



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**



**Curso 2019-2020**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
DOLOR OCULAR CRÓNICO**

**Paula Jáñez Vázquez**

**Tutor/a: Eva M<sup>o</sup> Sobas Abad**

**Cotutor/a: Amanda Vázquez Hernández**

## RESUMEN

**Introducción:** El dolor ocular crónico es aquel que se extiende más de 3 o 6 meses desde su aparición, más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica, y puede percibirse como intenso, punzante, difuso o pulsátil. Es un síntoma subjetivo y difícil de medir que cuando cronifica produce importantes afectaciones en la calidad de vida de los que lo padecen. El objetivo general de esta investigación consiste en analizar la calidad de vida de pacientes con dolor ocular crónico mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

**Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional y descriptivo de corte transversal. Se utilizó la escala NRS para evaluar la intensidad del dolor crónico; y la escala HADS para medir la calidad de vida. Colaboraron 104 personas incluidas en el estudio "Evaluación del dolor crónico en pacientes post-operados de cirugía refractiva corneal" (PI 15-301) que hayan completado los cuestionarios de dolor y ansiedad y depresión.

**Resultados:** El 76,9% de los participantes señalaron que padecían dolor ocular desde leve a severo. La calificación media de la escala NRS fue de 5,07 puntos, lo que se traduce en dolor moderado. Un 76% de los pacientes con dolor crónico presentó comorbilidad psiquiátrica, un 89,4% ansiedad y un 51,4 % depresión según la escala HADS. Se observó una relación directa significativa de tipo alta entre las variables subescala ansiedad con la subescala depresión ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,795$ ), además de una relación directa significativa muy alta de estas ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,950$ ,  $r = 0,940$ ) con la variable total HADS.

**Conclusión:** La calidad de vida se ve afectada de manera negativa en los pacientes con dolor ocular crónico, afectando a sus niveles de ansiedad y depresión, por ello se recomienda una atención temprana y de forma continuada de estos pacientes.

**Palabras clave:** Calidad de vida, dolor ocular crónico, ansiedad, depresión.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic eye pain is one that extends more than 3 or 6 months from its appearance, beyond the healing period of a tissue injury, or is associated with a chronic medical condition. It can be perceived as intense, stabbing, diffuse or pulsatile. It is a subjective and difficult to measure symptom that when it chronifies it produces important effects on the quality of life of those who suffer from it. The general objective of this research is to analyze the quality of life of patients with chronic eye pain using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

**Methodology:** Quantitative, observational and descriptive cross-sectional study. The NRS scale was used to assess the intensity of chronic pain; and the HADS scale to measure quality of life. A total of 104 people participated in the study "Evaluation of chronic pain in post-operated patients with corneal refractive surgery" (PI 15-301) who completed the pain and anxiety and depression questionnaires.

**Results:** 76.9% of the participants indicated that they suffered eye pain from soft to severe pain. The average NRS score was 5.07 points, which translates into moderate pain. 76% of the patients with chronic pain presented psychiatric comorbidity, 89.4% anxiety and 51.4% depression according to the HADS scale. A high direct significant relationship was observed between the anxiety subscale variables with the depression subscale ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.795$ ), in addition to a very high direct significant relationship of these ( $p < 0.001$ ,  $r = 0.950$ ,  $r = 0.940$ ) with the total variable HADS.

**Conclusion:** Quality of life is negatively affected in patients with chronic eye pain, affecting their levels of anxiety and depression, therefore early and continuous care of these patients is recommended.

**Key words:** Quality of life, chronic eye pain, anxiety, depression.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>II</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>II</b>
<b>GLOSARIO DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>II</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 MEDIDA DEL DOLOR .....	3
1.2 DOLOR OCULAR .....	3
1.3 CALIDAD DE VIDA .....	4
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>4. HIPÓTESIS .....</b>	<b>7</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>6. METODOLOGÍA .....</b>	<b>8</b>
6.1 DISEÑO.....	8
6.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO MUESTRAL.....	8
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	8
6.4 INSTRUMENTOS.....	8
6.5 DURACIÓN DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTO.....	9
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES .....	9
6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	10
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>19</b>
8.1 LIMITACIONES.....	21
8.2 FORTALEZAS.....	21
8.3 APLICACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA .....	22
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO I. APROBACIÓN DEL ESTUDIO INICIAL POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO II. APROBACIÓN DEL TFG POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO III. PREGUNTAS ESCALA HADS .....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO IV. RELACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD HADS CON EL GRADO DE DOLOR.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO V. RELACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA SUBESCALA DE DEPRESIÓN HADS CON EL GRADO DE DOLOR.....</b>	<b>33</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Clasificación de los pacientes según su grado de dolor (Pág. 13).

**Tabla 2.** Preguntas escala HADS (Pág. 28).

**Tabla 3.** Relación de las respuestas de la subescala de ansiedad HADS con el grado de dolor (Pág. 29).

**Tabla 4.** Relación de las respuestas de la subescala de depresión HADS con el grado de dolor (Pág. 32).

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Numerical Rating Scale (NRS) y Escala Visual Analógica (VAS) (Pág. 3).

**Figura 2.** Media de respuestas en las preguntas de la escala HADS (Pág. 12).

**Figura 3.** Frecuencia del dolor según grado escala NRS (Pág. 14).

**Figura 4.** Recuento de las puntuaciones de las preguntas en la escala HADS (Pág. 17).

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

**CIP.** Código de Identificación Personal.

**DAP.** Dolor Agudo Postoperatorio.

**DCP.** Dolor Crónico Postoperatorio.

**EFIC.** Federación Europea de Secciones de la IASP.

**HADS.** Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

**IASP.** Asociación Internacional del Estudio del Dolor.

**IOBA.** Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada.

**LASIK.** Laser Assisted in Situ Keratomileusis.

**NRS.** Escala Numérica del Dolor.

**OMS.** Organización Mundial de la Salud.

**RMI.** Resonancia Magnética por Imágenes.

**SOS.** Síndrome del Ojo Seco.

**TFG.** Trabajo Fin de Grado.

**TFM.** Trabajo Fin de Máster.

**VAS.** Escala Visual Analógica.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la IASP el dolor es definido como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial descrita en términos de dicho daño” (1). Esta definición enfatiza las implicaciones que el humor y las emociones pueden tener sobre la percepción del dolor ya que el dolor es una experiencia compleja en la que interactúan fenómenos biológicos, psicológicos y sociales (2).

El dolor puede ser clasificado de diferentes formas: según su patogenia existe dolor nociceptivo y neuropático. El *dolor nociceptivo* surge por de la estimulación de los receptores del dolor, puede ser producido por la inflamación de los tejidos. Se trata del tipo de dolor más frecuente, suele ser constante, agudo o pulsátil, pero puede ser sordo. Normalmente responde bien a los tratamientos convencionales. El *dolor neuropático* está producido por una lesión directa del sistema nervioso central o de vías nerviosas periféricas. No suele responder bien a los tratamientos convencionales y requiere fármacos coadyuvantes. Además, existe el *dolor mixto* que es una combinación de ambos. Por otro lado, el *dolor psicógeno* es aquel en el interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo y es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia (3).

Según su duración existe el *dolor agudo* que es limitado en el tiempo y de presentación rápida y suele desaparecer cuando ha cedido el estímulo que lo origina. Y el *dolor crónico* que se extiende más de 3 o 6 meses desde su aparición, o más allá del período de curación de una lesión tisular, conlleva una pérdida de la función protectora convirtiéndose en una enfermedad con una gran carga psicológica y emocional que invalida y disminuye la calidad de vida (3).

