

OPTIMIZACIÓN DEL BIENESTAR EN LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON UNA HERIDA



Revisión de un grupo de trabajo de expertos

DIRECTOR EDITORIAL
Jason Beckford-Ball

EDITOR:
Kathy Day

PUBLICADO POR:
Wounds International
Enterprise House
1-2 Hatfields
London SE1 9PG, Reino Unido
Tel: + 44 (0)20 7627 1510
Fax: +44 (0)20 7627 1570
info@woundsinternational.com
www.woundsinternational.com

© Wounds International 2012



Financiado por Smith & Nephew. Las opiniones expresadas pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente las de Smith & Nephew.



Forma de citar este documento:

International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds International, 2012. Disponible desde: <http://www.woundsinternational.com>

PRÓLOGO

En febrero de 2011 un grupo de investigadores y de profesionales sanitarios expertos en heridas se reunieron en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, para establecer un marco que ayudará a garantizar que los médicos fueran capaces de optimizar el bienestar de los pacientes cuando les prestan una asistencia sanitaria para el tratamiento de sus heridas. En la reunión no sólo se abordó la calidad del tratamiento de las heridas sino también el coste humano de vivir con una herida y la función del médico, la industria y las organizaciones en la consecución del bienestar del paciente¹.

Este encuentro se continuó de una reunión de consenso celebrada en mayo de 2011 en Bruselas a la que asistieron expertos reconocidos de Europa, Estados Unidos y Australia, como médicos, enfermeros, otros profesionales de la salud e investigadores de la industria, que expusieron diversas experiencias y actividades. Después de la reunión de consenso, se elaboró un documento provisional, que fue revisado minuciosamente por el grupo de trabajo de expertos. También se consultó a otros expertos internacionales para reflejar la práctica en diferentes países. Culminó en el documento de consenso basado en todas las ponencias firmado por todos los miembros del grupo de trabajo de expertos.

En octubre de 2011 se celebró un taller con dos grupos de usuarios de servicios sanitarios en la Universidad de Leeds, en el Reino Unido. El objetivo del taller fue comprender mejor las consecuencias de vivir con una herida en los pacientes, sus cuidadores y familiares. Los miembros de la Pressure Ulcer Research Service User Network (PURSUN UK) y del Bradford Wound Care Group comentaron sus experiencias personales y contribuyeron al proceso de revisión del texto. Se han utilizado sus comentarios para ilustrar algunos puntos de este documento.

Este documento tiene por objetivo:

- 🕒 lograr que las partes interesadas conozcan mejor las consecuencias de tener una herida en el bienestar de las personas y sus cuidadores.
- 🕒 mejorar la capacidad del médico para compartir decisiones sobre el tratamiento con las personas y sus cuidadores para mejorar el cumplimiento del tratamiento y reducir las complicaciones.
- 🕒 subrayar la importancia que tiene el arte de saber escuchar y destacar los mecanismos para establecer un diálogo sobre el bienestar.
- 🕒 incrementar la capacidad de los interlocutores para aplicar estrategias que logren un tratamiento rentable de la herida que mejore el bienestar e incluya a todos los agentes implicados.

GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS

Matthias Augustin Director, Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing, University Clinics of Hamburgo, Alemania

Keryln Carville Profesora adjunta de enfermería domiciliaria, Silver Chain Nursing Association & Curtin University, Australia

Michael Clark (Presidente adjunto) Profesor visitante, Tissue Viability, Birmingham City University, Reino Unido

John Curran Director, 7bn, Londres, Reino Unido

Mieke Flour Department of Dermatology, University Hospital Lovaina, Bélgica

Christina Lindholm Profesora de Enfermería Clínica, Karolinska University Hospital/Sophiahemmet University, Suecia

John Macdonald Director, Project Medishare and Hospital Bernard Mevs, Port-au-Prince, Haití & Department of Dermatology and Cutaneous Surgery, Miller School of Medicine, University of Miami, Florida, EE.UU.

Kyoichi Matsuzaki Presidente, Department of Plastic Surgery, Kawasaki Municipal Tama Hospital, Profesor adjunto, Department of Plastic Surgery, St. Marianna University School of Medicine, Japón

Christine Moffatt Profesora de enfermería clínica, Nottingham University & Nurse Consultant, Reino Unido

Matt Pattison Director, 7bn, Londres, Reino Unido

Patricia Price Psicóloga de salud diplomada y presidente de la School of Healthcare Studies, Cardiff University, Reino Unido

Paul Trueman Profesor auxiliar de economía sanitaria, Brunel University, Londres, Reino Unido

Wendy White Asesora/Formadora de enfermería clínica, Wendy White Woundcare, Nueva Gales del Sur, Australia

Trudie Young (Presidente) Profesora titular de viabilidad tisular, Bangor University y enfermera de viabilidad tisular, Aneurin Bevan Health Board, Gales, Reino Unido

Optimización del bienestar en las personas que conviven con una herida

Aunque la asistencia sanitaria progresivamente está más centrada en el paciente, los médicos, las organizaciones de asistencia sanitaria y la industria desempeñan un papel importante a la hora de garantizar la administración efectiva del tratamiento y de considerar las complejas necesidades de las personas que conviven con una herida¹.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL BIENESTAR?

El impacto de vivir con una herida es complejo y multifactorial. Los médicos, la industria y las organizaciones de asistencia sanitaria a menudo consideran que la cicatrización de las heridas es el criterio principal de valoración. Los médicos miden y anotan datos sobre la herida, como la reducción del tamaño y la profundidad y el aspecto del lecho de la herida; las organizaciones de asistencia sanitaria pueden solicitar las cifras de prevalencia y de incidencia en diferentes poblaciones de pacientes y tipos de heridas; y los investigadores de la industria a menudo se centran en las propiedades de un determinado apósito, como su eficacia antibiótica o sus propiedades en cuanto al control de fluidos. Aunque son elementos importantes, muchas personas que conviven con una herida pueden tener prioridades diferentes, como el alivio del dolor o del olor, la ocultación de una lesión antiestética, la preocupación por el uso de apósitos voluminosos que les impiden el uso de algunas prendas o calzados o la realización de actividades cotidianas.



Las personas en situación de “riesgo” o las que conviven con una herida afrontan cambios importantes en su vida diaria y necesitan integrar varios procedimientos relacionados con el tratamiento que pueden ser difíciles de adoptar a largo plazo y que entran en conflicto con su modo de vida, prioridades y comportamientos.

“ La rutina matutina relacionada con el cuidado de mis heridas consume dos horas todos los días antes del desayuno. Es un trabajo duro ”



Aunque los aspectos físicos de una herida pueden medirse con diversos instrumentos, el concepto de “bienestar” es más difícil de concretar. En las personas que conviven con una herida, la cronicidad (es decir, cuando la herida cura lentamente o reaparece)² puede influir negativamente en el bienestar aunque por otra parte la calidad de vida de las personas con una úlcera cicatrizada también puede ser peor que la de la población general³. Este último caso podría estar relacionado con tasas elevadas de recidiva o la necesidad de adoptar medidas terapéuticas de por vida (por ejemplo, presoterapia)³.

Se sabe que los factores psicosociales, como la ansiedad y la depresión, se asocian a retraso de la cicatrización de las heridas⁴⁻⁶ y que el tratamiento inadecuado de los síntomas puede conducir al incumplimiento terapéutico⁷⁻⁹. Actualmente se dispone de pruebas sólidas que indican que los resultados mejoran cuando se implica activamente a los pacientes en su tratamiento¹⁰. Esto requiere la capacitación de las personas para que se responsabilicen de su propia salud y para que dispongan de más opciones y mayor control sobre los servicios y productos que utilizan. Además, la facilidad de acceso a la asistencia y la derivación a médicos con habilidades, recursos y conocimientos, actualizados es esencial para el diagnóstico precoz, el inicio inmediato del tratamiento y la prevención de complicaciones².



