The page features a decorative design with several overlapping purple circles of varying sizes and shades, and thin purple lines that intersect to form a triangular shape on the right side of the page.

EL DOLOR Y LA ANSIEDAD EN LOS CAMBIOS DE APÓSITO EN PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS

**PAIN AND ANXIETY DRESSING-RELATED CHANGES
IN PATIENTS WITH CHRONIC WOUNDS**

**Alumno: Iratxe Vázquez Osés
Tutor: Dr. Francisco P. García Fernández**

***“Máster Universitario en Gestión Integral e
Investigación de las heridas crónicas”
Escuela de Enfermería
Universidad de Cantabria***

ÍNDICE

Resumen	3
Antecedentes y justificación	5
Objetivos	10
Metodología	10
Aspectos éticos	13
Limitaciones del estudio	13
Cronograma	14
Bibliografía	15
Anexos	17

RESUMEN

Introducción: Ser portador de una herida crónica significa en muchas ocasiones convivir diariamente con el dolor. Las enfermeras que atienden a pacientes con heridas crónicas son conscientes de ello y es por esto que para los profesionales del cuidado uno de los retos más relevantes es el manejo óptimo del dolor.

Objetivos: Determinar el grado de dolor y ansiedad que padecen los pacientes con úlceras crónicas de los Centros de atención primaria de la Comarca Uribe-Kosta e identificar qué medidas ponen en práctica las enfermeras para reducir el nivel de dolor y ansiedad de estos pacientes durante los cambios de apósito.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en 6 Centros de Salud seleccionados aleatoriamente. Se incluirán a pacientes mayores de 18 años, portadores de heridas crónicas de más de 3 meses de evolución. Se excluirán a pacientes con déficit cognitivo, los que reciban curas domiciliarias o sufran un ingreso hospitalario a lo largo del mismo los que abandonen el estudio o sean alta y no hayan realizado al menos 6 consultas de las 10 totales. Se calcula un tamaño muestral de 100 pacientes. Se analizarán variables socio-demográficas, relacionadas con la herida el dolor y la ansiedad. Se realizará un análisis secuencial primero de tipo univariante y posteriormente de tipo bivariante.

Palabras clave: Dolor, ansiedad, heridas crónicas, apósitos.

SUMMARY

Introduction: Having a chronic wound often entails an everyday struggle with the pain. Nurses who take care of patients with chronic wounds are aware of this situation and that is why the management of pain is becoming one of the most important challenges among health care workers.

Aims: To determine the degree of pain and anxiety of patients suffering from chronic ulcers who are being treated in primary care centers in the region of Uribe-Kosta and to identify what kind of measures nurses put into practice to reduce pain and anxiety levels during their dressing changes.

Methods: A prospective observational study will be conducted in 6 randomly selected primary care centers including patients over 18 years with more than 3 months lasting wounds. Patients with cognitive deficits, receiving domiciliary cares, eventually hospitalized or discharged in the course of the study will be excluded. They will also be excluded those who drop out the study and those who do not complete at least 6 of 10 queries. It is estimated a sample size of 100 patients. Sociodemographic variables related to the wound, pain and anxiety will be analyzed. Both descriptive and bivariate analysis will be performed in this order.

Key Words: Pain, anxiety, wound care, chronic wounds, dressings.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Las heridas crónicas y especialmente, las úlceras por presión, se han considerado siempre un proceso secundario, inevitable, y en muchas ocasiones banal, por lo que hasta ahora no se les ha prestado la atención y cuidado que realmente precisan. Se conoce como herida crónica a toda lesión en la piel con escasa o nula tendencia a la cicatrización. Dentro de este término se engloban diferentes tipos de lesiones según su etiología: úlceras por presión (UPP), lesiones por humedad y úlceras de extremidad inferior (venosas, arteriales y neuropáticas) ⁽¹⁾.

En España entre 57.000 y 100.000 personas padecen una UPP, de los cuales más de un 85% son mayores de 65 años. En cuanto a las úlceras de extremidad inferior, se estima que las úlceras venosas afectan a un 0,89 por mil habitantes, las arteriales a un 0,12 por mil y que el 0,26 por mil sufren una úlcera mixta. En relación a las úlceras neuropáticas, se estima que el 0,5% de los diabéticos las padece. En nuestro país el coste anual del tratamiento de las UPP supone el 5,2% del gasto sanitario y, aunque en España no se ha realizado una estimación del coste económico del tratamiento de las úlceras de extremidad inferior, en 1991 en Estados Unidos se calculó un gasto anual de entre 775 millones y un billón de dólares ⁽¹⁾.

Como podemos ver, las heridas crónicas representan un importante problema para la persona que la padece, para su entorno y para el Sistema de Salud, ya que el tratamiento de estas lesiones supone una inversión sustancial de dinero, tanto en material como en tiempo invertido por parte de los profesionales de la salud. Es por ello, que es fundamental reducir el tiempo de cicatrización de las heridas.