El dolor crónico no deberá de ser considerado como un simple síntoma, se debe a mecanismos fisiológicos diferentes al dolor agudo, crea las bases para que aparezca un conjunto complejo de cambios fisiológicos y psicológicos los cuales son una parte integral del problema y que potencian grandemente el sufrimiento del paciente con dolor”(3).

Otro tipo de dolor a destacar, es el *dolor crónico postquirúrgico* (DCP). Es el dolor resultante de la transición del dolor agudo postoperatorio a crónico es un proceso complicado, desconocido y de interés en aumento en los últimos años (4).

Cualquier intervención quirúrgica implica dolor agudo postoperatorio (DAP) que normalmente va disminuyendo durante los siguientes días, paralelamente al proceso de reparación tisular. No obstante, en ciertas ocasiones dicho dolor perdura en el tiempo pudiendo conducir a la aparición de unos síndromes dolorosos crónicos severos e invalidantes (4).

La definición más utilizada hasta el momento de dolor crónico postoperatorio (DCP) es la de *Macrae et al*, posteriormente redefinida por *Werner et al* y que engloba las siguientes pautas: Dolor persistente al menos tres meses posterior a la cirugía, que no estuviera presente previamente a la misma, o con características diferentes y/o intensidad aumentada al existente previamente a la cirugía y localizado en el área quirúrgica o a un área referida con exclusión de otras posibles etiologías de dolor (4,5).

El DCP es mucho más común y más grave de lo que se pensaba anteriormente, con consecuencias de gran alcance para la calidad de vida y la función de los afectados (5).

El dolor crónico está considerado como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Europea de Secciones de la IASP (EFIC); amenaza que se encuentra paralelamente en aumento con el aumento de la esperanza de vida (OMS 1996). Se trata de un problema de salud que conlleva importantes repercusiones físicas, sociales y psíquicas, afectando también en las actividades de la vida diaria de los pacientes teniendo una gran influencia en la calidad de vida, por lo que resulta prioritario su abordaje (6).

## 1.1 Medida del dolor

El dolor es un síntoma subjetivo y difícil de medir. Hasta el momento para su cuantificación se dispone de escalas validadas como es la escala numérica (NRS), la escala visual analógica (VAS) o la escala de caras entre otras (7).

Generalmente, se evidencian algunas limitaciones ya que no se mide la intensidad del dolor sin contemplar otros componentes como la angustia y la depresión. Además, el seguimiento de estos pacientes resulta complicado debido al uso de definiciones variables para la cronicidad, en particular con respecto al marco de tiempo aplicado para la medición (entre 2 y 12 meses). Por otro lado es importante saber diferenciar entre dolor e incomodidad esta última caracterizada por fotofobia, ardor, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño (8).

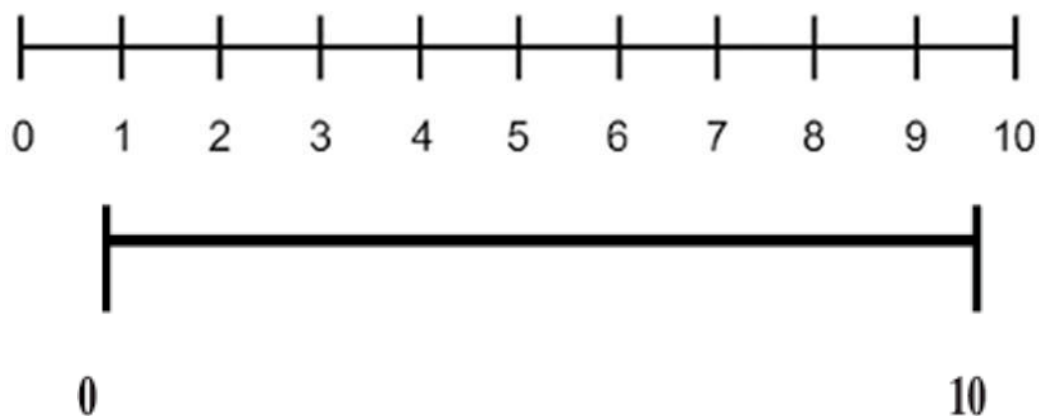


Figura 1. Numerical Rating Scale (NRS) y Escala Visual Analógica (VAS).

## 1.1 Dolor ocular

El dolor ocular crónico constituye uno de los dolores menos conocidos y más difíciles de diagnosticar que afecta en gran medida a la calidad de vida de aquellos que lo padecen, consumiendo una gran cantidad de recursos sanitarios (9).

El dolor oftalmológico puede ser intenso y percibirse como punzante, difuso o pulsátil, o bien puede sentirse solo una ligera irritación de la superficie del ojo o una sensación de cuerpo extraño (9,10).

La córnea es la capa transparente situada delante del iris y de la pupila, es la estructura más densamente inervada del cuerpo humano y, es muy sensible al



dolor. El aumento de la esperanza de vida lleva implícito un aumento de los procedimientos quirúrgicos a los que nos sometemos y que pueden estar relacionados con la aparición de dolor ocular crónico postoperatorio (10).

Los expertos aseguran que el dolor ocular es una de las consultas oftalmológicas más frecuentes que tienen en la práctica clínica diaria. “El mayor problema al que nos enfrentamos los profesionales es que ninguna de las medidas o tratamientos es absolutamente efectiva de forma aislada, y además el tratamiento suele ser largo, caro y de resultados lentos. Y por eso los pacientes van de un especialista a otro en busca de una solución definitiva” (10).

## **1.2 Calidad de vida**

Los trastornos psicológicos que se evidencian con mayor frecuencia en pacientes con dolor crónico son, en primer lugar, los trastornos de ansiedad, y en segundo lugar los trastornos afectivos, específicamente la depresión. Se considera que existe una relación entre el dolor ocular crónico y la calidad de una vida de un paciente (15).

Para su medida existen diferentes escalas validadas como es la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD-Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS, *Zigmond y Snaith*, 1983) ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física (11,12). Otro cuestionario utilizado para medir la calidad de vida es el Cuestionario SF-36, compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud (13).

## 2. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico es uno de los problemas socio sanitarios de mayor importancia, tanto por su elevada frecuencia y la importancia de sus repercusiones en las actividades de la vida diaria de los pacientes, como por los costes sanitarios, económicos y sociales que esto conlleva para la sociedad europea (6).

El estudio “Pain in Europe” indica que el 19% de la población europea adulta sufre algún tipo de dolor crónico, y además una gran mayoría de ellos refieren haberlo experimentado durante más de cinco años, produciendo un efecto devastador en la vida de los pacientes, provocando una importante afectación en su calidad de vida y trastornos psicológicos asociados (14). Dolor crónico y depresión son dos de los problemas de salud más frecuentes que hoy en día se encuentran los profesionales de atención primaria, además la depresión es un diagnóstico de comorbilidad muy frecuente en pacientes con dolor crónico. (15).

En cuanto al DCPO, las estimaciones de incidencia y severidad varían sustancialmente dependiendo de la metodología utilizada. Aparece en aproximadamente uno o dos de cada diez pacientes quirúrgicos. Numerosos estudios observacionales muestran que el 2.2% de los pacientes postoperatorios notifican DCPO severo (5). En la cirugía LASIK aproximadamente el 20-55% de los pacientes sometidos a ella informan de síntomas oculares persistentes tras 6 meses de la operación según los estudios disponibles (16).

Hasta el momento, no hay ningún estudio detallado sobre este problema. Además, el dolor crónico corresponde a una de las líneas de investigación de la estrategia Horizonte 2020 (14).

