

Principais tipos de feridas em cuidados paliativos

Main types of wounds in palliative care

Principales tipos de feridas en cuidados paliativos

Resumo

O conceito de cuidados paliativos tem enfatizado a pessoa doente, incluindo suas necessidades especiais e de sua família, e não mais somente o órgão comprometido, a idade ou o tipo de doença em questão. Feridas constituem um grande problema no final da vida, afetando quase um terço dos pacientes em cuidados paliativos, fato agravado pelas dificuldades em seu manejo devido ao desconforto do paciente e à natureza geralmente complexa dessas lesões. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho foi relacionar os principais tipos de feridas presentes no contexto dos cuidados paliativos, de modo a contribuir com a compreensão deste cenário e com a identificação e desenvolvimento de medidas adequadas para o seu manejo. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que abrangeu o período compreendido entre 1998 e 2018. Foram utilizadas as bases LILACS, SCIELO e PUBMED, empregando-se os descritores em saúde "cicatrização de feridas" e "cuidados paliativos", posteriormente complementados especificamente para cada lesão. Os resultados foram agrupados e apresentados conforme mecanismos e características de cada tipo de lesão, destacando-se lesões por pressão, suspeita de lesão tecidual profunda e feridas neoplásicas, entre outras. As informações apresentadas neste trabalho relevaram-se úteis para a melhor compreensão do cenário que envolve feridas em cuidados paliativos, assim como sua identificação, diferenciação e manejo, conforme características, limitações e necessidades específicas.

Descritores: cicatrização de feridas, cuidados paliativos.

Abstract

The palliative care concept has emphasized the sick person, including their and their family special needs and not just the compromised organ, the age of the patient or the type of illness in question. Wounds are a major problem at the end of life, affecting almost one third of the patients in palliative care, a fact aggravated by the difficulties in their management due to the patient's discomfort and the generally complex nature of these lesions. Therefore, the objective of the present study was to relate the main types of wounds present in the context of palliative care, in order to contribute with the understanding of this scenario and with the identification and development of appropriate measures for its management. This is a narrative literature review that covered the period between 1998 and 2018. The LILACS, SCIELO and PUBMED databases were used, using the descriptors "wound healing" and "palliative care", later specifically complemented for each lesion. The results were grouped and presented according to mechanisms and characteris-

Pedro Gonçalves de Oliveira

Farmacêutico. Doutor em Fármacos e Medicamentos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (FCF-USP), São Paulo/SP. Especialista em Gestão e Economia em Saúde pelo Centro Paulista de Economia e Saúde da Universidade Federal de São Paulo (CPES-UNIFESP), São Paulo/SP. Especialista em Cuidados Paliativos e Tratamento da Dor pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte/MG

Thainá Baeninger de Oliveira

Discente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). São Paulo/SP

tics of each type of lesion, highlighting pressure lesions, suspected deep tissue injury and neoplastic wounds, among others. The information presented in this study was useful for a better understanding of the scenario involving wound in palliative care, as well as their identification, differentiation and management according to characteristics, limitations and specific needs.

Descriptors: wound healing, palliative care.

Resumen

El concepto de cuidados paliativos ha enfatizado a la persona enferma, incluyendo sus necesidades especiales y de su familia, y no sólo el órgano comprometido, la edad o el tipo de enfermedad en cuestión. Las heridas constituyen un gran problema al final de la vida, afectando casi un tercio de los pacientes en cuidados paliativos, hecho agravado por las dificultades en su manejo debido a la incomodidad del paciente ya la naturaleza generalmente compleja de esas lesiones. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue relacionar los principales tipos de heridas presentes en el contexto de los cuidados paliativos, a fin de contribuir con la comprensión de ese escenario y con la identificación y desarrollo de medidas adecuadas para su manejo. Se trata de una revisión narrativa de la literatura que abarcó el período comprendido entre 1998 y 2018. Se utilizaron las bases LILACS, SCIELO y PUBMED, empleando los descriptores en salud "cicatrización de heridas" y "cuidados paliativos", posteriormente complementados específicamente para cada lesión. Los resultados fueron agrupados y presentados según mecanismos y características de cada tipo de lesión, destacándose lesiones por presión, lesiones sospechosas en tejidos profundos y heridas neoplásicas, entre otras. La información presentada en este trabajo resultó útil para la mejor comprensión del escenario de involucra lesiones en el cuidados paliativos, así como su identificación, diferenciación y manejo conforme características, limitaciones y necesidades específicas.

Descriptor: cicatrización de heridas, cuidados paliativos.