Ser portador de una herida crónica significa en muchas ocasiones convivir diariamente con el dolor. Las enfermeras que atienden a pacientes con heridas crónicas son conscientes de que el dolor es una preocupación muy importante para ellos, a pesar de que en ocasiones éste no sea reconocido por los cuidadores. Para los profesionales del cuidado hay muchos retos en el campo sanitario, pero quizá uno de los más relevantes sea el manejo óptimo del dolor.

Según un estudio realizado en 1979 por la International Association Study in Pain Task Force el dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño"⁽²⁾. Esta definición incluye claramente los componentes físicos y emocionales de la experiencia del dolor y refleja la creencia actual de que la

percepción personal influye en gran medida en la experiencia individual del dolor, que se refleja en la definición de que "el dolor es lo que el paciente dice que es" ⁽³⁾. El dolor de las heridas crónicas fue nombrado por primera vez hace menos de veinte años por Krasner, quien desarrolló el primer marco conceptual sobre el dolor relacionado con las heridas crónicas ⁽⁴⁾. Según este investigador, el dolor relacionado con las heridas es complejo e integra la experiencia del dolor agudo sin ciclos, del dolor agudo cíclico y del dolor crónico de la herida. Este último es el dolor que ocurre en ausencia de manipulación y se asocia generalmente a la etiología subyacente de la herida. El dolor crónico puede ser continuo y persistir a lo largo del día o puede ser intermitente y ocurrir en ondas. El dolor cíclico es un dolor agudo periódico inducido por el tratamiento o intervenciones regulares, a menudo relacionadas con la retirada de los apósitos. El dolor sin ciclos de la herida es provocado por procedimientos más esporádicos, como puede ser el desbridamiento cortante ^(2,4,5).

Desde que se publicara el modelo de Krasner han aparecido en el mercado nuevos productos para el tratamiento de dolor de las heridas crónicas que están permitiendo un mejor manejo del mismo en el cuidado diario de nuestros pacientes ⁽⁶⁾.

Investigaciones recientes han demostrado que el dolor crónico es un problema grave para el 60-80% de los pacientes portadores de heridas crónicas. Este dolor es variable y multicausal ya que puede proceder de la propia herida, puede ser producido por un factor externo o bien puede tratarse del conocido como "dolor anticipatorio", que lo padecen algunos pacientes debido a experiencias negativas repetidas a lo largo del tratamiento de su herida crónica ⁽⁷⁻⁹⁾. Esta opinión es compartida por numerosos estudios internacionales, que coinciden en que en la mayoría de las ocasiones este dolor se agudiza en el momento de cada cura y revelan que la retirada de los apósitos es el momento considerado por pacientes y sanitarios como el de mayor dolor, seguido por la limpieza de la herida ^(7, 10-14).

Existe una conciencia cada vez mayor de la importante implicación que tiene el dolor en los distintos tipos de heridas. Hasta hace unos años, el objetivo prioritario en el cuidado de heridas era la cicatrización de las mismas, dejando a un lado aspectos igualmente importantes como son el dolor y la mejora de la calidad de vida del paciente. A este hecho hemos de sumar que el dar rotunda importancia a la cicatrización total de las lesiones dejaba a un margen al pequeño grupo de pacientes que se ven obligados a convivir de por vida con sus heridas crónicas ⁽¹⁰⁾.

Con el fin de promover un enfoque sistémico para el manejo del dolor en 2007 Woo y Sibbald desarrollaron un modelo de herida asociada al dolor, que destaca tres componentes clave: la herida, la causa y el paciente ^(15,16). Según los autores, en primer lugar, la causa que genera el dolor asociado a la herida debe ser tratada. En segundo lugar, deben evitarse tratamientos locales de la herida que puedan agravar el dolor asociado a la misma. Estos incluirían el traumatismo del tejido (retirada del apósito y limpieza de la herida), el equilibrio de la humedad (un exceso de humedad puede provocar maceración de la piel, mientras que un déficit puede provocar que el apósito se adhiera más al lecho de la herida por lo que al retirarlo puede producir mayor daño en la piel y por tanto, más dolor), la infección y/o inflamación (un aumento del dolor es siempre una señal de peligro, que puede estar indicando la existencia de una infección en la herida) y las preocupaciones centradas en el paciente (la ansiedad, la depresión, la anticipación del dolor) ^(15,17) (Anexo I).

Estudios experimentales y clínicos de dolor dilucidan que el mismo estímulo no siempre evoca la misma experiencia de dolor. La variabilidad en la percepción del dolor puede estar influenciada por muchos factores contextuales y psicológicos (centrada en el paciente). Los estudios han demostrado que la ansiedad en relación a la anticipación del dolor inminente puede conducir a un aumento de la intensidad del dolor, la reducción de la tolerancia al dolor, y la disminución de los umbrales de dolor a la presión. Con el aumento de la ansiedad, las señales ambientales y somáticas son aumentan la atención del paciente, aumentando con ello el grado de receptividad sensorial ⁽¹⁶⁾.