La presencia de depresión en una condición de dolor persistente está asociada a una mayor intensidad del dolor, constituyendo un potente factor de riesgo de incapacidad. Cuando el dolor persiste en el tiempo la ansiedad anticipatoria se transforma en emociones desadaptativas (16).

Teniendo en cuenta la relevancia de los síntomas emocionales y la correspondencia reportada entre ansiedad y depresión con el dolor crónico y el impacto de esta en otras variables, se plantea la presente investigación con el propósito de evaluar si existen patrones de asociación entre depresión y ansiedad y dolor ocular crónico.

### **3. PREGUNTA INVESTIGACIÓN**

¿Cómo y hasta qué punto se ve afectada la calidad de vida de las personas con dolor ocular crónico?

### **4. HIPÓTESIS**

La calidad de vida en pacientes con dolor ocular crónico se ve alterada de manera negativa en pacientes afectando así en su vida diaria, aumentando los niveles de estrés y ansiedad.

### **5. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

1. Analizar la calidad de vida de pacientes con dolor ocular crónico mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

#### **Objetivos específicos:**

1. Estudiar las posibles alteraciones de la calidad de vida en pacientes con dolor ocular crónico.
2. Evaluar la presencia de ansiedad mediante la subescala de ansiedad.
3. Evaluar la presencia de depresión mediante la subescala de depresión.
4. Observar la existencia de correlaciones entre la calidad de vida y el dolor ocular crónico.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Diseño**

Este trabajo se encuentra englobado dentro del siguiente estudio “Evaluación del dolor crónico en pacientes post-operados de cirugía refractiva corneal” (PI 15-301). Se trata de un estudio observacional, trasversal realizado durante los meses de noviembre de 2015 a diciembre de 2018 en las dependencias del IOBA. El trabajo del presente TFG se ha basado en revisar los cuadernos de investigación, recopilar los datos necesarios en una base de datos y la realización del análisis estadístico y elaboración del Trabajo Fin de Grado.

### **6.2 Población, muestra y tamaño muestral**

La población de estudio está formada por los voluntarios que han participado en el estudio “Evaluación del dolor crónico en pacientes post-operados de cirugía refractiva corneal” (PI 15-301) que hayan completado los cuestionarios de dolor y ansiedad y depresión y padezcan dolor ocular crónico con una duración superior a 3 meses.

### **6.3 Criterios de inclusión y exclusión**

Pacientes participantes en el estudio “Evaluación del dolor crónico en pacientes post-operados de cirugía refractiva corneal” (PI 15-301). Se incluyeron pacientes de ambos sexos, raza caucásica, entre 18 y 60 años y con dolor ocular crónico postoperatorio superior a 3 meses.

### **6.4 Instrumentos**

-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Cuestionario autoadministrado de 14 ítems (rango 0-42). Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) (Anexo III) cada una de ellas tiene 7 ítems,

(rango 0-21) valorados según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. Los puntos de corte para el padecimiento de comorbilidad psiquiátrica según la validación en castellano se sitúan en 12 puntos, respecto al resultado global, para la subescala de ansiedad el punto de corte es 8 puntos, y 5 para la depresión (17).

-Para la medida del dolor se utilizó la escala de 11 puntos Numerical Rating Scale (NRS). Escala numerada del 0-10, donde 0 es la ausencia y 10 el máximo dolor imaginable; el dolor se clasificará como no dolor con puntuaciones de 0 a 1, leve de 2 a 4, moderado de 5 a 7 y severo de 8 a 10. El paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma (11).

### **6.5 Duración del estudio y procedimiento**

El desarrollo del presente trabajo ha tenido un transcurso de 6 meses. Su comienzo fue en diciembre de 2019 y su finalización en junio de 2020.

Durante este periodo de tiempo se analizaron en profundidad los datos proporcionados a través de la escala HADS (Hospital anxiety and depression scale) y la escala de dolor NRS (Numerical Rating Scale) en busca de posibles asociaciones entre los diferentes aspectos de la calidad de vida y dolor.

Además, se ha recurrido a diversas bases de datos para la complementación de la información, entre ellas destacan: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) o Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.), así como el uso Google Scholar/Académico para búsqueda de artículos académicos y UvaDOC para la búsqueda de TFG y TFM anteriores.

### **6.6 Consideraciones ético-legales**

El estudio dentro del cual se enmarca este Trabajo Fin de Grado cuenta con las aprobaciones de la Comisión de Investigación del Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) y del Comité Ético del Hospital Clínico Universitario (Anexo I).

Todos los pacientes que participaron en dicho estudio firmaron un consentimiento informado previamente aprobado por el comité correspondiente. Debido al desarrollo actual de dicho proyecto y a la confidencialidad de los datos, no es posible adjuntar en este trabajo la hoja de información al paciente ni el consentimiento informado.

Previo al comienzo de la realización de este Trabajo Fin de Grado, además se solicitó la aprobación de la Comisión de Investigación del IOBA, de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la provincia de Valladolid y al Comité Ético del Hospital Clínico (Anexo II).

Para garantizar la privacidad y anonimato de los datos se incluyó el número de Código de Identificación Personal (CIP) en lugar del nombre completo del paciente. Además, la investigación se llevo a cabo siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

### **6.7 Análisis estadístico**

Los datos fueron anonimizados, codificados y almacenados con el programa Excel de Microsoft 2010. El análisis de los mismos se llevo a cabo con el software: "Statistical Package for the Social Sciences" IBM SPSS Statistics versión 24.

Se realizó el test de Kolmogorov-Smirnov para analizar la normalidad del total de la muestra y Shapiro-Wilk para estudiar la normalidad dentro de cada grupo.

Las variables cualitativas (sexo, cefaleas y medicación con Gabapentinas, ansiolíticos, analgésicos, antidepresivos) se expresaron como frecuencias absolutas y relativas (n y porcentajes). Las variables cuantitativas que siguen una distribución compatible con la normalidad (edad, subescala Ansiedad HADS, subescala depresión HADS y total HADS) se expresan como media  $\pm$  desviación estándar. Las variables cuantitativas que no cumplen la normalidad (años con

síntomas y NRS dolor) como medianas y rangos intercuartílicos [Percentil 25-Percentil 75].

El contraste de hipótesis para las variables paramétricas se realizó con la prueba ANOVA DE UN FACTOR y para las no paramétricas con Kruskal-Wallis y el Test de Chi-Cuadrado. Se estudiaron correlaciones con los Test de Pearson (paramétricas) y Spearman (no paramétricas). Para todos los análisis efectuados se estableció el nivel de significación  $p < 0,05$ .



## 7. RESULTADOS

Han sido incluidos 104 pacientes con dolor ocular crónico con una edad media de  $39,51 \pm 9,53$  (rango 23-63), de los cuales 69 son mujeres (66,3%) y 35 hombres (33,7%).

El grado de dolor medio es de  $5,07 \pm 3,18$  puntos según la escala NRS lo que se traduce en un dolor moderado, y la duración del mismo varia entre 0,92 meses y 22,92 años, con  $7,38 \pm 4,99$  años de media. 60 (57,7%) pacientes tienen un dolor  $>4$  puntos, entre moderado y severo.

La frecuencia de dolor estudiada mediante la pregunta 3 del cuestionario OSDI indica que la mayor parte de los pacientes (26,9%) tienen dolor “la mitad del tiempo” con una mediana de 2,00 [1,00-3,00].

Casi la mitad de los participantes (44,2%) presenta cefaleas de manera frecuente.