Se piensa cada vez más que la mejora de la salud y del bienestar se asocia a ventajas económicas y sociales¹¹

El grupo de consenso acordó una definición de bienestar en relación con el tratamiento de las heridas (Cuadro 1).

CUADRO 1 Bienestar en relación con el tratamiento de las heridas

El bienestar es una matriz dinámica de factores físicos, sociales, psicológicos y espirituales. El concepto de bienestar es inherente a cada persona, varía con el tiempo, está influido por la cultura y el contexto, y es independiente del tipo de herida, su duración o el ámbito asistencial. En la cicatrización de las heridas, la optimización del bienestar del individuo será el resultado de la colaboración y las interacciones entre los médicos, los pacientes, sus familias y cuidadores, el sistema sanitario y la industria. Los objetivos fundamentales son optimizar el bienestar, mejorar o cicatrizar la herida, aliviar/controlar los síntomas y garantizar que todas las partes están plenamente comprometidas en este proceso.

Factores que afectan al bienestar

DOMINIOS DEL BIENESTAR

La salud hace referencia al estado general de una persona y habitualmente significa estar libre de enfermedad, de lesiones o de dolor. La Organización Mundial de la Salud definió la salud en 1948 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹². Esta definición continúa influyendo en la política sanitaria y se asocia habitualmente a tres dominios de bienestar interrelacionados:

- **Bienestar físico:** capacidad para desenvolverse de manera independiente en actividades como bañarse, vestirse, comer y moverse
- **Bienestar mental:** implica que las facultades cognitivas están intactas y que el paciente no presenta miedo, ansiedad, estrés, depresión u otras emociones negativas
- **Bienestar social:** capacidad para participar y relacionarse con la familia, la sociedad, los amigos y los trabajadores¹.

Además, el grupo de consenso acordó ampliar la definición de bienestar a un cuarto dominio:

- **Bienestar espiritual/cultural:** capacidad para experimentar e integrar el significado y el propósito de la vida mediante conexiones con uno mismo y con los demás. Es una parte integral de la salud mental, emocional y física y puede asociarse a una religión específica, a las creencias culturales o a valores personales.

“
Es espantoso
cuando la piel se
pone roja o se
rompe. La vida se
detiene

”

Bienestar físico

Los parámetros físicos afectados en una herida son factores directos como su tamaño, profundidad, localización y duración². Otros parámetros físicos que guardan una relación indirecta con el estado de la herida son olor, dolor/irritación y fugas causadas por niveles excesivos o mal gestionados de exudado². Estos factores pueden originar:

- **Reducción de la movilidad**, como, por ejemplo, incapacidad para subir escaleras, caminar o utilizar el transporte público
- **Evitación del contacto social**, como, por ejemplo, por control inadecuado del exudado¹³
- **Nutrición deficiente**, como, por ejemplo, por empeoramiento de la obesidad por inmovilidad o por falta de apetito por depresión
- **Trastorno del sueño y cansancio**, como, por ejemplo, por el dolor nocturno².

Los datos de los grupos de trabajo internacionales siempre han identificado el dolor como uno de los síntomas especialmente molestos para las personas con heridas crónicas¹⁴⁻¹⁶. El olor y el exudado excesivo asociado a fugas también pueden actuar como un recordatorio físico permanente de la existencia de la herida y puede provocar sensaciones de asco, autoaversión y baja autoestima¹⁷.

Aunque la cicatrización es el objetivo principal del tratamiento de la mayoría de las personas con heridas, en las heridas malignas o que no cicatrizan puede que la curación no sea tan importante como el control de los síntomas físicos. En estos casos, puede ser adecuado valorar el bienestar global del individuo como un resultado tan importante como la curación de la herida.

Además, las personas que tienen una herida crónica a menudo padecen otras enfermedades que afectan a la capacidad de vivir de forma independiente, que pueden provocar una mayor dependencia de otras personas, un ingreso inesperado en el hospital o la necesidad de adaptar su organización vital para ser capaces de controlar su enfermedad en casa.

“
Es muy fácil
deprimirse y
aislarse

”



Es importante que los médicos busquen las capacidades presentes y que trabajen con los pacientes para respaldarles en sus actividades cotidianas.

Bienestar psicológico

El hecho de vivir con una herida crónica a menudo se asocia a mayor ansiedad y peor calidad de vida^{5,7,18} (véase el Cuadro 2). Cole-King y Harding⁴ observaron una correlación significativa entre

CUADRO 2 Problemas psicológicos asociados a vivir con una herida

- Ansiedad/Depresión
- Miedo (p. ej., a traumatismo o infección adicionales)
- Imagen corporal alterada o inadecuada y baja autoestima
- Sensación de soledad
- Ira/frustración — ¿por qué a mí?
- Estigma (p. ej., reacción de los demás)
- Vergüenza
- Soledad y aislamiento social
- Culpa (p. ej., dificultad para cumplir el tratamiento)

“ La herida puede llegar a dominar su vida. En el caso de los hombres jóvenes, no lo aceptan y les incapacita para ir a nadar o relacionarse con los demás. No pueden llevar pantalones cortos en verano. Son muchas pequeñas cosas, como no poder ver a los amigos, ir a nadar o salir al jardín con los nietos ”

ansiedad y depresión y el retraso de la cicatrización en pacientes con una úlcera venosa en la pierna. Otros estudios han revelado que la depresión puede preceder a la herida o ser una reacción a la herida (por ejemplo, por el dolor y el olor) y a la cicatrización tardía^{17,19}. La depresión puede ser precursora del abandono personal, de trastornos del sueño y de una nutrición deficiente, circunstancias que pueden influir negativamente en la cicatrización de las heridas⁴.

El impacto psicológico de vivir con una herida puede limitar especialmente la capacidad de comunicación del paciente. Las personas que conviven con una herida durante un período prolongado pueden perder la confianza y la esperanza, buscan protegerse y desarrollan defensas sociales, evitan el contacto con otras personas²⁰ o esconden la magnitud real de sus problemas²¹. Algunos pueden negar los problemas asociados a vivir con una herida²² mientras que otros expresan rabia sobre la propia herida — ¿por qué a mí? — y sobre los tratamientos prescritos¹³.

A menudo estas personas se sienten frustradas porque su herida no curará nunca²³ y “siempre está cicatrizando”²⁴ o sienten un miedo extremo ante el posible empeoramiento de su herida. La aparición de una herida puede generar sentimientos de culpa y frustración, especialmente si la persona ha obrado correctamente, lo que les hace sentirse incluso más impotentes y conduce a una mayor dependencia de los médicos y de los demás²⁵. Los amigos y familiares pueden aportar un gran bienestar y dar fuerzas ayudándoles a mantener una actitud positiva y respaldándoles en sus actividades cotidianas.

Bienestar social

Las personas con una herida pueden pasar muchas horas en cama o sentadas con pocas cosas que hacer. Esto puede provocar aislamiento social y depresión con menos probabilidades de interacción social a través del ocio o del trabajo¹⁵. Muchas personas pueden tener la necesidad de equilibrar su mundo social con la necesidad de afrontar aspectos potencialmente embarazosos que conlleva vivir con una herida, como el olor y las secuelas estéticas, factores físicos como el dolor y la disminución de la movilidad, o problemas psicológicos como depresión. Además, las personas que no pueden trabajar debido a sus heridas a menudo perciben que pierden su papel dentro de la familia y a esto se añaden las dificultades económicas que esto entraña²⁶.