RECEBIDO 20/01/2019 | APROVADO 15/03/2019

Introdução

Ao longo dos anos, o conceito de cuidados paliativos passou a enfatizar a pessoa doente, incluindo suas necessidades especiais e de sua família, e não mais somente o órgão comprometido, a idade ou o tipo de doença em questão¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, que enfrentam os desafios associados a doenças potencialmente fatais. Isto é conseguido através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e da

avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais².

A sobrecarga do cuidador e o stress relacionado à antecipação da morte se refletem na fase posterior à perda³ e manifestam-se no impacto, incerteza e impotência do cuidar, bem como nas memórias da degradação do doente⁴. Isso pode se tornar ainda mais relevante em um cenário que envolva feridas complexas, capazes de desfigurar gradualmente o corpo e de serem acompanhadas de sintomas que demonstram objetivamente o que pode ser interpretado como fracasso nos cuidados, caso não se obtenha conhecimento e

orientações relativas ao seu alcance e limitações.

Feridas constituem um grande problema no final da vida, afetando quase um terço dos pacientes em cuidados paliativos, fato agravado pelas dificuldades em seu manejo devido ao desconforto do paciente e à natureza geralmente complexa dessas lesões⁵. Estima-se que 50% delas sejam lesões por pressão, 20% isquêmicas e que os 30% restantes incluam vários tipos de lesão, tais como: cirúrgicas, venosas, neoplásicas e "skin tears"^{6,7}. Em se tratando da realidade americana, em 2012 isso traduzia um cenário com quase 2 milhões de pacientes em cuidados

paliativos⁸; ou seja, aproximadamente 700.000 feridas que necessitam atenção.

O objetivo do presente trabalho foi relacionar os principais tipos de feridas presentes no contexto dos cuidados paliativos, de modo a contribuir com a compreensão desse cenário e com a identificação e desenvolvimento de medidas adequadas para o seu manejo.

Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foram utilizadas as bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e PUBMED, da National Library of Medicine dos Estados Unidos, e empregou-se a combinação dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde: “cicatrização de feridas” e “cuidados paliativos”. Complementarmente, foram considerados trabalhos descritos como referência nos artigos selecionados que se mostraram relevantes para o propósito deste trabalho e uma busca específica para cada tipo de lesão identificada. Foram incluídos trabalhos que retratam aspectos inerentes ao manejo de feridas em cuidados paliativos, publicados na íntegra no período entre 1998 e 2018, e disponíveis na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Nesse caso, vale destacar a inclusão do estudo de Kennedy (1989) que, apesar de não estar compreendido no período principal contemplado neste trabalho, foi citado nos artigos recuperados e considerado referência para Úlceras Terminais de Kennedy.

Os critérios de exclusão consideraram trabalhos em outros idiomas, aqueles que tratam especificamente da realidade de outros países, rela-

“
O objetivo do presente trabalho foi relacionar os principais tipos de feridas presentes no contexto dos cuidados paliativos, de modo a contribuir com a compreensão desse cenário e com a identificação e desenvolvimento de medidas adequadas para o seu manejo.
”

tos de caso, opiniões de especialistas, editoriais, teses, dissertações e trabalhos disponíveis exclusivamente na forma de resumos ou pôsteres.

As informações foram classificadas, agrupadas e apresentadas como “lesões por pressão”; “suspeita de lesão tecidual profunda”; “feridas neoplásicas” e “outros tipos de lesão”.

Resultados

Lesões por pressão

Lesões por pressão (LPs) são as feridas mais comumente presentes em doentes crônicos e idosos⁹. A inci-

dência e prevalência elevadas das LPs sugerem sua resolução entre os principais resultados a serem alcançados durante os cuidados paliativos domiciliares¹⁰. São definidas como um ferimento na pele e/ou tecido subjacente que geralmente ocorre sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão, cisalhamento e/ou fricção⁹.

Os cuidados sobre a lesão por pressão incluem preparação/limpeza do leito da ferida, controle do odor e exsudato e uso de curativos apropriados. O manejo da dor é da mais elevada importância¹¹. Contudo, existem vários fatores que contribuem para a LP em pacientes cronicamente doentes, como, por exemplo, a “falência da pele”¹². Quando isso ocorre próximo ao final da vida, até mesmo o cuidado mais vigilante pode não ser capaz de impedir seu colapso^{9,12,13} levando a grandes implicações sobre a qualidade de vida do paciente^{14,15}.