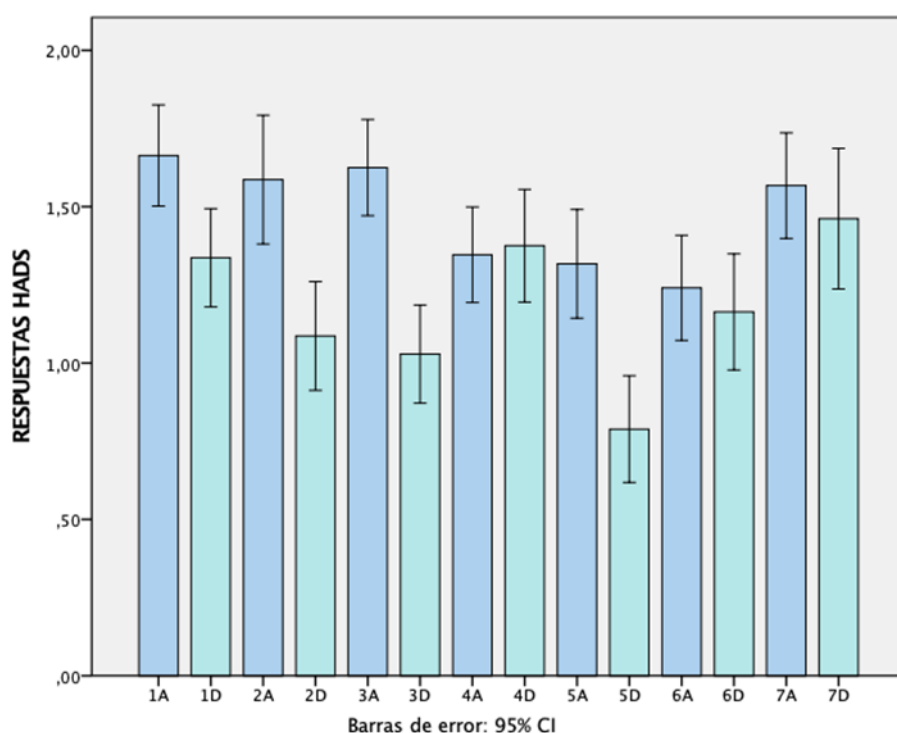
No se observó un alto uso de analgésicos, ya que algunos pacientes refieren que ningún fármaco calma su dolor y por ello no toman nada a pesar de no tener controlado su dolor. Solo un 15,4 % de los pacientes utiliza analgésicos (paracetamol, ibuprofeno, enantyum, naproxeno, nolotil, celecoxib y gabapentinas).

Las puntuaciones respecto a la escala HADS fueron de 18,58 de media y una mediana de 18,50 [12,00-25,00] , lo que indica niveles patológicos. 79 pacientes (76%) presentan valores patológicos en el HADS. Un 89,4% de los pacientes presenta valores alterados de ansiedad con un grado medio de  $10,34 \pm 4,90$ . Un 51,4% presenta valores alterados en la subescala de depresión con un grado medio de depresión de  $8,24 \pm 5,00$  puntos.

Tan solo un 15,4% del total de los pacientes toman ansiolíticos (alprazolam, diazepam, Lorazepam, tranxilium, cloxazolam, clonazepam, bromazepam) y solo un 15,4% antidepressivos (triptizol, venlafaxina, duloxetina, paroxetina, amitriptilina, deprax, escitalopramal).

Según las respuestas proporcionadas por los participantes (Fig. 2) podemos observar, que dentro de la subescala de ansiedad la pregunta con mayor puntuación de respuesta es la 1A “Me siento tenso o nervioso “con una media de  $1,66\pm 0,83$ .

La pregunta 3A “Tengo la cabeza llena de preocupaciones” es la segunda con mayores puntuaciones, con una media de  $1,62\pm 0,79$ . El resto de preguntas oscilan entre el 1,20-1,58 de media. La pregunta que obtuvo la menor puntuación fue la número 6 “Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme” con una media de  $1,24\pm 0,86$ .



**Figura 2.** Media de respuestas en las preguntas de la escala HADS.

Respecto a la subescala de depresión, se observó que con una media de  $1,46\pm 1,15$  la pregunta 7D “Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o TV” es la que muestra mayores alteraciones. El resto de preguntas oscilan entre medias de 0,78 a 1,37 puntos. Y la que obtuvo menor puntuación fue la pregunta 5D “He perdido interés por mi aspecto personal” con una media de  $0,78\pm 0,87$  puntos.

### Clasificación de los pacientes según grupos de dolor.

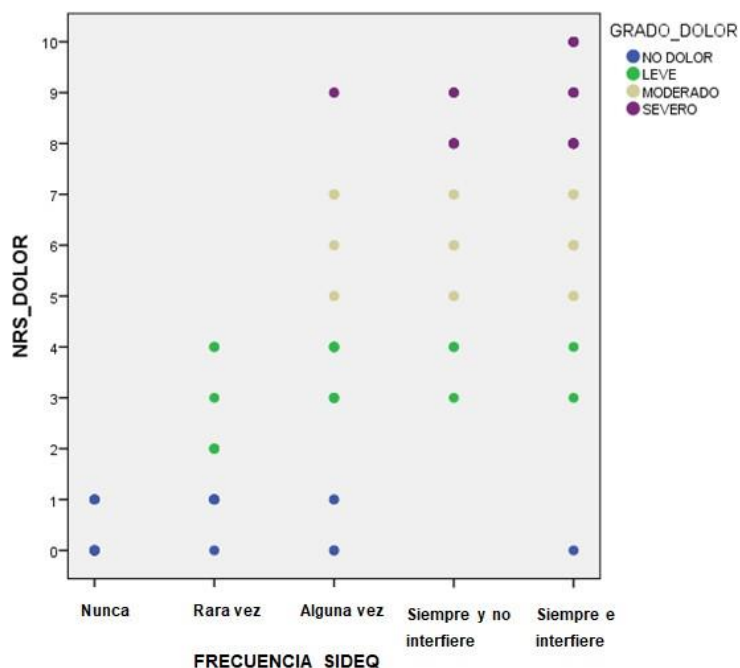
De acuerdo con nuestros resultados, 24 pacientes no reportaron dolor (23,1%); 20 pacientes reportaron un dolor leve (19,2%), 29 pacientes reportaron un dolor moderado (27,9%) y 31 pacientes reportaron dolor severo (29,8%) (Tabla 1). Las edades entre los grupos son homogéneas ( $p=0,122$ ) así como también lo es la distribución de sexos ( $p=0,191$ ). Existen diferencias significativas en los años durante los cuales estos voluntarios llevan sufriendo dicha sintomatología ( $p=0,045$ ) siendo significativamente más elevado en el grupo de dolor severo.

**Tabla 1.** Clasificación de los pacientes según su grado de dolor.

GRADO DE DOLOR	NO DOLOR (0-1) (n: 24)	DOLOR LEVE (2-4) (n:20)	DOLOR MODERADO (5-7) (n:29)	DOLOR SEVERO(8-10) (n:31)	p- valor
Edad (media±DE)	38,37±7,49	40,90±9,96	36,65±10,11	42,16±9,64	0,122
Sexo femenino n (%)	16 (66,7)	16(80)	15(51,7)	22(71)	0,191
Años con síntomas (media±DE)	7,39±4,75	6,82±5,77	7,07±4,54	8,01±5,20	0,045*
Cefaleas n(%)	7(29,2)	8(40)	19(65,5)	12(38,7)	0,045*
Tto con gabapentinas n(%)	0	0	0	3(9,7)	0,064
Tto con ansiolíticos n(%)	4(16,7)	3(15)	6(20,7)	3(9,7)	0,697
Tto con analgésicos n(%)	1(4,2)	2(10)	5(17,2)	5(16,1)	0,456
Tto con antidepresivos n(%)	0	3(15)	5(17,2)	8(25,8)	0,071
Ansiedad HADS n(%)	18(75)	17(85)	29(100)	29(93,5)	0,021*
Depresión HADS n(%)	7(29,2)	7(35)	19(65,5)	21(67,7)	0,006*
Comorbilidad psiquiátrica n(%)	15(62,5)	11(55)	27(93,1)	26(83,9)	0,005*

DE: Desviación estándar; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

Además, los datos recogidos mediante la escala SIDEQ demuestran que a mayor grado de dolor, la frecuencia del mismo aumenta (Fig. 3).