El hecho de vivir con una herida crónica puede ser extremadamente molesto y a muchas personas les resulta difícil organizar las rutinas diarias asociadas al cuidado de su herida. Esto puede generar una sensación de ser incapaz de vivir como se desea²⁵ y “una lucha por el control y la independencia”²⁷. Es importante que los médicos fomenten la confianza en sí mismos y que respalden el autocuidado domiciliario de los pacientes con heridas crónicas. Puede ser una experiencia sumamente positiva para los pacientes, aunque podría depositar una gran carga emocional y económica en cuidadores y familiares, cuyas necesidades también han de tenerse en cuenta al tomar decisiones²⁸.

La capacidad de las personas para controlar sus heridas es variable es posible que algunos no sientan responsabilidad sobre su enfermedad y reduzcan la vigilancia en cuanto a la prevención de recidivas²⁴. Algunas personas son más dependientes que otras (por ejemplo, los que viven en una residencia de ancianos o los que están postrados en cama) y agradecen la participación del equipo sanitario porque consideran que existe un vínculo estrecho entre el consejo del médico y su bienestar²⁵.

Bienestar espiritual/cultural

No se dispone de información sobre la forma en que los aspectos espirituales y culturales influyen en las opciones de tratamiento de la herida y su aplicación práctica. La percepción que tienen las personas de su herida y las expectativas acerca de la cicatrización puede estar relacionada con el nivel de educación sanitaria, hábitos de lectura y sistema de creencias. La influencia de esas creencias, que pueden haber sido transmitidas de una generación a otra, puede entrar en conflicto directo con el consejo de los médicos y hacer que fracase la adopción de los tratamientos adecuados²².

Los médicos deben reconocer y tratar de entender las creencias de las personas, las sensibilidades religiosas y las influencias culturales e implicar a los pacientes en las decisiones en lugar de imponérselas. Esto puede incluir lo siguiente: evitar las citas clínicas durante las celebraciones religiosas, solicitar la autorización del paciente para incorporar tratamientos que se han elaborado con productos de origen animal²⁹ y ayudar a las personas a superar la creencia de que determinados tratamientos son ineficaces²². Asimismo, los médicos deberían saber que las personas tienen derecho a rechazar los tratamientos o respetar el deseo de usar tratamientos alternativos.

MÁS ALLÁ DE LOS CUATRO DOMINIOS DEL BIENESTAR

Para comprender mejor cómo viven las personas con una herida y cómo ello afecta a su funcionamiento diario, 7bn, un organismo radicado en el Reino Unido, se propuso conocer mejor el comportamiento humano (pacientes, médicos, industria y servicios sanitarios) relacionado con el tratamiento de las heridas.

Participaron 13 personas de Londres (Reino Unido) y Georgia (EE.UU.) que presentaban una serie de úlceras diabéticas, vasculares y crónicas no diagnosticadas. El equipo utilizó un enfoque etnográfico para conocer la vida cotidiana de las personas con una herida. Esto requirió que una pareja de investigadores pasase cuatro horas con cada participante en su domicilio. Los aspectos analizados fueron las rutinas diarias del tratamiento de la herida y se centraron en los factores que influyen en la calidad de vida, como las aficiones o las relaciones sociales, la repercusión del cuidado de una herida crónica, las prácticas clínicas, la vida familiar, la comunidad local y las redes de apoyo. Esta información se registró empleando técnicas observacionales, película y fotografía. Además del trabajo domiciliario, el equipo visitó dos centros de cuidados prolongados de Georgia (EE.UU.) y celebró sesiones en grupo con 12 médicos para examinar sus actitudes respecto al cumplimiento y el bienestar.

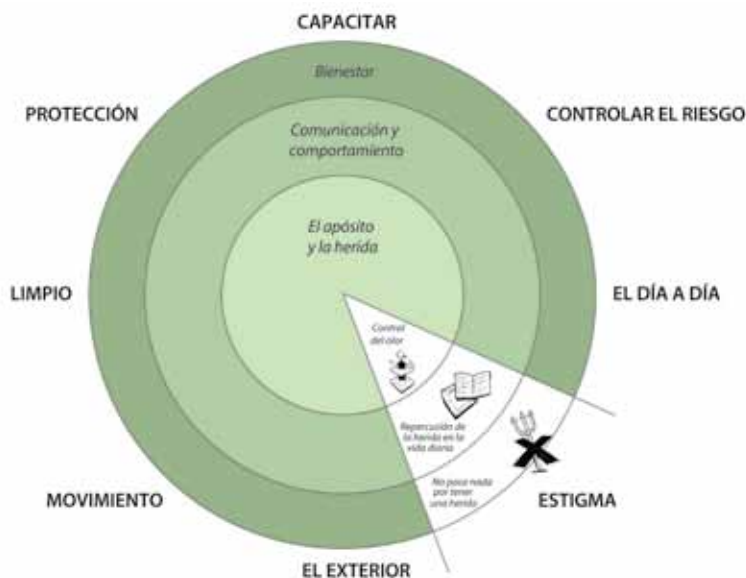
Algunos ejemplos de cómo una herida crónica afecta a la vida diaria de las personas identificadas en esta investigación son:

- Un varón jubilado de unos 60 años, que “vivía para el críquet”, se quejaba de que no podía continuar con su afición como árbitro de críquet por el empeoramiento de sus úlceras cuando estaba mucho tiempo de pie (por ejemplo, arbitrar durante seis horas).
- Una mujer con una úlcera crónica evitaba jugar al badminton por la dificultad de encontrar un apósito adecuado para la gran cantidad de exudado. Esto había provocado un aumento de peso, disminución de la capacidad para reunirse con sus amigas y aumento de la depresión.
- Un varón parapléjico presentó una úlcera por presión producida por fricción y aumento de la humedad (sudor) después de una mudanza reciente. Esto provocaba una frustración extrema, vergüenza y sensación de suciedad.
- Una mujer con una úlcera venosa consultó en Internet para saber más sobre su trastorno y se ha convertido en la experta local en cambios de apósito.
- Un varón joven con un trastorno vascular crónico era incapaz de entrar en las tiendas de la localidad sin sentir una vergüenza extrema por el olor de su herida. Esto le había impedido ir a la universidad y limitaba sus actividades sociales.

A partir de esta investigación, se identificaron ocho principios que abarcan todos los elementos clave de la experiencia de los pacientes con respecto al tratamiento de las heridas:

- **Capacitación:** necesidad de la persona de asumir el control de los elementos físicos, psicológicos y emocionales del cuidado de la herida
- **Gestión del riesgo:** uso de determinados comportamientos por parte de la persona con respecto al tratamiento de su herida (por ejemplo, consideración de determinadas actividades y del grado de riesgo relacionado con ellas)
- **El día a día:** la repercusión del tratamiento de la herida en la vida diaria del paciente durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana
- **Estigma:** cómo las respuestas de otras personas afectan a los pacientes que tienen una herida
- **El exterior:** aspecto de los apósitos y productos utilizados en el tratamiento

FIGURA 1 Modelo de innovación que pretende proporcionar soluciones a los problemas frecuentes en el tratamiento de las heridas aplicando los ocho principios considerados como claves para las personas que conviven con una herida (cortesía de 7bn: [http:// www.7bn.co.uk](http://www.7bn.co.uk))



- **Movimiento:** cómo las actividades de la persona se adaptan a los apósitos utilizados para la herida.
- **Limpieza:** la necesidad de limpieza de la persona puede entrar en conflicto con la necesidad de mantener los apósitos durante un periodo de hasta siete días.
- **Protección:** importancia de los apósitos y de los productos de tratamiento de las heridas para proteger el organismo de daños físicos e infecciones.

