S187704281600135X-main.pdf?_tid=dbd9df01-0a34-4d93-8ad9-0ac5a4570c2c&acdnat=1552622817_88076a1a26e6dcebdfdae0db76d28bd3
29. Graham T, Grocott P, Probst S, Wanklyn S, Dawson J, Gethin G. How are topical opioids used to manage painful cutaneous lesions in palliative care?: A critical review. *J Pain*. 2013;154(10):1920-28.
30. Dos Santos WA, Dos Santos PC, Souto MD, Caldeira Dos Santos ML, De Lima Beretta L. Associação entre odor e isolamento social em pacientes com feridas tumorais malignas: estudo piloto. *Enferm Global* [Internet].

2019;18(1):19-65. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.18.1.322641/254061/>

31. Monleón M, Rodríguez Y, Ruiz D, Sánchez A, Arroyo A, Correa G. Cuidados en el deterioro de la integridad cutánea secundaria a carcinoma ductal. *Med Paliat* [Internet] 2012;19(4):155-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000201>
32. Loureiro Rodríguez MT, Rosendo Fernández JM, Antón Fuentes VM, Bello Jamardo AM, Esperón Güimil JA, Fiel Paz L, et al. Impacto de un proyecto de enfermería en el cuidado de las heridas crónicas. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* [Internet]. 2014;15(3):1-19. Disponible en: <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/06.pdf>
33. Esparza G, Fuentes A, Morales MJ, Nova JM. Visión y experiencia de enfermeras coordinadoras de unidades de heridas crónicas. *Gerokomos*. 2016;27(3):127-130.
34. Acendra JJ, Aguilar RM, Amell GL. Curaciones de heridas crónicas: reto para el cuidado en la enfermería. *Ciencia e Innovación en Salud* [Internet]. 2013;1(1):40-5. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/innovacionsalud/article/download/565/547>
35. Ingersoll LT, Saeed F, Ladwig S, Norton SA, Anderson W, Alexander S, et al. Feeling heard and understood in the hospital environment: benchmarking communication quality among patients with advanced cancer before and after palliative care consultation. *J Pain Symptom Manage*. 2018;56(2):239-44.
36. Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *J Wound Care* [Internet]. 2013;22(7):352-60. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.7.352>
37. Povedano Jiménez M, Catalán Matamoros D, Granados Gámez G. La comunicación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos. *Rev Esp Com Sal* [Internet]. 2016;5(2):78-91. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3335/1987>
38. Cara Rodríguez R, Avilés Sáez Z, López Trinidad L. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica. *Rev Esp Com Sal* [Internet]. 2018;9(2):221-9. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4292/3017>
39. Pousa Rodríguez V, Miguelez Amboage A, Hernández Blázquez M, González Torres MA, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2015;19(3):166-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v19n3/v19n3a06.pdf>

Notas

* Artículo de revisión integrativa

1. Financiamiento: ninguno
2. Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

Cómo citar este artículo: Barbosa Céspedes MA, Esquivel Díaz LP, Jiménez Ramírez ML, González Sabogal M. Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2020;21(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.rpec>