**Figura 3.** Frecuencia del dolor según grado escala NRS.

La presencia de cefaleas es significativamente mayor en el grupo de pacientes con dolor moderado ( $p=0,045$ ).

No existen diferencias significativas entre el uso de fármacos por grupos, aunque es el grupo de dolor moderado el que más recurre al uso de ansiolíticos y analgésicos. Solo los pacientes con dolor severo recurren al uso de gabapentinas como tratamiento analgésico. Sin embargo, el uso de antidepresivos está más extendido en el grupo de dolor severo (25,8%) (Tabla 1).

Según los resultados de la subescala de ansiedad, más del 75% de los pacientes de cada grupo sufren ansiedad. Siendo el grupo de dolor moderado (100%) y severo (93,5%) en los que se obtuvo mayores frecuencias. Existen diferencias significativas entre los grupos ( $p=0,021$ ). El 100% de los pacientes con dolor moderado sufren ansiedad y además, en todos los grupos de dolor más de la mitad de los usuarios también la padecen.

Por otra parte, aunque el porcentaje de pacientes con depresión es inferior al de ansiedad, también existen diferencias significativas entre los grupos ( $p=0,006$ ) tanto del grupo de dolor moderado (65,5%) como severo (67,7%) superan el 65% de los pacientes con depresión.

Por último, más del 50% de los pacientes con dolor ocular crónico tienen comorbilidad psiquiátrica. Observándose un aumento significativo del porcentaje de pacientes con comorbilidad psiquiátrica en relación al grado de dolor ( $p=0,005$ ).

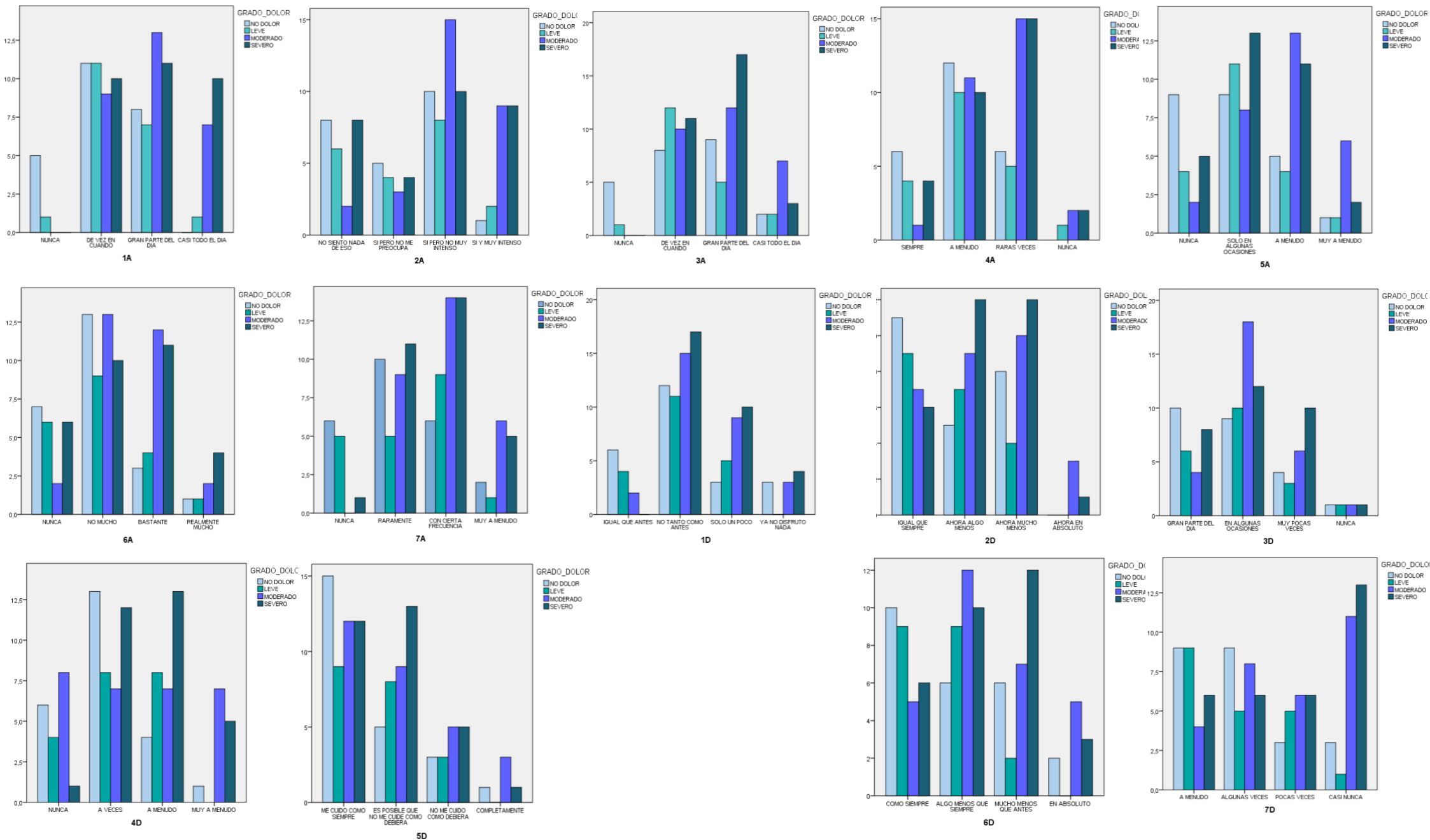


Figura 4. Recuento de las puntuaciones de las preguntas en la escala HADS.

La pregunta de la subescala de ansiedad con mayores puntuaciones en pacientes con dolor severo es 1A “Me siento tenso y nervioso” ya que un 32,2% de ellos lo siente durante todo el día (Tabla 3) (Anexo IV).

También, en líneas generales se evidencia un aumento de la media de respuesta en las preguntas conforme el grado de dolor aumenta.

Se observó que con una media de  $1,46 \pm 1,15$  la pregunta siete de la subescala de depresión “Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o TV” es la que muestra mayor grado de depresión debido a que tiene la media más elevada con respecto a las otras preguntas. El resto de preguntas oscilan entre medias de 0,78 a 1,37 puntos. Y la que obtuvo menor puntuación fue la pregunta cinco “He perdido interés por mi aspecto personal” con una media de  $0,78 \pm 0,87$  puntos (Tabla 4) (Anexo V).

Se considera que los pacientes cuya puntuación en las subescalas sea mayor de 12 es un probable caso de ansiedad / depresión, por ello se observa mayor nivel de ansiedad que de depresión en la comparación de las dos figuras ya que las medias de las respuestas a las preguntas son más elevadas en la ansiedad. Asimismo, como ocurrió anteriormente con la subescala de ansiedad, la de media de respuesta a las preguntas de la subescala de depresión también va en aumento con el grado de dolor.