A continuación se aplicaron estos ocho principios a un modelo de tres anillos del bienestar en relación con el cuidado de la herida (Figura 1).

Participación de los usuarios de los servicios/cuidadores

Este trabajo está respaldado por los usuarios de los servicios sanitarios y los cuidadores implicados en la elaboración de este documento. Muchas de estas personas tenían un sentimiento de invasión constante de su intimidad y miedo a la reaparición de la herida, a una infección o a “quedarse incapacitado”. Se consideraba importante estar con los familiares o los amigos, conducir o caminar y mantenerse ocupado con aficiones (como cuidar el jardín, oír música o leer) para tener sensación de bienestar y protegerse contra los sentimientos de aislamiento y depresión.

Muchos hablaban de la necesidad de controlar su vida, incluso aunque esto supusiese hacer cosas simples como arreglar la casa o hacer fotografías de sus heridas para observar su evolución. El acceso al equipo y los productos adecuados adaptados a sus hábitos de vida era también importante para ayudar a los pacientes a tratar sus heridas en su casa, mientras que el acceso limitado a los cuidados y el equipo hospitalarios apropiados (por ejemplo, colchones de redistribución de la presión) era a menudo una frustración.

Desarrollo de un enfoque compartido

Todas las investigaciones y opiniones reunidas en este documento demuestran las necesidades sumamente variables de las personas que padecen una herida y resaltan la importancia de un enfoque compartido para optimizar el bienestar. Este enfoque exigirá que los médicos, las organizaciones sanitarias y la industria:

- Trabajen con las personas que tienen una herida para identificar y abordar sus problemas
- Fomenten el cumplimiento mediante la capacitación y la posibilidad de elección
- Apliquen un plan de tratamiento eficaz mediante una toma de decisiones compartida con las personas que tienen una herida.



Lo que las personas quieren es controlar su propia situación. La autogestión y la toma de decisiones compartidas son fundamentales para la capacitación³⁰

Evaluación y medición de la calidad de vida y el bienestar

CUADRO 3 Uso de TELER para la toma de notas clínicas

TELER es un sistema de recopilación de datos clínicos que incorpora dominios de la CVRS y se ha adaptado para medir las experiencias de los pacientes con respecto a la repercusión y los problemas relacionados con las heridas. Consta de dos elementos principales: toma de notas clínicas y medición clínica. Esto permite al médico valorar el patrón de cambio o persistencia del trastorno del paciente y los parámetros específicos de un apósito (por ejemplo, rendimiento del apósito y tratamiento de los síntomas) para definir el cuidado óptimo⁴³.

“
Es importante averiguar qué le gusta hacer a las personas cuando están sanas y ver si pueden seguir haciéndolo o buscar formas de ayudarlas a conseguirlo
”



INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utilizan en la asistencia sanitaria para dictar la toma de decisiones clínicas y las decisiones relativas a las políticas sanitarias. La CVRS incorpora el estado físico y funcional, el estado emocional y el funcionamiento social, y se puede valorar con instrumentos genéricos o específicos de la enfermedad o proceso:

- **Instrumentos genéricos de la CVRS**, como el Perfil de salud de Nottingham, EuroQol-5 y el Cuestionario de salud SF-36³¹.
- **Instrumentos de la CVRS específicos del proceso**, como el Cuestionario de úlceras venosas de las piernas de Charing Cross³¹, el Protocolo de repercusión de las heridas de Cardiff³² y la evaluación de la calidad de vida de Friburgo, que se han validado para todos los tipos de heridas agudas y crónicas, incluidas las heridas difíciles de curar³³. Los instrumentos específicos del proceso se pueden complementar con instrumentos para evaluar cualquier intervención en el cuidado de la herida y los efectos beneficiosos para los pacientes (por ejemplo, PBI-w³⁴) y el método de evaluación del tratamiento de Le Roux (TELER®) (Cuadro 3).

Además, hay instrumentos sencillos para recoger las experiencias de los pacientes, como el Perfil de resultados médicos medido por uno mismo (MYMOP)³⁵, que puede cumplimentar el propio paciente; el Protocolo para la evaluación de la calidad de vida individual - Ponderación directa (SEIQoL-DDW)³⁶; y el Índice generado por el paciente (PGI)³⁷.

Los médicos también pueden emplear instrumentos cotidianos para valorar la experiencia de dolor de los pacientes (por ejemplo, Escala analógica visual; Cuestionario del dolor de McGill abreviado³⁸) y el grado de ansiedad y depresión (por ejemplo, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión³⁹).

Gran parte de la investigación se ha centrado en los pacientes con úlceras venosas crónicas de las extremidades inferiores^{23,40,41} y en la importancia del tratamiento del dolor. Sin embargo, estudios recientes también han hecho hincapié en la repercusión de una úlcera del pie diabético⁴² y una úlcera por presión²⁷ en la calidad de vida y el bienestar.

Aunque los instrumentos de la CVRS proporcionan información cuantitativa, están concebidos para examinar déficit del funcionamiento y no captan lo que las personas piensan y sienten sobre lo que supone vivir con una herida⁴¹. El bienestar es objetivo, fluctúa con el tiempo y normalmente es difícil de medir. Por tanto, hay que concentrarse en los métodos de autonotificación y observacionales para impulsar procesos que ayuden a las personas con una herida a desarrollar su potencial y aumentar su satisfacción general con la vida.

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR

Es importante que los médicos vean al paciente “como una persona” y se centren en sus experiencias individuales; el objetivo es tener un conocimiento lo más completo posible del estado médico de la persona, su calidad de vida y cómo su herida influye en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Las preguntas sobre el bienestar no deben sustituir a una evaluación completa del estado médico del paciente o al uso de pruebas diagnósticas, que siguen siendo primordiales

Creación de una relación terapéutica

El grupo de consenso habló de la creación de una atmósfera de competencia, cuidado, compromiso y compasión en el contacto con los pacientes y de la necesidad de que los médicos establezcan una relación equitativa y basada en la confianza. Para conseguirlo, los médicos deben:

- **Centrarse por completo** en la persona en cada interacción
- **Evitar las distracciones**, por ejemplo, apagando el teléfono móvil
- **Hacer preguntas** para comprender mejor la experiencia actual de la persona con una herida
- **No interrumpir** en los 60 primeros segundos de la consulta ni dirigir los comentarios de la persona

- **Considerar cómo la persona reacciona** a lo que se le pregunta
- **Observar** a la persona y **escucharla** atentamente
- **Anotar cualquier observación**, por ejemplo, el paciente parece ansioso o cojea ligeramente cuando entra en la habitación
- **Fijar un tiempo** para cualquier entrevista o conversación – “Esto solo nos llevará un par de minutos”
- **Ser consciente de las diferencias culturales** y sensible a las necesidades espirituales de los pacientes
- **Acumular información en varias visitas**; la continuidad de la asistencia es importante para distinguir cualquier información sobre el bienestar a partir de la conversación inicial, que incluirá el diagnóstico y los antecedentes médicos, y luego un seguimiento
- **No ponerse a la defensiva ni etiquetar al paciente**, por ejemplo, si la persona dice que está nerviosa porque ha tenido malas experiencias con los médicos en el pasado, es importante no tomarse esto como un asunto personal o considerar “difícil” al paciente. Es frecuente que a los pacientes denominados difíciles se les eche la culpa de no curarse, pero esto puede reflejar la forma en que son considerados por los médicos y no el estado real de su herida.