Baseado no exposto, ainda que o cuidado normalmente objetive a cura, deve-se considerar que a cicatrização completa desse tipo de lesão em pacientes que recebem cuidados paliativos é frequentemente improvável. Portanto, o foco é melhor direcionado no sentido de reduzir ou eliminar a dor, o odor e infecção e permitir um ambiente que controle a lesão, além de melhorar a auto-imagem e prevenir o isolamento social, contribuindo com a promoção de uma qualidade de vida digna para o paciente e sua família^{16,17}.

Suspeita de lesão tecidual profunda

Suspeitas de lesões teciduais profundas caracterizam-se como área localizada, de coloração roxa ou marrom ou bolha cheia de sangue devido a danos no tecido mole subja-

cente à pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por tecido doloroso, firme, mole, mais quente ou mais frio em comparação com o tecido adjacente. Lesões não estáveis têm perda da espessura total do tecido em que a base da úlcera é coberta por esfacelos e/ou escara e, até que estes sejam suficientemente removidos, a verdadeira profundidade, e, portanto, estágio, não pode ser determinada⁹.

Feridas neoplásicas

As feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele, levando à ruptura da integridade do tegumento e, em decorrência da proliferação celular descontrolada, à formação de uma ferida evolutivamente exofítica¹⁸. À medida que o tumor se estende para o tecido vizinho, o desenvolvimento vascular dos capilares sanguíneos torna-se desordenado e altera o mecanismo de coagulação do sangue dentro do tumor¹⁹.

Os sintomas comuns incluem mau odor, exsudato, dor e sangramento e afetam todas as dimensões da existência do paciente. Sendo assim, o tratamento deve ser multidimensional por natureza²⁰⁻²².

Durante o processo de crescimento acelerado, o tumor pode exercer pressão e/ou invasão sobre estruturas e terminações nervosas, ocasionando dor. Mediante o processo inflamatório que concorre com este crescimento agressivo, ocorre liberação de histamina, responsável pelas frequentes queixas de prurido ao redor da ferida²³.

O sofrimento nesses casos baseia-se em grande medida no comprometimento físico relacionado aos sintomas; dor excruciante e debilitante, prurido insuportável, mau odor,

exsudatos excessivos e sangramento imprevisível, resultando em angústia psicológica, vergonha, humilhação, perda de confiança, medo, culpa, depressão, ansiedade e isolamento social²⁴⁻²⁶, sem desconsiderar seus efeitos devastadores sobre a qualidade de vida^{27,28}.

Outros tipos de lesão

Outras feridas comumente encontradas em pacientes sob cuidados paliativos incluem "skin tears", pé diabético, úlceras venosas e arteriais²⁹ e Úlcera Terminal de Kennedy (UTK)⁹.

Skin tears são definidas como "uma lesão traumática que ocorre principalmente nas extremidades de adultos mais velhos, como resultado da fricção isolada ou acompanhada de forças de cisalhamento e fricção que separam a epiderme da derme (ferida de espessura parcial), ou traduz separação mais profunda da epiderme e da derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total)"¹⁸.

Devido ao fato de serem atribuídas a causas normalmente inevitáveis, despertam pouco interesse e, consequentemente, são subdiagnosticadas. A falta de precisão diagnóstica e de compreensão das causas envolvidas concorrem para o aumento da dor e do sofrimento, do tempo de cicatrização e dos custos do tratamento, afetando negativamente a qualidade da assistência prestada³⁰.

As úlceras venosas foram definidas como "uma ulceração que ocorre no membro inferior secundário à doença venosa subjacente; antigamente chamadas de úlceras de estase."³¹. Apresentaram-se como a quarta classe de feridas mais prevalentes, embora evidências revelem altos níveis de cura completa. Provavelmente isso está relacionado ao fato de que pacientes nas semanas finais de vida confinam-se cada vez mais ao leito, diminuindo assim as pressões



venosas das pernas e edema associado²⁹.

Úlceras arteriais de perna e pé ocorrem devido à relação desbalanceada perfusão/isquemia²⁹, sendo pouco provável a cicatrização completa em pacientes em estado terminal, devido à baixa possibilidade de terapia hiperbárica e revascularização²⁹. Estudo prospectivo que avaliou taxas de cura em dois ambulatórios hospitalares e uma unidade hospitalar subaguda revelou que as úlceras arteriais apresentavam o menor potencial para a cura completa de todas as classes de feridas estudadas³².

As úlceras diabéticas são definidas como "ocorridas com mais frequência nos pés de pessoas com diabetes e são comumente devidas à neuropatia e/ou doença vascular periférica"³¹. Estudos atribuem nível razoável de cura a estas feridas (cerca de 27%). De modo semelhante ao que ocorre com as úlceras venosas, estima-se que isto se deva ao fato de que pacientes nas semanas finais de vida tornam-se cada vez mais acamados, reduzindo as forças de pressão, fricção e cisalhamento que ocorrem durante a deambulação²⁹.