Relacionado con este punto, un estudio llevado a cabo por Woo en Canadá ⁽¹⁸⁾ confirma que el dolor relacionado con las heridas es sumamente complejo y comprende multitud de factores fisiológicos y psicológicos, existiendo una estrecha relación entre el estrés/ansiedad y el dolor, que pueden desembocar en un retraso en la cicatrización. La experiencia estresante del dolor puede desencadenar la producción de glucocorticoides que reducen la respuesta inflamatoria e inhiben la regeneración de las células endoteliales y la síntesis de colágeno retardado. La citosina, inducida por el estrés y la actividad neuroendocrina, provoca una activación del sistema simpático que provoca vasoconstricción y, por tanto un nivel de oxigenación más deficitario de los tejidos de por sí ya comprometidos por las lesiones crónicas. De todo ello se deduce que el dolor y el estrés que éste genera, tiene un efecto perjudicial sobre la cicatrización de las heridas, por lo que la reducción del mismo debe ser la prioridad más alta para el tratamiento de pacientes con heridas crónicas ⁽⁶⁾.

Del mismo modo que el anterior, se publicó en febrero de 2012 otro estudio llevado a cabo en Reino Unido ⁽¹⁹⁾, que objetivó un aumento significativo de la frecuencia cardíaca en el momento de la retira del apósito en los pacientes con heridas crónicas que acudían a realizarse las curas, lo cual confirma nuevamente que es éste el momento en que mayor dolor experimentan los pacientes durante las curas de sus heridas.

Estos estudios proporcionan una base para comprender cómo un aumento del dolor conlleva a situaciones de estrés/angustia en nuestros pacientes que, si se mantienen en el tiempo, pueden llegar a cronificarse, lo cual conllevará a un retraso en la cicatrización de las lesiones.

Es importante recordar que el dolor de la herida puede ser un indicador de complicaciones de la misma que necesiten tratamiento y por lo tanto los profesionales sanitarios deben evaluar constantemente la herida así como el dolor asociado. El Modelo del manejo del Dolor en la Herida publicado por Price en 2007 ⁽³⁾ incide en qué áreas son importantes para evaluar el dolor, como son la localización, intensidad del dolor de la herida y la duración del dolor, así como escuchar las maneras en las cuales los pacientes describen su dolor y el impacto la experiencia del dolor tiene en sus actividades de la vida diaria (Anexo II).

Varios estudios indican que, además del estrés y la ansiedad ya mencionados, muchos pacientes con heridas crónicas muestran pérdida de autoestima, deterioro de la calidad del sueño, dependencia de terceras personas para las actividades de la vida diaria, miedos, vergüenza y, en ocasiones, incapacidad para trabajar y relacionarse socialmente ^(20, 21). Por tanto, podemos concluir que los pacientes con úlceras crónicas sufren dolor, el cual no sólo conlleva un retraso en la cicatrización normal de su lesión, sino que además, aumenta su riesgo de desarrollar problemas emocionales que pueden poner en riesgo su salud mental. Por ello, los pacientes con dolor crónico pueden requerir ser remitidos a una unidad del dolor ⁽²²⁾.

La World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) afirma que, el simple hecho de puntuar rutinariamente el dolor durante las curas, puede repercutir de modo positivamente significativo en el tratamiento ⁽²⁴⁾. Contamos con buenas escalas, reconocidas y validadas para cuantificar el grado de dolor (escala visual analógica, escala de las caras o de Wong-Baker), pero es la escala analógica visual (EVA) la que es considerada como el patrón de oro para los estudios de investigación relacionados con el dolor. Consiste en una línea numerada con unos niveles que van del 0

(ausencia de dolor) a 10 (peor dolor imaginable) (Anexo III). El paciente marca en la línea el punto que mejor describe su intensidad de dolor.

Para medir el nivel de ansiedad una buena herramienta es la escala State-Trait Anxiety Inventory (STAI), que permite cuantificar la Ansiedad de Estado (AE) (estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo) y la Ansiedad de Rasgo (AR) (estado o condición emocional de la personalidad relativamente estable) del paciente mediante un sencillo test que cuenta con 40 ítems. Las puntuaciones de ambas pueden alcanzar desde los 0 hasta los 60 puntos. Variaciones importantes entre la puntuación obtenida en la AE y la AR nos indican que el paciente ha sido sometido a un episodio estresante que ha hecho variar su nivel de ansiedad (Anexo IV).

Hasta ahora en nuestro contexto no se han realizado estudios que permitan conocer el nivel de dolor y ansiedad que padecen nuestros pacientes con heridas crónicas. Por todo ello, nos planteamos realizar un estudio para determinar el dolor y la ansiedad que soportan los pacientes durante las curas de sus heridas crónicas en los Centros de Atención primaria de la Comarca Uribe-Kosta de Vizcaya, así como conocer si las enfermeras de estos Centros de Salud ponen en práctica algún sistema para intentar reducir dicho dolor y ansiedad lo que nos permitirá, no sólo obtener datos de la población afectada de heridas en nuestra comarca, sino además, acercar a los profesionales la realidad del paciente con úlceras crónicas.