Las habilidades interpersonales son importantes, sobre todo en afecciones crónicas, en las que es conveniente que el médico establezca y mantenga una relación con el paciente. Esto incluye decir la verdad sobre la gravedad de la herida y exponer las limitaciones de los conocimientos, ya que así se crea un ambiente de confianza

Garantizar la capacitación y la posibilidad de elección

Los médicos deben escuchar a los pacientes para ganarse su confianza y explicarles lo que hacen con empatía⁴⁴. La mejora de la comunicación debe crear una relación en la que la persona se sienta capacitada para comentar cualquier opción de tratamiento o preocupación, mientras que el médico puede ofrecer información para ayudarla a valorar las ventajas de estas elecciones⁴⁴.

Un estudio reciente ha demostrado que las personas valoran mucho la elección informada de su tratamiento, sobre todo las de edad avanzada⁴⁵. Además, la calidad de la relación entre el paciente y el profesional sanitario influye positivamente en los resultados del tratamiento, al mejorar la capacidad de autotratamiento y el grado de cumplimiento⁴⁶⁻⁴⁸.



Lo que realmente importa a los pacientes es saber lo que hay disponible, ser capaces de decir lo que quieren, ser escuchados y participar en las decisiones relativas a su tratamiento

Cronología de las evaluaciones del bienestar

Aparte de reservar un tiempo específico durante las visitas de los pacientes para hacer preguntas, también es posible para cualquier miembro del equipo interdisciplinario evaluar el bienestar mientras se realizan tareas clínicas habituales, en el transcurso de visitas domiciliarias o en citas en la consulta.

El momento de tomar la presión arterial es perfecto para comprobar el tono muscular y la movilidad de la persona. Asimismo, mientras se realizan tareas básicas de cuidados de enfermería, como lavar o bañar a los pacientes, las enfermeras pueden comprobar el grado de higiene y la pérdida de peso, así como las alteraciones de la piel, la perfusión, etc. Esto también brinda la oportunidad de conversaciones informales que ayudan a descubrir los sentimientos de las personas.

Cuando se evalúa a los pacientes, es importante crear un ambiente sin estrés en el que se sientan seguros y cómodos, lo cual puede diferir de una persona a otra. Por ejemplo, algunos pacientes prefieren tener una consulta inicial en una habitación o dependencia aparte, en la que las interrupciones sean poco probables y puedan hablar de ellos mismos con franqueza, mientras que otros prefieren un entorno más social en el que compartir las preocupaciones.



A la hora de plantearse las preguntas que vayan a hacer, es importante que sean sencillas

Desarrollo de instrumentos para el bienestar

La perspectiva de la persona sobre su enfermedad y tratamiento puede ayudar a los médicos a conocer las experiencias individuales que suponen vivir con heridas difíciles y a menudo dolorosas. En particular, el personal de enfermería tiene un papel fundamental a la hora de escuchar a los pacientes y utilizar la información facilitada para optimizar la asistencia⁴⁹.

Es necesario crear instrumentos sencillos que capaciten a las personas para hablar de su bienestar en relación con su herida y de cualquier preocupación concreta que puedan tener. Los instrumentos deben ser dinámicos para permitir a los pacientes recalibrar sus opiniones con arreglo al cambio de prioridades a lo largo del tratamiento.



Los instrumentos para obtener información sobre el bienestar han de ser prácticos, fáciles de utilizar y adaptables a cualquier ámbito clínico o interacción con el paciente

Preguntas activadoras para evaluar el bienestar

El modo de recoger esta información por los médicos dependerá del lugar en que se vea a la persona. Por ejemplo, a veces es más fácil obtener pistas en el domicilio del paciente, mientras que si se hace el seguimiento en la consulta, el paciente puede rellenar un cuestionario sencillo en una tarjeta en la sala de espera a fin de dar pie a la conversación y permitir que las personas más reservadas se expresen y tengan tiempo para organizar sus respuestas antes de ver al médico. El cuadro 4 presenta ejemplos de preguntas que se pueden utilizar para iniciar la conversación sobre el bienestar.

CUADRO 4 Ejemplo de preguntas activadoras sobre el bienestar

1. ¿Ha mejorado o empeorado su herida? Descríbame. Si es nueva, ¿cómo ocurrió?
2. ¿Le ha impedido su herida hacer cosas en la última semana? Si es así, ¿cuáles?
3. ¿Qué es lo que más le molesta o angustia y cuándo sucede?
4. ¿Cuenta con alguien que le ayude a hacer frente a la herida?
5. ¿Qué podría ayudarle a facilitar o mejorar su convivencia diaria con la herida?



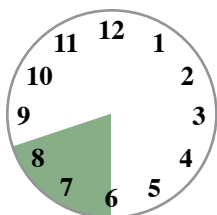
Cuando se pregunte a los pacientes, se debe hacer de una manera abierta en vez de prescriptiva y los médicos tienen que "conectar" con los pacientes y no rellenar simplemente una lista de comprobación

Hay que saber cómo la herida del paciente cambia con el tiempo

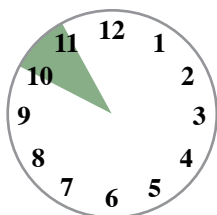
La información será dependiente del tiempo y de la variación con el tiempo. Por tanto, es importante adaptar las preguntas para saber cómo se altera la vida de la persona en los distintos momentos del día (Figura 2).

FIGURA 2 ¿Cómo le afecta su herida en los distintos momentos del día?⁵¹

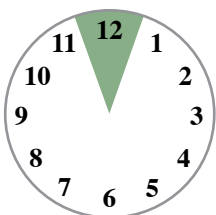
Se puede realizar con regularidad una revisión de las rutinas diarias para comprobar los progresos, apoyada con instrumentos validados para hacer un seguimiento de problemas específicos, como el dolor^{38,50}. Cualquier cambio proporciona información importante que se puede emplear para aplicar estrategias adecuadas con el fin de tratar los síntomas con más eficacia o convencer a los pacientes de tendencias



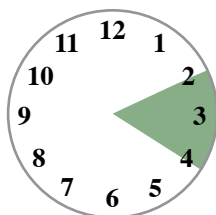
Al levantarse - por ejemplo, al sacar las piernas de la cama se produce dolor



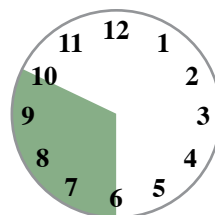
A media mañana - por ejemplo, no puede ducharse adecuadamente o el apósito se moja cuando se ducha



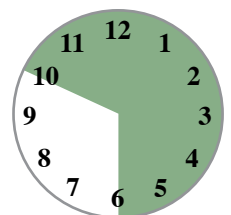
A mediodía - por ejemplo, tiene dificultad para subirse al autobús cuando va de compras o le da vergüenza el olor que desprende su herida



A media tarde - por ejemplo, está cansado por haber dormido mal y necesita echarse



Al final del día - por ejemplo, el apósito tiene fugas después de un día de actividad



Por la noche - por ejemplo, el dolor le impide dormir bien

FIGURA 3 Ejemplo de diario de un paciente que muestra solo un día. La introducción de los datos no debe llevar más de cinco minutos, pero es posible que los pacientes necesiten más tiempo para expresar todos sus pensamientos y sentimientos y prefieran un estilo narrativo o menos estructurado o un "monólogo interior". El uso de fotografías es también importante para hacer un seguimiento de los progresos y puede ayudar a iniciar la conversación en la visita siguiente. Para más información sobre los diarios de los pacientes, consulte Scottish Health Council: <http://tinyurl.com/799gydy>

Para un informe detallado y más personalizado a lo largo del tiempo, se pueden usar los **diarios de los pacientes** para comunicar información cualitativa sobre las experiencias de la persona con una herida. Estos informes son especialmente útiles cuando se entra en contacto con varios servicios o personal (Figura 3).