Se observó una relación directa significativa de tipo alta entre las variables subescala ansiedad con la subescala depresión ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,795$ ), además de una relación directa significativa muy alta de estas ( $p < 0,001$   $r = 0,950$ ;  $r = 0,940$ ) con la variable total HADS. Y una relación directa significativa de tipo leve entre la variable escala NRS con la subescala de ansiedad ( $p = 0,001$ ,  $r = 0,312$ ), la subescala depresión ( $p = 0,002$   $r = 0,299$ ) y el total HADS ( $p = 0,001$ ,  $r = 0,315$ ). No se encontraron correlaciones entre el grado de dolor y el uso de ansiolíticos ( $p = 0,697$ ) y antidepresivos ( $p = 0,071$ ).

## 8. DISCUSIÓN

Nuestro estudio confirma la existencia de la mencionada asociación entre el padecimiento de dolor crónico y la afectación psicológica. Algunos autores plantean la duda de si la depresión es posterior al establecimiento del dolor crónico o si posibles cuadros depresivos agravan la percepción del dolor. Hay estudios que demuestran que pacientes con depresión pre-existente es más probable que desarrollen dolores crónicos y migrañas (18). Sin embargo, otros estudios señalan que la depresión es una consecuencia del padecimiento del dolor (19).

No es sorprendente el alto porcentaje de pacientes que presentaron ansiedad, ya que muchos estudios han demostrado su coexistencia. Sin embargo, sí es sorprendente que normalmente los trastornos de ansiedad ocupan el segundo lugar, después de la depresión, en la comorbilidad psicológica en las poblaciones con dolor crónico y en nuestro caso la ansiedad fue mucho más reportada (20). Es difícil discernir entre estas tres afectaciones, el dolor, la ansiedad y la depresión presentan un desarrollo similar con la participación de neurotransmisores como serotonina, norepinefrina, ácido gamma amino butírico y otros neuropéptidos y en los estudios realizados por RMI este tipo de pacientes muestran activación en las mismas áreas cerebrales (21).

Son varios los estudios (24, 25, 27) que demuestran que pacientes con dolor crónico, en forma recurrente presentan mayor prevalencia de ansiedad que en la población general. *Cabrera et al* (25) demostraron, mediante el uso de la misma escala, que existe una prevalencia de ansiedad y depresión superior a 70 y 50% respectivamente en pacientes con fibromialgia respecto de la población en general. *Morales-Vigil et al* (27) también reportaron que un 38.6 % de pacientes con dolor neuropático y 32.3 % con nociceptivo presentaron ansiedad y un 40.9 % de pacientes con dolor neuropático y 35.3 % con nociceptivo presentaron depresión y además el padecimiento de estas comorbilidades agravan los síntomas principales y empeoran su curso y evolución (27). Hay que tener en cuenta que los datos de ansiedad y depresión en la población sin dolor suelen ser entre 3-13% y 8-15% respectivamente (24).



Hasta donde nosotros sabemos, este es uno de los primeros estudios en estudiar la calidad de vida en pacientes con dolor ocular crónico. El dolor ocular crónico es uno de los dolores menos conocidos hasta el momento, y resulta muy complicado tanto su diagnóstico como su tratamiento ya que no existen protocolos estandarizados en la actualidad.

En el trabajo realizado por *Satitpitakul et al* (22), se estudió el dolor ocular crónico en pacientes con SOS; la media de dolor medido con la escala NRS fue de  $4,10 \pm 2,30$  puntos con baja frecuencia según la pregunta 3 del cuestionario OSDI. Presentando los pacientes de dicho estudio menor grado de dolor, cabe reseñar que su consumo de antidepresivos (38,1%) y de ansiolíticos (28,9%) es bastante mayor que en nuestros pacientes siendo el consumo de antidepresivos y de ansiolíticos de estos últimos, de un 15,4%.

Además, según los resultados obtenidos se demuestra que el hecho de padecer dolor ocular crónico esta íntimamente relacionado con padecer depresión y está ampliamente demostrado que el consumo de antidepresivos puede agravar la sequedad ocular y por tanto puede aumentar la percepción de dolor (23). Como ocurre en el anterior estudio (22) en el que la gravedad del dolor ocular se asoció significativamente con el uso de medicamentos antidepresivos, debido a un aumento de la media de este ( $4.9 \pm 2.5$ ).

Todas las publicaciones analizadas junto con el presente estudio indican la alta probabilidad de afectación a la calidad de vida de un paciente que sufre cualquier tipo de dolor crónico.

Es una realidad que las Unidades de Dolor en la actualidad cuentan con largas listas de espera. El artículo de *Galindo et al* (28) resalta la importancia del trabajo sobre la depresión y ansiedad en pacientes con dolor crónico. Para conseguir calidad de vida en un paciente con dolor crónico es fundamental el papel multidisciplinar de los profesionales de las Unidades de Dolor.

Para poder reducir el dolor crónico se debe valorar si el tratamiento analgésico es efectivo o, si por el contrario, el paciente tendrá que vivir con dolor lo que le resta de vida (en la mínima intensidad posible). Una vez analizado esto, lo

siguiente será diseñar estrategias para que el paciente se sienta funcional en las diferentes situaciones de la vida, evitando así la catastrofización, asociada con la intensidad del dolor y la depresión. Es importante trabajar en desviar el foco de atención de la experiencia dolorosa, ya que esto, generalmente proporciona al paciente percepción de control y autoeficacia, determinantes cognitivos importantes para el ajuste al dolor (28).

### **8.1 Limitaciones**

Las principales limitaciones del trabajo fueron:

1. Dificultad a la hora de realizar la parte estadística sobre la que disponía de poco conocimiento.
2. Imposibilidad de realizar reuniones durante el primer cuatrimestre debido al erasmus por lo que el tiempo para revisar los cuadernillos de los pacientes y pasarlos a la base de datos ha sido escaso, además de durante la segunda mitad del cuatrimestre debido al COVID-19.
3. Escasez de estudios encontrados evaluando el dolor ocular crónico en relación con la calidad de vida.
4. Difícil medición del dolor debido a su subjetividad

### **8.2 Fortalezas**

Se han hallado las siguientes fortalezas:

1. Bajo coste económico, no requiere material ni personal específico.
2. Las escalas utilizadas ya estaban validadas por lo que no se tuvo que realizar ninguna escala desde cero.
3. Alto número de participantes en el estudio realizado (n= 104).

### **8.3 Aplicaciones a la práctica clínica**

En lo que compete a la profesión sanitaria, se sugiere la implantación de protocolos en la consulta oftalmológica para evaluar el dolor crónico de manera más continuada y temprana y así poder realizar educación sanitaria para estos pacientes con el fin de ayudar a mejorar su calidad de vida y su afrontamiento al dolor crónico.

Se proponen como futuras líneas de investigación la ejecución de más estudios similares al presente debido a la escasez de artículos similares encontrados, utilizando las mismas escalas (HADS, NRS) para evaluar la calidad de vida de los pacientes y así poder contrastar la validez de los resultados obtenidos.

Sería interesante realizar más cantidad de estudios, sobre todo en España, para poder analizar que terapia farmacológica sería la adecuada a utilizar con estos pacientes que padecen dolor ocular crónico refractario a los tratamientos convencionales y padecen una gran afectación en su calidad de vida.

En las unidades de dolor, todavía el tema del dolor ocular crónico es bastante desconocido y como ya se ha comentado anteriormente, sería interesante continuar realizando investigaciones en este sentido para poder conocer los mecanismos del dolor subyacentes y encontrar tratamientos eficaces. Desde el punto de vista de enfermería, la atención a los pacientes con dolor crónico es muy importante tanto para realizar una valoración exhaustiva y conocer el dolor de cada paciente, como para realizar un seguimiento de los tratamientos pautados así como para orientar en diferentes estrategias de afrontamiento cuando los pacientes tienen que convivir con el dolor.