Muchos pacientes portadores de heridas crónicas, especialmente los de mayor edad, tienden a no expresar su dolor, ya que a menudo es visto como algo que hay que soportar en lugar de ser tratado. Por este motivo, hasta ahora, ha sido un aspecto poco reconocido y mal gestionado ⁽²⁴⁾.

Con este estudio de investigación pretendemos responder a varias preguntas hasta ahora no planteadas en nuestro entorno de trabajo:

¿Cuál es el grado de dolor y ansiedad que soportan diariamente los pacientes en tratamiento de úlceras crónicas de los Centros de atención primaria de la Comarca Uribe-Kosta de Vizcaya?

¿Qué medidas ponen en práctica las enfermeras para reducir el nivel de dolor y ansiedad de los pacientes con heridas crónicas durante los cambios de apósitos?

1. OBJETIVOS

Determinar el grado de dolor y ansiedad que padecen los pacientes con úlceras crónicas de los Centros de atención primaria de la Comarca Uribe-Kosta e identificar qué medidas ponen en práctica las enfermeras para reducir el nivel de dolor y ansiedad de estos pacientes durante los cambios de apósito.

2. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se trata de un estudio de tipo descriptivo prospectivo que se llevará a cabo en las consultas de enfermería de los Centros de Atención primaria seleccionados aleatoriamente de la Comarca Uribe-Kosta de Vizcaya.

Población: Pretendemos incluir en este estudio a 6 Centros de Salud de los 30 que tiene esta Comarca. La selección de los centros participantes en el estudio se realizará de manera aleatoria utilizando para ello el programa estadístico SPSS.

Los pacientes que formarán parte del estudio serán aquellos que quieran participar de forma voluntaria y que cumplan los criterios de inclusión señalados más adelante.

Criterios de inclusión y exclusión: Como criterios de inclusión tendremos en cuenta que los pacientes sean mayores de 18 años, portadores de heridas crónicas de más de 3 meses de evolución y que acudan regularmente a las consultas de Atención primaria de la Comarca Uribe-Kosta para realizar sus curas. Para minimizar los sesgos, excluirémos a pacientes con déficit cognitivo, los que reciban curas domiciliarias o aquellos que, previamente incluidos en el estudio, sufran un ingreso hospitalario a lo largo del mismo. Así mismo, quedarán excluidos aquéllos que abandonen el estudio o sean alta y no hayan realizado al menos 6 consultas de las 10 totales necesarias para una correcta valoración de los resultados.

Cálculo del tamaño de la muestra: Para conseguir una precisión del 7,00% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95,00% bilateral, asumiendo que la proporción de pacientes con dolor es del 85,00%, será necesario incluir 100 pacientes en el estudio.

Variables: En este estudio vamos a analizar diferentes variables:

- Edad: (variable cuantitativa continua expresada en años).
- Género: (variable cualitativa dicotómica (Femenino / Masculino)).
- Nivel de estudio: (expresada como variable cualitativa ordinal: sin estudios, estudios primarios, secundarios, universitarios).
- Tipo de herida (variable cualitativa policotómica: UPP, úlcera venosa, úlcera diabética, úlcera arterial, otras).
- Centro de salud: Codificado por cada uno de los centros participantes.
- Dolor: medido mediante la escala visual analógica.
- Ansiedad de rasgo y estado: medido mediante el cuestionario STAI.
- Localización: (variable cualitativa policotómica).
- Tipo de apósito utilizado en cada cura: (variable cualitativa policotómica).

Método de recogida de datos: Tras las autorizaciones pertinentes se contará con la Dirección de la Comarca y a los Jefes de las Unidades de Atención Primaria (JUAP) de los 6 Centros de Salud participantes, a los que se informará del estudio, de su metodología y de sus objetivos; así como la importancia que van tener los resultados obtenidos en esta investigación para los profesionales de salud de estos Centros.

Una vez aceptada la propuesta por la Dirección y los JUAP, 2 meses antes de iniciar la recogida de datos para la investigación, haremos una primera entrevista con los profesionales de Enfermería de los Centros, con el fin de darles a conocer el estudio y evaluar el grado de implicación que tienen con el mundo de las heridas crónicas. Nuestra intención será seleccionar a los profesionales más motivados y comprometidos con el cambio hacia un mejor tratamiento y abordaje del dolor en el tratamiento de las heridas crónicas.

Tras este primer encuentro, se acordará una nueva reunión una semana después en la que se detallará cómo se va a proceder a informar a los pacientes y cómo se realizará la recogida de los datos, realizando una primera toma de contacto de los profesionales con las escalas del dolor y de valoración de la ansiedad.

Este estudio de investigación se pondrá en marcha el 1 de enero de 2014 y finalizará una vez que se complete el tamaño muestral. Ya en el mes de diciembre en las consultas de Enfermería se informará a los pacientes de la existencia de este estudio, así como de la libertad para participar en el mismo. A todos aquellos pacientes que accedan a formar parte del mismo se les entregará un consentimiento

informado (Anexo V) en el que se explicará el procedimiento que se va a llevar a cabo en este estudio, que tiene fines científicos, y se le garantizará en todo momento el anonimato y la libertad para abandonar el mismo en cualquier momento. Este consentimiento lo deberá entregar a su enfermera debidamente firmado antes del comienzo de recogida de datos.