Cada persona se siente cómoda con una forma de comunicación particular. Es útil disponer de una serie de instrumentos para facilitar este proceso

“
Es muy fácil que te etiqueten de no cumplidor si no estás de acuerdo con el médico. Los consejos tienen que ser prácticos y equilibrados (es difícil sentarse en una silla todo el día con las piernas levantadas)”

Evaluación continua

La información sobre el bienestar debe documentarse de una forma clara y utilizarse para el seguimiento. Las preguntas tienen que ser más individualizadas a lo largo del tiempo y concentrarse en problemas específicos que afecten al bienestar. Por ejemplo, esto permitirá al médico conocer los patrones de sueño del paciente, el grado de dolor y la capacidad para utilizar ayudas en la vida diaria. Una conversación continua proporciona pistas importantes del cambio de las cosas y dota de contenido al plan de tratamiento para garantizar que refleje la situación actual y las preocupaciones del paciente.

Muchas personas con una herida crónica entran en contacto con numerosos profesionales sanitarios diferentes durante un período prolongado (por ejemplo, personal de enfermería, cirujanos, fisioterapeutas, psicólogos y especialistas en nutrición). Esto significa que algunas personas y sus cuidadores tienen que proporcionar la misma información muchas veces, lo que es agotador o se convierte en una fuente de frustración. Es importante documentar cualquier evaluación y, si es posible, compartirla en el equipo interdisciplinario para garantizar la continuidad de la asistencia y evitar modificaciones innecesarias de la pauta de tratamiento por diferentes miembros del personal.

OBSTÁCULOS PARA LA EVALUACIÓN

Hay una serie de obstáculos que dificultan la obtención de esta información importante, como la posibilidad de acceder a los servicios, el poco tiempo disponible en las consultas o la falta de intimidad, además de la ausencia de un sistema de documentación común para todos los profesionales que tratan a las personas con una herida crónica. De manera análoga, muchos pacientes evitan hablar de su bienestar por el temor a “aburrir” al médico o a que este les juzgue. Además, los médicos deben tener en cuenta la capacidad de las personas de comunicar la información verbalmente y por escrito. Por tanto, es importante que los médicos contacten con los familiares y cuidadores, los cuales son fundamentales en el tratamiento diario de los pacientes con una herida, en especial de aquellos que no pueden comunicarse, como los ancianos en mal estado o las personas con deterioro cognitivo.

Sin embargo, la exposición diaria de los médicos a un estrés físico y emocional puede hacerles insensibles, lo que les llevaría a infravalorar la experiencia de dolor de una persona, por ejemplo. Es posible que se sientan impotentes y abrumados o ansiosos al enfrentarse a las expectativas de sus pacientes y familiares²². Esto significa que los objetivos de los pacientes a veces difieren de lo que el médico cree que es mejor para ellos. Ello crea un ambiente de indiferencia que impide que el médico evalúe correctamente y fomente los cambios de comportamiento.

Puede haber un abismo entre lo que las personas dicen que quieren y lo que los médicos creen que se debe proporcionar⁵².

Caso clínico: de la “mala salud” al bienestar

El siguiente caso clínico, basado en las experiencias de uno de los miembros del grupo de trabajo de expertos, pone de relieve la importancia de una evaluación exacta y cómo un diagnóstico incorrecto o la ausencia de diagnóstico de una herida que no cicatriza pueden afectar al bienestar del paciente.

Este varón de 72 años vive en una isla del oeste de Suecia. En los últimos 12 años ha tenido heridas circunferenciales bilaterales que cubrían completamente ambas extremidades inferiores y producían un dolor insoportable. Su esposa tapaba las heridas con un apósito de forma más o menos continua, y también lo hacía una enfermera comunitaria una vez al día. No había un diagnóstico confirmado, pero se suponía que las heridas eran úlceras venosas de las piernas. El paciente había adelgazado 15 kilos aproximadamente en estos 12 años y estaba confinado en una silla de ruedas. En general, su bienestar era muy deficiente y sus circunstancias también influían en la calidad de vida de su esposa porque ella tenía que estar constantemente pendiente de cambiar los apósitos.

Cuando una enfermera especialista en heridas, que también era estomaterapeuta (enfermera de tratamiento enterostomal), le visitó cuando su enfermera comunitaria estaba de vacaciones, su primera observación fue que las heridas no eran úlceras venosas. Advirtió el aspecto anoréxico del paciente, y su expresión de dolor, y decidió ingresarlo en el departamento de cirugía colorrectal en el hospital universitario de la región. Después de la evaluación, se diagnosticó al paciente de una colitis ulcerosa. Se administró medicación al paciente y una nutrición intensiva, y ahora ha ganado peso. También puede andar sin necesidad de la silla de ruedas. Las heridas se diagnosticaron finalmente de piodermia gangrenosa y se inició un tratamiento adecuado, que curó el proceso en ocho semanas y mejoró espectacularmente el bienestar del paciente y de su esposa.

Optimización del bienestar para un tratamiento eficaz de las heridas

Con el fin de que el bienestar sea el objetivo principal de la asistencia, es necesario desarrollar estrategias que aumenten la eficiencia de la atención sanitaria y su capacidad de respuesta en el tiempo a las necesidades de las personas con una herida. La obtención de buenos resultados depende tanto de un buen autotratamiento como de unos buenos cuidados médicos. La capacitación y la formación son esenciales para un tratamiento eficaz de las heridas, haciendo hincapié en la asistencia centrada en el paciente⁴⁸.



La identificación de las preferencias de los pacientes con vistas a la información y la participación en su tratamiento es el primer paso para crear una relación provechosa que aumente la satisfacción con la asistencia y obtenga mejores resultados

La información sobre las causas de la herida y la adopción de determinadas decisiones terapéuticas ayuda a eliminar las preocupaciones individuales y satisfacer las expectativas con el tratamiento. Esto se puede facilitar con folletos de información para los pacientes y recursos educativos. En general, los pacientes tienen muchas más probabilidades de cumplir el tratamiento si lo conocen y habitualmente aceptan estrategias que se adaptan a sus antecedentes y creencias⁵³.

Se deben ofrecer servicios a los pacientes que sean seguros, accesibles y sensibles a las necesidades individuales. Esto incluye la provisión de centros de día o tiempos flexibles en la consulta. Algunas personas encuentran apoyo y estímulo si comparten sus experiencias con un grupo de pacientes con heridas parecidas. Se ha demostrado que modelos asistenciales sociales, como Lindsay Leg Club® (véase el Cuadro 5) mejoran la salud y el bienestar de los usuarios con úlceras crónicas de las piernas⁵⁴. Al eliminar el estigma vinculado a vivir con una herida, estos clubs pueden mejorar el cumplimiento, disminuir la ansiedad y la depresión y tener un efecto positivo en las tasas de curación y recidiva⁵⁵.

El coste del tratamiento de las heridas crónicas que no cicatrizan es elevado. Las variables importantes son el intervalo de tiempo hasta la curación, la frecuencia de los cambios de apósito, el tiempo de cuidados de enfermería y la organización de la asistencia (es decir, hospitalaria o comunitaria)⁵⁶. En los pacientes con mayor riesgo de retraso de la cicatrización se ha demostrado que la identificación precoz y un enfoque estructurado del tratamiento con estrategias apropiadas (por ejemplo, tratamientos avanzados) disminuyen el intervalo hasta la cicatrización, mejora la calidad de vida y reduce los costes globales de la asistencia⁵⁶. Además, se ha comprobado que la formación continua del personal con el fin de aumentar sus conocimientos y capacidades también es importante⁵⁶. No obstante, se precisan más investigaciones para conocer del todo los efectos beneficiosos de esta estrategia utilizando estudios bien diseñados de economía sanitaria.