## **9. CONCLUSIONES**

1. La calidad de vida de los pacientes con dolor ocular crónico se ve afectada de manera considerada.
2. Existe una elevada disposición de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes.
3. El dolor ocular crónico conlleva un aporte negativo psicológicamente a los pacientes que lo padecen, siendo más influente en los niveles de ansiedad que de depresión.
4. La intensidad del dolor está relacionada de manera directa con la depresión agravando los síntomas de este.
5. Los pacientes que sufren con mayor frecuencia el dolor tienen un dolor más intenso que los que lo padecen con menor frecuencia.
6. Se detectó una peor aceptación y mayor grado de ansiedad y depresión en los pacientes que presentan mayores niveles de dolor y se considera muy importante tener en cuenta la valoración que cada paciente hace de su dolor a nivel individual.
7. La adherencia terapéutica es muy baja en estos pacientes debido a su baja efectividad en el tratamiento del dolor.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979;6(3):249-52.
2. Woo A. Depression and Anxiety in Pain. Reviews in Pain. 2010;4(1):8-12.
3. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona). 2005;28(3).
4. G. Jordá E. Cualquier alteración oftalmológica que curse con dolor puede asociar dolor neuropático. El Médico Interactivo [Internet]. 2019 [cited 25 February 2020];. Available from: <https://elmedicointeractivo.com/cualquier-alteracion-oftalmologica-que-course-con-dolor-puede-asociar-dolor-neuropatico/>
5. Ribera H, Esteve N, Garrido JP. La transición de dolor agudo postoperatorio a crónico: ¿qué sabemos?. Rev Soc Esp Dolor 2012; 19(4): 197-208.
6. Niv D, Devor M. Chronic Pain as a Disease in its Own Right. Pain Practice. 2004;4(3):179-181.
7. Sobas EM, Videla S, Maldonado MJ, Pastor JC. Ocular pain and discomfort after advanced surface ablation: an ignored complaint. Clinical Ophthalmology. 2015; 9: 1625-1632.
8. Dolor ocular - Trastornos oftálmicos - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2020 [cited 8 February 2020]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-oft%C3%A1lmicos/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-oculares/dolor-ocular>.
9. Merskey H, Bogduk N, editors. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Task Force on Taxonomy. 1994, revised. Seattle: IASP Press; 2011
10. Patricia Lavand'homme, Esther Pogatzki-Zahn. Dolor Crónico Postquirúrgico: Definición, Impacto, y Prevención. IASP 2017. Available from: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/Spanish/4.%20Dolor%20Cronico%20Postquirurgico.pdf>
11. Quiles MJ, van-der Hofstadt C J, Quiles Y. Pain assessment tools in pediatric patients: a review (2ndpart). Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 360-369.

12. Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*. 2015; 31(2):494.
13. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(2):135-150.
14. Vázquez Hernández A, Velasco González V, Martínez Plaza E, Sobas Abad EM. Dolor ocular crónico: una entidad desconocida. *SEEOF*; (25).
15. Rusu A, Santos R, Pincus T. Pain-related distress and clinical depression in chronic pain: A comparison between two measures. *Scandinavian Journal of Pain*. 2016; 12(1):62-67.
16. Levitt EA, Galor A, Weiss J S, Felix E R, Martin E R, Patin D J, Sarantopoulos K D, Levitt R C. Chronic dry eye symptoms after LASIK: parallels and lessons to be learned from other persistent post-operative pain disorders. *Mol Pain*. 2015; 11: 21. doi: 10.1186/s12990-015-0020-7
17. Herrero M, Blanch J, Peri J, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(4):277-283.
18. Von Korff M 1 , Le Resche L , Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*. 1993;55(2):251-8.
19. Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H, Rosomoff R. Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review. *The Clinical Journal of Pain*. 1997;13(2):116-137.
20. Woo A. Depression and Anxiety in Pain. *Reviews in Pain*. 2010;4(1):8-12.
21. Delitto A, George S, Van Dillen L, Whitman J, Sowa G, Shekelle P et al. Low Back Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2012;42(4):A1-A57.
22. Satitpitakul V, Kheirkhah A, Crnej A, Hamrah P, Dana R, Determinants of Ocular Pain Severity in Patients with Dry Eye Disease, *American Journal of Ophthalmology* (2017), doi: 10.1016/j.ajo.2017.05.009.
23. Wong J, Lan W, Ong L, Tong L. Non-hormonal Systemic Medications and Dry

- Eye. *The Ocular Surface*. 2011;9(4):212-226.
24. Margarita González A. Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(4):610-617.
  25. Cabrera V, Martín-Aragón M, Terol M, Núñez R, Pastor M. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*. 2015;33(3):181-193.
  26. Fishbain DA, Goldberg M, Steeler, Rosomoff H. Compensation and noncompensation chronic pain patients compared for DSM-III operational diagnosis. *Pain* 1988; 32:197-206.
  27. Tania Morales-Vigil et al. Ansiedad y depresión en dolor neuropático y nociceptivo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (5): 479-484.
  28. Galindo Vázquez O, Álvarez Avitia M, Alvarado Aguilar S. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*. 2013;10(0).

## Anexo I. Aprobación del estudio inicial por el Comité Ético de Investigación Clínica de Área de Salud Valladolid – Este.

### COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)

Valladolid a 24 de Septiembre de 2015

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE del 24 de Septiembre de 2015, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 15-301	EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES POST-OPERADOS DE CIRUGÍA REFRACTIVA CORNEAL.	ESTEVE I.P.: MIGUEL MALDONADO LOPEZ EQUIPO: EVA MARÍA SOBAS, AMANDA VAZQUEZ HERNANDEZ IOBA RECIBIDO: 07-09-2015
-----------	--	--

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.  
CEIC Área de Salud Valladolid Este –  
Hospital Clínico Universitario de  
Valladolid Farmacología  
Facultad de Medicina,  
Universidad de  
Valladolid, c/ Ramón y  
Cajal 7, 47005  
Valladolid  
[alvarez@med.uva.es](mailto:alvarez@med.uva.es),  
[jalvarezgo@saludcastillayleon.es](mailto:jalvarezgo@saludcastillayleon.es)  
tel.: 983 423077



## Anexo II. Aprobación del TFG por el Comité Ético de Investigación Clínica de Área de Salud Valladolid – Este.

Avda. Ramón y Cajal, 3 – 47003 Valladolid Tel.: 983 42 00 00 – Fax 983 25 75 11  
gerente.hcuv@saludcastillayleon.es

### COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 23 de enero de 2020

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 23 de enero de 2020, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 20-1584 TFG	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR OCULAR CRÓNICO	I.P.: EVA M. SOBAS ABAD, AMANDA VAZQUEZ. EQUIPO: PAULA JAÑEZ VÁZ- QUEZ UVA/IOBA RECIBIDO: 08-01-2020
-------------------	--	---

A continuación, les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VA-LLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.  
CEIm Área de Salud Valladolid Este  
Hospital Clínico Universitario de  
Valladolid Farmacología, Facultad de  
Medicina, Universidad de Valladolid,  
c/ Ramón y Cajal 7,47005  
Valladolid alvarez@med.uva.es,  
jalvarezgo@saludcastillayleon.es  
tel.: 983 423077

### Anexo III. Preguntas escala HADS.

Tabla 2. Preguntas escala HADS.

HADS- A Subescala ansiedad
1. Me siento tenso/a o nervioso/a.
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente.
9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estomago”.
11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.
13. De repente experimento sensación de gran angustia o temor.
HADS- D Subescala depresión
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.
6. Me siento alegre.
8. Me siento lento/a y torpe.
10. He perdido el interés por mi aspecto personal.
12. Tengo ilusión por las cosas.
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o TV.