El primer día de inclusión en el estudio lo consideraremos como primera consulta o día 1, en el que antes de iniciar ningún procedimiento, le realizaremos al paciente la escala de valoración STAI para valorar su Ansiedad de Rasgo (AR). Esta será la única vez que valoraremos esta ansiedad. Una vez colocado el paciente en la camilla para realizar la cura, realizaremos nuevamente la escala STAI para valorar la Ansiedad de Estado (AE). Antes de realizar la cura se le realizará al paciente la Escala Analógica Visual (EVA) del dolor para saber qué nivel de dolor padece de manera habitual y sin haber manipulado la lesión. Una vez realizada la cura según el procedimiento habitual llevado a cabo por la enfermera bajo su criterio clínico, se le realizará nuevamente la EVA con el fin de cuantificar el nivel de dolor que ha soportado en esa cura anotando también cuál considera que ha sido el momento de mayor dolor a lo largo de la misma.

En una segunda consulta, una vez ubicado el paciente en la camilla para llevar a cabo la cura de su úlcera, se realizará la escala STAI para valorar su ansiedad de estado y, tras finalizar la cura, nuevamente cuantificaremos el nivel de dolor soportado mediante la escala de valoración del dolor y anotaremos el momento considerado de mayor dolor. Este procedimiento lo llevaremos a cabo durante 10 consultas continuadas obteniendo por cada paciente una valoración del nivel de ansiedad de rasgo, 10 valoraciones de su ansiedad de estado y 10 del nivel del dolor soportado. En caso de abandono del estudio o de alta del paciente, tendremos en cuenta los datos recogidos siempre que se hayan realizado al menos 6 de las 10 consultas anteriormente indicadas.

Toda esta documentación se irá guardando en una carpeta personal para cada paciente y codificada mediante las iniciales del mismo, de forma que se preservará en todo momento su confidencialidad, ya que tan solo su enfermera sabrá de qué persona se trata. Junto con ello, la enfermera rellenará un informe facilitado por el investigador en el que rellenará una serie de datos: edad del paciente, tipo de lesión (úlceras por presión, úlcera arterial, úlcera venosa o pie diabético) y localización, así como procedimiento de cura en cada consulta que incluya si se lleva a cabo algún

método para intentar disminuir el dolor y/o la ansiedad durante las mismas (técnica de relajación, apósitos con ibuprofeno, apósitos atraumáticos...).

Toda la documentación obtenida se entregará al JUAP de cada Centro de Salud que será el encargado de custodiarlo hasta la recogida del mismo por parte del investigador. Se acuerda entregar una memoria del proyecto a la Dirección de la Comarca con los resultados obtenidos una vez finalizado el proyecto de investigación.

Análisis e interpretación de los datos: Inicialmente se realizará un análisis descriptivo de tipo univariante de las variables incluidas. Concretamente se calculará la frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas y la media y desviación típica en las variables cuantitativas.

Posteriormente se realizará un análisis de tipo bivariante para el contraste de hipótesis. Así las variables cualitativas serán comparadas mediante la Chi cuadrado y las cuantitativas en función de los resultados de las pruebas de contraste de la normalidad, concretamente se utilizará la prueba de Kolmorov-Smirnov. Así cuando se precisen pruebas paramétricas se calculará la T de Student o la prueba de ANOVA y si precisa pruebas no paramétricas mediante los tests de Wilcoxon o de Kruskal-Wallis según proceda.

En todos los casos se trabajará con un nivel de significación del 95% ($p < 0,05$).

3. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto será enviado para su aprobación al Comité de Ética de nuestra Comunidad. Los datos se almacenarán en una base de datos que cumpla con los criterios de privacidad establecidos por la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El consentimiento informado cumple con las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En él se le explicará el objetivo del estudio, la intervención a realizar y los resultados esperados de la misma.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Muchos profesionales hoy en día ignoran aún el dolor relacionado con las heridas, el efecto perjudicial que puede tener en la cicatrización y en la calidad de vida

del paciente. El tratamiento utilizado así como llevar a cabo medidas que puedan reducir la ansiedad previa a la cura, pueden hacer que el grado de dolor percibido durante la misma se reduzca. Además, existen implicaciones económicas relacionadas con el coste y la duración de los tratamientos que también deben tenerse en cuenta.

La participación en este estudio implica una importante inversión de tiempo para la correcta cumplimentación de los test, así como un fuerte compromiso y ganas de mejora por parte de los profesionales sanitarios involucrados en este proyecto.

5. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

FECHA	PROCEDIMIENTO
Semana del 4/11/2013	Primera entrevista con las enfermeras de los Centros de Atención primaria. – Objetivo: Informar del estudio y conocer el grado de motivación de los profesionales.
Semana del 11/11/2013	Segunda reunión con las enfermas de los Centros de Atención primaria. – Objetivo: Informar de cómo se va a desarrollar el estudio y dar a conocer las escalas del dolor y de valoración de la ansiedad.
01/12/2013	Comienzo del proceso de información/captación a los pacientes.
01/01/2014	Comienzo de recogida de datos en las consultas de Enfermería.
Fin del recogida de datos	Al alcanzar el tamaño muestral necesario.
Fin del estudio	Tras analizar los resultados obtenidos

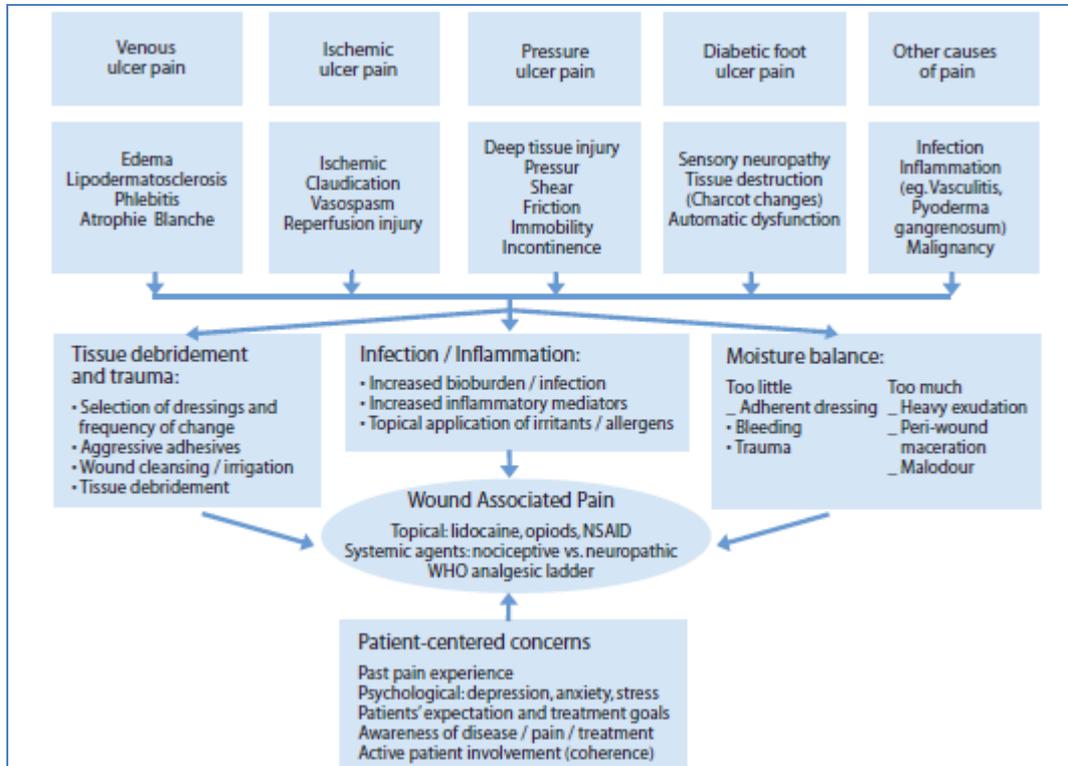
6. **BIBLIOGRAFÍA**

1. García-Fernández, FP; López-Casanova, P; Segovia-Gómez, T; Soldevilla-Agreda, JJ; Verdú-Soriano, J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie de Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.
2. Woo, K; Sibbald, G. Chronic wound pain: A conceptual model. *Advances in skin & wound care*, 2008 Apr; 175-188.
3. Price, P; Fogh, K; Glynn, C; Krasner, D; Osterbrink, J; Sibbald, G. Managing painful chronic wounds: The wound pain management model. *International Wound Journal*, 2007; 4 (1): 4-15.
4. Krasner, D. The chronic wound pain experience: A conceptual model. *Ostomy Wound Management*, 1995 Apr; 41(3): 20-25.
5. Woo, K; Sibbald, G; Fogh, K; et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *International Wound Journal*, 2008; 5: 205-215.
6. Coutts P et al. Treating patients with painful chronic wounds. *Nursing Standard*. *Nursing Standard*, 2008 Nov; 12:: 23 (10): 42-46.
7. Solowiej K. Upton D. Painful dressing changes for chronic wound: assessment and management. *Br J Nurs*. 2012 Nov 8-21; 21 (20): 20-25.
8. White R. Pain assessment and management in patients with chronic wounds. *Nursing Standard*, 2008 Apr; 16::22 (32): 62-68.
9. Hollinworth H. The management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard*, 2005 Oct; 26::20 (7): 65-73.
10. EWMA. Documento de Posicionamiento. El dolor durante los cambios de apósito. London: Medical Education Partnership Ltd. 2002.
11. Richardson C. An introduction to the biopsychosocial complexities of managing wound pain. *J Wound Care*. 2012 Jun; 21(6): 267-8, 270-3.
12. Gago Fornells M., García González R.F. Cuidados de la piel perilesional. Fundación 3M. 2007.
13. Píriz Campos R., Martín-Espinosa N., Cobo-Cuenca A.I. Valoración del dolor en una paciente con úlcera por presión. *Enfermería Clínica* 2010; 20(3): 192-196.
14. Rueda López J., Muñoz Bueno A.M., Arboix i Perejamo, Gago Fornells M., García González R.F. Apósitos atraumáticos. ¿una propiedad o una necesidad en el tratamiento de las heridas? *Gerokomos* 2004; 15(4): 248-255.