DESARROLLO DE UN PLAN DE CINCO PUNTOS

Las partes interesadas deben trabajar juntas para mejorar el bienestar de una manera coste-efectiva y eficiente. Es necesario que los médicos establezcan una relación terapéutica con los pacientes y sus cuidadores en la que se compartan las decisiones, las organizaciones sanitarias apoyen iniciativas para el bienestar que respondan a las preferencias de los pacientes y la industria desarrolle productos que optimicen la eficacia, la estética y la calidad de vida.

CUADRO 5 Lindsay Leg Club®: un modelo de asistencia social

La Lindsay Leg Club® Foundation se creó en el Reino Unido para pacientes con problemas en los miembros inferiores que precisan asistencia y apoyo. Estos clubs ofrecen una asistencia clínica de gran calidad, que se puede prestar en lugares no tradicionales, como salones comunitarios o iglesias locales. Cada Leg Club pertenece a sus miembros que acuden para consejo y tratamiento y se reúnen y conversan con otros miembros. En el Reino Unido y Australia, más de 1000 personas reciben consejo o tratamiento cada semana en los Leg Clubs. Los elementos integrales del éxito de un Leg Club son la plena integración de la interacción social y la prestación de atención sanitaria, que se traduce en un tratamiento cualitativo donde los miembros con úlceras de las piernas se tratan juntos, y la participación de voluntarios, que recaudan fondos y gestionan su club local. Las citas no están programadas y los pacientes pueden acudir para apoyo social o recibir tratamiento. Esta organización también ejerce presión para mejorar los servicios de los pacientes con problemas en los miembros inferiores y proporciona información de expertos procedente de la experiencia colectiva de tener una herida de sus miembros. Para más información, visite: www.legclub.org

APLICACIÓN DE UN PLAN DE ACCIÓN DE CINCO PUNTOS PARA LAS PRINCIPALES PARTES INTERESADAS: Esto tiene por objeto proporcionar un marco para las cuatro partes interesadas con el fin de garantizar la optimización del bienestar al administrar un tratamiento eficaz de las heridas

MÉDICOS

El médico es esencial para optimizar el bienestar de las personas con una herida, al actuar de nexo entre el paciente, la organización sanitaria y la industria. Los familiares y cuidadores también deben participar en este proceso. Los médicos deben:

1. Preguntar sobre el bienestar mediante un planteamiento holístico y recordar que el paciente es una 'persona'
2. Dar prioridad al bienestar durante la evaluación, el tratamiento y los cuidados de la herida del paciente
3. Implicar a los pacientes en su tratamiento ofreciendo la posibilidad de elección en las opciones terapéuticas y proporcionando información y apoyo adecuados. Se debe respetar el derecho de los pacientes a rechazar el tratamiento
4. Usar los comentarios del paciente para planificar o adaptar los servicios
5. Garantizar la colaboración con sus colegas: saber cuándo hay que remitir al paciente y a quién.

PACIENTES

Las personas con una herida crónica deben recibir el mismo grado de atención que otros pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes o una cardiopatía. Los pacientes son constantes en el proceso de tratamiento, mientras que los profesionales sanitarios pueden cambiar. Los pacientes deben:

1. Esperar que les pregunten sobre el bienestar y priorizar sus preocupaciones
2. Reconocer su derecho a hablar del bienestar y a expresar sus expectativas y preocupaciones respecto al tratamiento
3. Adoptar un papel activo en las decisiones acerca del tratamiento y comprometerse a participar de forma constante en los cuidados de la herida
4. Si es razonable, esperar el ofrecimiento de alternativas terapéuticas y flexibilidad en la prestación de la asistencia sanitaria
5. Meditar acerca de la asistencia recibida y hacer sugerencias sobre cómo podrían adaptarse los servicios.

ORGANIZACIONES

Las organizaciones sanitarias pueden ayudar a los médicos a crear un buen ambiente de trabajo para el personal y servicios adecuados para sus pacientes. Las organizaciones también tienen una función importante en la formación y la investigación y en la facilitación de documentación a los pacientes que se pueda adaptar a poblaciones de etnias diversas. Las organizaciones deben:

1. Garantizar el bienestar de su personal, de forma que puedan cuidar del bienestar de otras personas⁴⁴
2. Aceptar que el bienestar es un elemento clave en la planificación de tratamientos coste-eficaz y basados en la evidencia, y comprometerse a seguir investigando
3. Poner a disposición de los usuarios de servicios que apoyen el bienestar de los pacientes en el tratamiento eficaz de las heridas. Tales servicios deben adaptarse a las necesidades de cada grupo de pacientes y no deben ser discriminatorios
4. Respaldar las estrategias que mejoren la comunicación entre médicos y pacientes (incluido el uso de la tecnología moderna, como la telemedicina, las redes sociales y las aplicaciones informáticas)
5. Recibir las quejas y mejorar los servicios en consecuencia.

INDUSTRIA

La industria también puede desempeñar un papel activo en el apoyo de los médicos, los pacientes y las organizaciones al priorizar y admitir el bienestar como uno de los inductores principales de la innovación y el diseño de productos. La industria debe:

1. Desarrollar productos innovadores que se adapten al modo de vida de los pacientes y den prioridad al bienestar cuando se preste una asistencia de las heridas rentable
2. Proporcionar sistemas de comunicación pertinentes y sólidos en colaboración con los médicos y los pacientes
3. Resaltar la importancia del bienestar y crear un programa de investigaciones relacionadas con el bienestar y el tratamiento de las heridas que esté basado en las experiencias de médicos y pacientes
4. Responder a los comentarios de los médicos y los pacientes sobre los productos que ofrecen
5. Mantener una actitud ética en la producción, comercialización y venta de los productos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gray D, Boyd J, Carville K. Effective wound management and wellbeing for clinicians, organisations and industry. *Wounds International* 2011. Available at: <http://www.woundsinternational.com/practice-development/effective-wound-management-and-wellbeing-for-clinicians-organisations-and-industry>
2. European Wound Management Association. Position Document. *Hard to heal wounds: a holistic approach*. MEP Ltd, London 2008.
3. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nurs Times* 2008;104(41):34-7.
4. Cole-King A, Harding KG. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosom Med* 2001;63(2):216-20.
5. Persoon A, Heinen MM, Vleuten CJM, et al. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. *J Clin Nurs* 2004;13: 3,341-52.
6. Vedhara K, Miles JN, Wetherell JM. Coping style and depression influence the healing of diabetic foot ulcers: observational and mechanistic evidence. *Diabetologica* 2010;53(8):1590-8.
7. Solowiej K, Mason V, Upton D Review of the relationship between stress and wound healing: part 1. *J Wound Care* 2009; 8(9):357-66.
8. Solowiej K, Mason V, Upton D. Psychological stress and pain in wound care, part 2: a review of pain and stress assessment tools. *J Wound Care* 2010;19(3):110-5.
9. Solowiej K, Mason V, Upton D. Psychological stress and pain in wound care, part 3: management. *J Wound Care* 2010;19(4):153-5.
10. Department of Health. The White Paper 'Equity and Excellence: Liberating the NHS', 2011.
11. Department of Health. Our Health and Wellbeing Today. Crown Publications 15150, 2010.
12. World Health Organization. Constitution of WHO. WHO Basic Documents, Geneva, 1948.
13. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:44 doi: 10.1186/1477-7525-5-44.
14. Price PE, Fagervik-Morton H, Mudge, EJ, et al. Dressing related pain in patients with chronic wounds: an international perspective. *Int Wound J* 2008;5(2):159-171.
15. Fagervik-Morton H, Price P. Chronic ulcers and everyday living: Patients' perspective in the UK. *Wounds* 2009;21(12):318-23.
16. Mudge E, Spanou C, Price P. A focus group study into patients' perception of chronic wound pain. *Wounds UK* 2008; 4(2): 21-28.
17. Jones JE, Robinson J, Barr W, Carlisle C. Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nurs Stand* 2008;16-22;22(45):53-4, 56, 58.
18. Walburn J, Vedhara K, Hankins M, et al. Psychological stress and wound healing in humans: a systematic review and meta analysis. *J Psychosom Res* 2009;67(3):253-71.
19. Vileikyte L. Stress and wound healing. *Clin Dermatol* 2007; 25(1):49-55.
20. Lindahl E, Norberg A, Söderberg A. The meaning of caring for people with malodorous exuding ulcers. *J Adv Nurs* 2008; 62(2): 163-71
21. Flanagan M, Vogensen H, Haase L. Case series investigating the experience of pain in patients with chronic venous leg ulcers treated with a foam dressing releasing ibuprofen. *World Wide Wounds* 2006. Available at:<http://tiny.cc/p8i76>.
22. Moffatt CJ. Perspectives on concordance in leg ulcer management. *J Wound Care* 2004;13(6):243-8.
23. Hareendran A, Bradbury A, Budd J, et al. Measuring the impact of venous leg ulcers on quality of life. *J Wound Care* 2005;14(2):53-7.
24. Chase S, Melloni M, Savage A. A forever healing: the lived experience of venous ulcer disease. *J Vasc Nurs* 1997; 15: 73.
25. Lindahl E, Norberg A, Söderberg A. The meaning of living with malodorous exuding ulcers. *J Clin Nurs* 2007;16(3a):68-75.
26. Franks P, Moffatt C, Doherty D, et al. Longer-term changes in quality of life in chronic leg ulceration. *Wound Repair Regen* 2006;14:536-41.
27. Gorecki C, Brown J, Nelson EA, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: JAGS 2009. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02307.
28. Nabuurs-Franssen MH, Huijberts MS, et al. Health-related quality of life of diabetic foot ulcer patients and their caregivers. *Diabetologia* 2005;48(9):1906-10. Epub 2005 Jul 2.
29. Enoch S, Shaaban H, Dunn KW. Informed consent should be obtained from patients to use products (skin substitutes) and dressings containing biological material. *J Med Ethics* 2005;31:2-6.
30. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacaphony? *Patient Educ Couns* 2006; doi 10.1016/j.pec.2006.09.008.
31. Gonzalez-Consuegra RV, Verdu J. Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs* 2011; 67(5): 926-44.
32. Price P, Harding K. Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb. *Int Wound J* 2004; 1(1):10-7.
33. Augustin M, Herberger K, Rustenbach S, et al. Quality of life evaluation in wounds: validation of the Freiburg Life Quality Assessment-wound module, a disease-specific instrument. *Int Wound J* 2010;7:493-501.
34. Augustin M, Blome C, Zschocke I, et al. Benefit evaluation in the therapy of chronic wounds from the patients' perspective - development and validation of a new method. *Wound Rep Regen* 2011; doi 10.1111/j.1524-475X.2011.00751.x
35. Paterson C. Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey. *BMJ* 1996;312(7037):1016-20.
36. Hickey AM, Bury G, O'Boyle CA, et al. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ* 1996;313(7048):29-33.
37. Camilleri-Brennan J, Ruta DA, Steele RJ. Patient generated index: new instrument for measuring quality of life in patients with rectal cancer. *World J Surg* 2002;26(11); 354-9.
38. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987;30(2): 191-7.
39. Zigmond AS, Snaith RPT. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
40. Green J, Jester R. Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 1. *Wound Care* 2009; S12-17.
41. Green J, Jester R. Health-related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 2. *Wound Care* 2010; S4-S1.
42. Gorecki C, Lamping DL, Brown JM et al. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: A patient-focused approach. *Int J Nurs Stud* 2010;47:1525-34.
43. Grocott P. Developing a tool for researching fungating wounds. *World Wide Wounds* 2001 (Jul). Available at <http://tiny.cc/zoqb1>.
44. Douglas K. When caring stops, staffing doesn't really matter. *Health Economics* 2010;28(6):415-19.
45. Kings Fund. Patient choice: how patients choose and how providers respond 2010. http://www.kingsfund.org.uk/current_projects/patient_choice
46. Edwards H, Courtney M, Finlayson K, et al. Chronic venous leg ulcers: effect of a community nursing intervention on pain and healing. *Nurs Stand* 2005;19(52):47-54.
47. Price PE. Education, psychology and 'compliance'. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24:S101-5.
48. Jordan JL, Ellis SJ, Chambers R. Defining shared decision making and concordance: are they one and the same? *Postgrad Med J* 2002; 78 (921):383-4.
49. Hawkins J, Lindsay E. We listen but do we hear? The importance of patient stories. *Br J Community Nurs* 2006;11(9):S6-14.
50. WUWHS Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.
51. Roden A, Young T. In: Kingsley A, Padmore J (Eds). Painstaking care, everyday issues in wound management. Wound Care Society, UK 2006
52. Coulter A. Do patients want choice and does it work? *BMJ* 2010; 341: doi: 10.1136/bmj.c4989
53. Enright S. The Psychology of preventive health. *BMJ* 1996;313:1090.
54. Edwards H, Courtney M, Finlayson K, et al. Improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers: a randomised controlled trial of a community intervention. *J Clin Nurs* 2009;18:541-49.
55. Lindsay E. The Lindsay Leg Club model: a model for evidence-based leg ulcer management. *Br J Community Nurs* 2004. 9(6 Suppl): S15-S20.
56. Tennvall GR, Hjelmgren J, Oien R. The cost of treating hard-to-heal venous leg ulcers: results from a Swedish survey. *World Wide Wounds* 2006 (Nov). Available from <http://tinyurl.com/cqyh6a8>

Saca a tus pacientes de casa



NUEVO

Avergonzado por las manchas de exudado en el apósito, siempre con miedo a darse golpes o a arañarse y cansado de que el vendaje se mueva constantemente; para las personas con heridas crónicas, esconderse en su casa podría parecerles su única opción.

Una investigación observacional realizada por Smith & Nephew puso de manifiesto las razones por las que vivir con una herida crónica paraliza la vida que las personas quieren vivir.

Los resultados nos inspiraron para crear ALLEVYN Life, un apósito especialmente diseñado para ayudar a las personas con heridas crónicas a recuperar su libertad, impactando positivamente en el bienestar del paciente.

Descubra cómo ALLEVYN Life puede ayudar a sacar a sus pacientes de casa. Visite:
<http://heridas.smith-nephew.es>

 **smith&nephew**
ALLEVYN[®] LIFE 

**Diseñado para las personas.
Diseñado para la vida.**



Curación de Heridas
Smith & Nephew, S.A.U.
Fructuós Gelabert, 2-4
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
Tel.: 902 303 160
Fax: 902 303 170

<http://heridas.smith-nephew.es>
www.tiendaprevenicare.org
www.formacionpararesidencias.es

® Marca registrada de Smith & Nephew
© Smith & Nephew