A UTK é um tipo de lesão por pressão notada no final da vida³³. Émerge maior que outras lesões por pressão e geralmente é mais superficial na fase inicial, desenvolvendo-se rapidamente em tamanho e profundidade⁹. Apresenta 5 características essenciais: (a) localiza-se na área sacrococcígea; (b) aparece com alteração na cor da pele em forma de borboleta ou pera; (c) apresenta coloração roxa, vermelha, azul ou preta; (d) tem início súbito; e (e) tem bordas irregulares. Dentro de horas, e independentemente do início de intervenções de redistribuição de pres-

são, a área descolorida aumenta e, no prazo de um dia ou dois, forma-se tecido necrótico úmido sobre o centro desta área bem demarcada. A morte geralmente ocorre dentro de horas a dias³⁴.

Discussão

O discernimento relativo à natureza das lesões revela-se de fundamental relevância no manejo de feridas em cuidados paliativos. A evidência da existência da UTK, por exemplo, é principalmente de natureza observacional, mas é consistente com a premissa de que a pele pode se tornar disfuncional como um prelúdio para a morte. Nesse caso, Yastrub (2010)³⁵, afirma que, de acordo com sua experiência, o intervalo típico de tempo desde a apresentação inicial à morte do paciente é de uma questão de horas até não mais do que 6 semanas. Consequentemente, defende que, após a lesão ter sido diagnosticada como UTK, e não uma LP tradicional, metas realistas para o cuidado devem ser estabelecidas com o paciente e sua família. Considerada a iminência da morte, essas metas priorizam a qualidade da vida restante do paciente, em vez de tentar promover cicatrização da ferida.

Nesse contexto, também é possível considerar a importância no manejo de alguns sintomas principais e, com isso, prevenir a repercussão do dano para outras esferas da vida do paciente. O sangramento de feridas malignas em pacientes de cuidados paliativos, por exemplo, pode provocar ansiedade neles próprios, mas também em seus cuidadores e prestadores de serviços de saúde, culminando em uma situação difícil de gerenciar. De maneira semelhante, o mau odor da ferida pode ser

um sintoma significativo e angustiante para o paciente, sua família e cuidadores¹³, consistindo em um sinal clínico de presença constante e que implica grande impacto no cotidiano dos pacientes com ferida maligna³⁶.

Como afirma Stephen-Haynes (2008)³⁷, não existe um padrão ouro para todas as situações, tornando-se importante a adoção de abordagens dedicadas a cada caso, com suas possibilidades e limitações. Uma cobertura absorvente contendo carvão pode, por exemplo, ser útil quando outras estratégias mais simples são malsucedidas, mas quando o mau odor é um desafio significativo, um conjunto de medidas deve ser considerado visando aumentar as chances de sucesso, fatos que ilustram a importância de uma abordagem ampla e integrada e para a qual o adequado conhecimento dos tipos e características de cada lesão é de grande relevância.

Conclusões

Enquanto grande parte das feridas crônicas pode ser resolvida quando submetida a cuidados adequados, o cenário paliativo muitas vezes concorre com a ausência de condições mínimas para tanto. Nesse caso, o foco assistencial recai essencialmente sobre a estabilização da lesão, a prevenção de sua progressão e eventuais infecções, controle dos sintomas e preservação da dignidade e qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Este trabalho apresentou aspectos importantes relativos aos principais tipos de feridas presentes no contexto dos cuidados paliativos, contribuindo com sua identificação e compreensão adequada e, portanto, com o delineamento da melhor abordagem a ser selecionada para seu manejo. ■