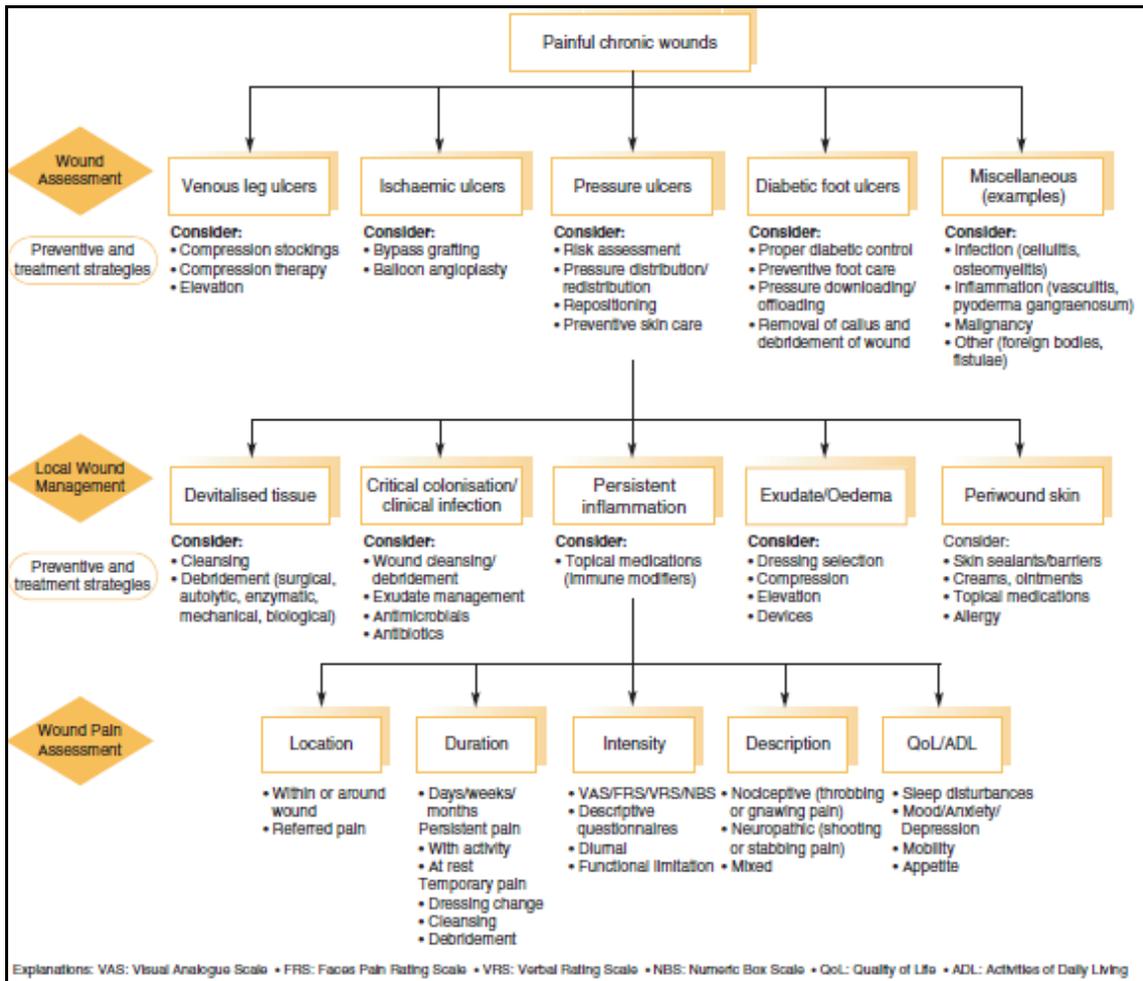
15. Quirino, J; de Gouveia Santos, VLC; Petry Quednau, TJ; Ferreira Martins, AP; Lima, P; Maria Almeida, MR. Wounds, 2003 Dec; 15(12): 381-389.
16. Woo, K. Meeting the challenges of wound-associated pain: Anticipatory pain, anxiety, stress, and wound healing. *Ostomy Wound Management*, 2008 Sep; 54(9): 10-12.
17. Woo, K; Orsted, HL; Gjodsbol, K. Improving health-related quality of life for patients with painful, exudating, chronic wounds. *Wound Care Canada*, 2009; 7(2): 20-26.
18. Woo K. Chronic wound-associated pain, psychological stress and wound healing. *Surg. Technol. Int.* 2012 Sep 1; XXII. pii: sti22/7
19. Upton D., Solowiej K., Hender C., Woodyatt K.Y. Stress and pain associated with dressing change in patients with chronic wounds. *J Wound Care*. 2012 Feb; 21 (2):53-4, 56, 58
20. Maristela Oliveira L, Júlia Silva de Figueiredo P, Assis do Carmo Pereira J, Nayara Figueiredo V. Significado da ferida para portadores de úlceras crónicas. *Cogitare Enferm* 2011; 16(3): 471-477.
21. Pagliarini Waidman M.A., Cristina Rocha S., Landi Correa J., Brischiliari A., Silva Marcon S. O cotidiano do indivíduo com ferida crónica e sua saúde mental. *Florianópolis* 2011 Out-Dez; 20(4): 691-699.
22. Acton, C. The holistic management of chronic wound pain. *Wounds UK*, 2007; 3(1): 61-69.
23. WUWHS. Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. London: MEP Ltd. 2004.
24. White R., Blanco Valdehita A. Efectividad de la tecnología Safetac en la disminución del dolor asociado a las heridas: un factor significativo en la demora de la cicatrización y en el incremento en los costes. *Gerokomos* 2009; 20(3): 128-131.