**Anexo IV. Relación de las respuestas de la subescala de ansiedad HADS con el grado de dolor.**

**Tabla 3.** Relación de las respuestas de la subescala de ansiedad HADS con el grado de dolor.

	<b>No dolor</b> n:24 n(%)	<b>Dolor leve</b> n: 20 n(%)	<b>Dolor moderado</b> n: 29 n(%)	<b>Dolor severo</b> n:31 n(%)	<b>P- valor</b>
<b>1.Me siento tenso o nervioso (MEDIA±DE)</b>	1,12±0,74	1,40±0,68	1,93±0,75	2±0,81	0,000
Nunca	5(20,8)	1(5,0)	9(31,0)	0(0)	
De vez en cuando	11(45,8)	11(55)	13(44,8)	10(32,3)	
Gran parte del día	8(33,3)	7(35)	7(24,1)	11(35,5)	
Casi todo el día	0(0)	1(5)	0(0)	10(32,3)	
<b>2.Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder</b>	1,16±0,96	1,30±1,03	2,06±0,84	1,64±1,17	0,008
No siento nada de eso	8(33,3)	6(30)	2(6,9)	8(25,8)	
Si pero no me preocupa	5(20,8)	4(20)	3(10,3)	4(12,9)	
Si pero no muy intenso	10(41,7)	8(40)	15(51,7)	10(32,3)	
Si y muy intenso	1(4,2)	2(10)	9(31)	9(29)	
<b>3.Tengo la cabeza llena de preocupaciones</b>	1,33±0,91	1,40±0,75	1,89±0,77	1,74±0,63	0,044
Nunca	5(20,8)	1(5)	0(0)	0(0)	
De vez en cuando	8(33,3)	12(60)	10(34,5)	11(35,5)	
Gran parte del día	9(37,5)	5(25)	12(41,4)	17(54,8)	

Casi todo el día	2(8,3)	2(10)	7(24,1)	3(9,7)	
<b>4.Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente</b>	1,00±0,72	1,15±0,81	1,62±0,67	1,48±0,81	0,014
Siempre	6(25)	4(20)	1(3,4)	4(12,9)	
A menudo	12(50)	10(50)	11(37,9)	10(32,3)	
Raras veces	6(25)	5(25)	15(51,7)	15(48,4)	
Nunca	0(0)	1(5)	2(6,9)	2(6,5)	
<b>5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago “.</b>	0,91±0,88	1,10±0,78	1,79±0,86	1,32±0,83	0,003
Nunca	9(37,5)	4(20)	2(6,9)	5(16,1)	
Solo en algunas ocasiones	9(37,5)	11(55)	8(27,6)	13(41,9)	
A menudo	5(20,8)	4(20)	13(44,8)	11(35,5)	
Muy a menudo	1(4,2)	1(5)	6(20,7)	2(6,5)	
<b>6.Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme</b>	0,91±0,77	1,00±0,85	1,48±0,73	1,41±0,95	0,027
Nunca	7(29,2)	6(30)	2(6,9)	6(19,4)	
No mucho	13(54,2)	9(45)	13(44,8)	10(32,3)	
Bastante	3(12,5)	4(20)	12(41,4)	11(35,5)	
Realmente mucho	1(4,2)	1(5)	2(6,9)	4(12,9)	
<b>7.De repente experimento sensación de gran angustia o temor</b>	1,16±0,91	1,30±0,92	1,89±0,72	1,74±0,77	0,010

Nunca	6(25)	5(25)	0(0)	1(3,2)	
Raramente	10(41,7)	5(25)	9(31)	11(35,5)	
Con cierta frecuencia	6(25)	9(45)	14(48,3)	14(45,2)	
Muy a menudo	28,3)	1(5)	6(20,7)	5(16,1)	

**Anexo V. Relación de las respuestas de la subescala de depresión HADS con el grado de dolor.**

**Tabla 4.** Relación de las respuestas de la subescala de depresión HADS con el grado de dolor.

	<b>No dolor</b> n:24 n(%)	<b>Dolor leve</b> n: 20 n(%)	<b>Dolor moderado</b> n: 29 n(%)	<b>Dolor severo</b> n:31 n(%)	<b>P-valor</b>
<b>1.Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre</b>	1,12±0,94	1,05±0,68	1,44±0,78	1,58±0,71	0,050
Igual que antes	6(25,0)	4(20,0)	2(6,9)	17(54,8)	
No tanto como antes	12(50,0)	11(55,0)	15(51,7)	10(32,3)	
Solo un poco	3(12,5)	5(25,0)	9(31,0)	4(12,9)	
Ya no disfruto de nada	3(12,5)	0(0)	3(10,3)	0(0)	
<b>2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.</b>	0,87±0,89	0,75±0,78	1,31±0,96	1,25±0,81	0,080
Igual que siempre	11(45,8)	9(45,0)	7(24,1)	6(19,4)	
Ahora algo menos	5(20,8)	7(35,0)	9(31,0)	12(38,7)	
Ahora mucho menos	8(33,3)	4(20,0)	10(34,5)	12(38,7)	
Ahora en absoluto	0(0)	0(0)	3(10,3)	1(3,2)	
<b>3.Me siento alegre</b>	0,83±0,86	0,95±0,82	1,13±0,69	1,12±0,84	0,359
Gran parte del día	10(41,7)	6(30,0)	4(13,8)	8(25,8)	
En algunas ocasiones	9(37,5)	10(50,0)	18(62,1)	12(38,7)	
Muy pocas veces	4(16,7)	3(15,0)	6(20,7)	10(32,3)	
Nunca	1(4,2)	1(5,0)	1(3,4)	1(3,2)	

<b>4.Me siento lento y torpe</b>	1,00±0,78	1,20±0,76	1,44±1,15	1,70±0,78	0,030
Nunca	6(25)	4(20)	8(27,6)	1(3,2)	
A veces	13(54,2)	8(40,0)	7(24,1)	12(38,7)	
A menudo	4(16,7)	8(40,0)	7(24,1)	13(41,9)	
Muy a menudo	1(4,2)	0(0)	7(24,1)	5(16,1)	
<b>5. He perdido el interés por mi aspecto personal</b>	0,58±0,88	0,70±0,73	0,96±1,01	0,83±0,82	0,405
Me cuido como siempre	15(62,5)	9(45,0)	12(41,4)	12(38,7)	
Es posible que no me cuido como debiera	5(20,8)	8(40,0)	9(31,0)	13(41,9)	
No me cuido como debiera	3(12,5)	3(15,0)	5(17,2)	5(16,1)	
Completamente	1(4,2)	0(0)	3(10,3)	1(3,2)	
<b>6.Tengo ilusión por las cosas</b>	1,00±1,02	0,65±0,67	1,41±0,98	1,38±0,91	0,016
Como siempre	10(41,7)	9(45,0)	5(17,2)	6(19,4)	
Algo menos que siempre	6(25,0)	9(45,0)	12(41,4)	10(32,3)	
Mucho menos que antes	6(25,0)	2(10,0)	7(24,1)	12(38,7)	
En absoluto	2(8,3)	0(0)	5(17,2)	3(9,7)	
<b>7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o TV.</b>	1,00±1,02	0,90±0,96	1,82±1,10	1,83±1,18	0,002
A menudo	9(37,5)	9(45,0)	4(13,8)	6(19,4)	
Algunas veces	9(37,5)	5(25,0)	8(27,6)	6(19,4)	
Pocas veces	3(12,5)	5(25,0)	6(20,7)	6(19,4)	

Casi nunca	3(12,5)	1(5,0)	11(37,9)	13(41,9)	
------------	---------	--------	----------	----------	--