Referências

1. Burla C, PY L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(6):1-3.
2. World Health Organization. Palliative Care. Disponível em: <<http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>>. Acesso em 21/02/2019.
3. Delalibera M, Coelho A, Presa J, Barbosa A, Leal I. Circunstâncias e consequências do cuidar: estudo prospectivo em cuidados paliativos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 July [cited 2019 Feb 22]; 23(7): 2351-2362. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702351&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.09512016>.
4. Sanderson C, Lobb EA, Mowl J, Butow PN, McGowan N, Price M A. Signs of post-traumatic stress disorder in caregivers following an expected death: A qualitative study. *Palliat Med*. 2013; 27(7):625-631.
5. Tippet AW. Palliative Wound Treatment Promotes Healing. *WOUNDS*. 2015;27(1):12-19.
6. Tippet AW. Wounds at the end of life. *WOUNDS*. 2005;17(4):91-98.
7. Reifsnnyder J, Hoplamazian L. Incidence and prevalence of pressure ulcers in hospice. *J Palliat Med*. 2005;8(1):244.
8. National Hospice and Palliative Care Association. NHPCP Facts and Figures: Hospice Care in America. 2012 Edition. Disponível em: <www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2012_Facts_Figures.pdf> Acesso em 21/09/2018.
9. Graves M, Sun V. Providing Quality Wound Care at the End of Life. *J Hosp Palliat Nurs*. 2013;15(2):66-74.
10. Artico M, Dante A, D'Angelo D, Lamarca L, Mastroianni C, Petitti T, Piredda M, De Marinis MG. Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliat Med*. 2018;32(1):299-307. doi: 10.1177/0269216317737671.
11. Langemo D, Haesler E, Naylor W, Tippet A, Young T. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *Int J Palliat Nurs*. 2015;21(5):225-32. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.5.225.
12. Langemo DK, Brown G. Skin fails too: acute, chronic and end stage skin failure. *Adv Skin Wound Care*. 2006;19(4):206-211.
13. Naylor WA. A guide to wound management in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2005;11(11):572, 574-79.
14. Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs*. 2007;57:494-504
15. Fox C. Living with a pressure ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Br J Community Nurs*. 2002;7:10, 12, 14, 16, 20, 22.
16. Alvarez O, Meehan M, Ennis W. Chronic wounds: palliative management for the frail population. *Wounds*. 2002;14:1S-27S.
17. Hughes RG, Bakos AD, O'Mara A, Kovner CT. Palliative wound care at the end of life. *Home Health Care Manag Pract*. 2005;17:196-202.
18. Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(4): 347-59.
19. Collier M. Management of patients with fungating wounds- a holistic approach. *Nurs Stand*. 2000;15(11): 46-52
20. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing malodour and exudate. *J Wound Care*. 2009;18(9):374-382.
21. Alexander S. Malignant fungating wounds: managing pain, bleeding and psychosocial issues. *J Wound Care*. 2009;18(10):418-425.
22. Alexander, S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial issues. *J of Wound Care*. 2009; 8(8): 325-9.
23. Haisfield-Wolfe ME, Baxendale-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol Nur Forum*. 1999; 26(6):1055-64. Apud: Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviços de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev Bras Cancerol*. 2005; 51(4): 347-59.
24. Lo S, Hu W, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2699-708.
25. Gibson S, Green J. Review of patient's experiences with fungating wounds and associated quality of life. *J Wound Care*. 2013;22(5):265-75.
26. Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an ulcerative breast carcinoma; an interpretive phenomenological study. *J Wound Care*. 2013;22(7):352-60
27. Lo S, Hayter M, Hu W, Tai CY, Hsu MY, Li YF. Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. *J Adv Nurs*. 2012;68:1312-21
28. Grocott P, Browne N, Cowley S. Quality of life: assessing the impact and benefits of care to patients with fungating wounds. *Wounds* . 2005;17(1):8-15.
29. Maida V, Ennis M, Corban J. Wound outcomes in patients with advanced illness. *Int Wound J*. 2012;10(1111):1742-1748.
30. Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG . Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review. *Rev Esc Enferm*. 2015;49(4): 674-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400674&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22/09/2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000400019>.
31. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: skin changes at life's end: final consensus statement. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23(5):225-36.
32. Ennis WJ, Lee C, Vargas M, Menses P. Wound outcomes from a single practice at a subacute wound care unit and two hospital-based, outpatient clinics. *Wounds* 2004;16:164-72.
33. Schank J. Kennedy terminal ulcer: the "ah-ah!" moment and diagnosis. *Ostomy Wound Manag*. 2009;55(9):40-44.
34. Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. *Decubitus*. 1989;2(2):44-45.
35. Yastrub, DJ. Pressure or pathology: distinguishing pressure ulcers from the Kennedy terminal ulcer. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 7(3):249-50.
36. de Castro MCF, Santos WA , Fuly PSC, Santos MLSC, Ribeiro-Garcia T. Nursing Intervention for Cancer Patients Experiencing Foul Odor from Malignant Wounds. *Aquichan* [internet]. 2017 [acesso em: 08/10/2018];17(3):243-56. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000300243&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.2>
37. Stephen Haynes J. An overview of caring for those with palliative wounds. *Br J Community Nurs*. 2008 Dec;13(12):S24, S26, S28.