ANEXOS

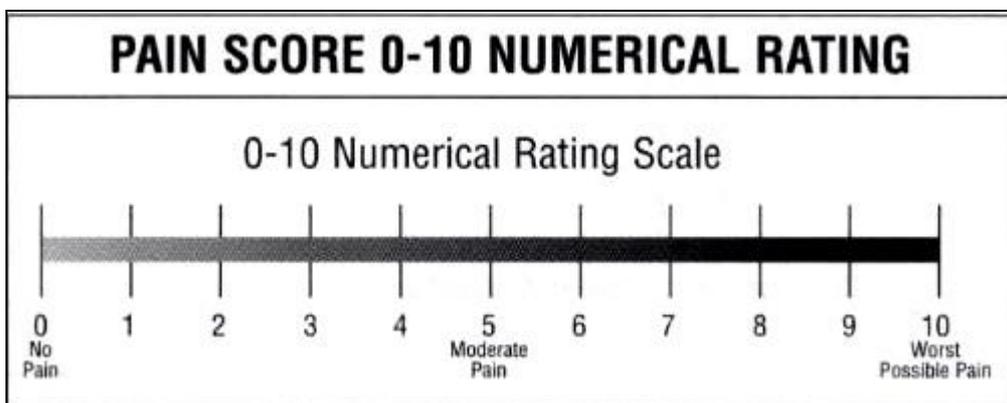
Anexo I – Factores que influyen en el dolor según el tipo de herida crónica



Anexo II – Modelo del manejo del dolor en las heridas de Patricia Price.



Anexo III – Escala visual analógica del dolor EVA



Anexo IV – Cuestionario STAI para valorar la ansiedad de estado y rasgo

Instrucciones Parte I. A-E
A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

Instrucciones Parte II. A-R
A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. Generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansando	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sossegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo obviarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Algunos elementos se han redactado de forma que el punto 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que otros el mismo punto 3 indica un bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación el primer tipo de elementos se ponderan en el mismo sentido de la escala, mientras que en los segundos hay que invertir la escala (es decir, se conceden tres puntos si el sujeto marca el 0, dos puntos si señala el 1, un punto si el 2, y cero puntos si se da el 3).
Los elementos de escala invertida son los siguientes:
- A/E: 1,2,5,8,10,11,15,16,19 y 20.
- A/R: 21,26,27,30,33,36,39.

Anexo V – Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Estimado paciente:

Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre la ansiedad y el dolor que sufren los pacientes durante las curas de sus heridas crónicas.

La valoración de su nivel de ansiedad y dolor se realizará al inicio, durante y al final de la cura de su herida crónica mediante una serie de preguntas, lo cual no le supondrá ningún tipo de riesgo ni molestia.

Las enfermeras somos conscientes de que en muchas ocasiones los pacientes con heridas crónicas tienen que convivir diariamente con dolor y es por esto que para nosotras uno de los retos más relevantes es el manejo óptimo del dolor.

Con este estudio pretendemos conocer el nivel de dolor y ansiedad que sufren los pacientes durante las curas de sus heridas crónicas en los Centros de Atención primaria de la Comarca Uribe-Kosta de Vizcaya. Además, este estudio nos permitirá obtener datos de la población afectada de heridas en nuestra comarca y acercará aún más a los profesionales la realidad del paciente con úlceras crónicas.

Por este motivo necesitamos su colaboración, para obtener unos resultados y con ellos intentar aumentar la calidad asistencial y clínica de nuestro trabajo para la población.

Gracias por su colaboración.

Atentamente, el equipo investigador.

Iratxe Vázquez Osés (Nº colegiada 10.145)

D./Dña. con D.N.I.
..... acepto participar en el estudio “*El dolor y la ansiedad durante los cambios de apósito en los pacientes con heridas crónicas*”.

Manifiesto que, tras haber leído este documento, me considero adecuadamente informado/a y haber aclarado todas las dudas con el personal del equipo investigador.

Por lo tanto, doy mi consentimiento voluntario para realizar las pruebas y preguntas que se me tengan que hacer para dicho estudio.

Uribe-Kosta, a de de 20.....

Firma del paciente

Firma de la enfermera