

# Documento Técnico GNEAUPP N°VI

" A dor durante a mudança de penso"<sup>1</sup>

## GNEAUPP

### Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

#### Documento de posicionamiento EWMA 2002

<sup>1</sup> Adoptado como Documento GNEAUPP previa autorização da European Wound Management Association. Autores : M. Briggs (Investigador de la Universidad de Leeds e Ajudante de Direcção, Centro de Análise em Enfermagem e Práticas Profissionais, Leeds, Reino Unido) e Joan Enric Torra i Bou ( Coordinador Unidade Interdisciplinar de Feridas Crónicas. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. Subdirector GNEAUPP). Título original : A dor durante a mudança de penso: guía de tratamiento.

TRADUCCION:

**LOURDES MUÑOZ HIDALGO**

DUE. Enfermeira de Família  
Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas (Coimbra, Portugal)  
Responsável de Enfermagem pela Área de Diabetes e Pé Diabético  
Especialista no Cuidado e Tratamento de UPP e Feridas Crónicas pelo GNEAUPP  
Membro do GNEAUPP, EWMA e GAIF

### Elementos chave

1. Os métodos de tratamento da dor durante a mudança de penso estão subutilizados pelos profissionais de saúde.
2. A dor causada por feridas é de natureza multidimensional e os profissionais deveriam adoptar um enfoque integral no que respeita ao seu tratamento.
3. Torna-se essencial que os utentes recebam uma combinação de técnicas que lhes ajudem a ultrapassar a dor durante os tratamentos incluindo uma boa preparação, uma eleição apropriada material de penso e uma analgesia adequada.

## **INTRODUÇÃO**

A dor é um fenómeno complexo, subjectivo e perceptivo influenciado por factores sociais, emocionais, psicológicos e fisiológicos. O tratamento eficaz da dor é indispensável para a prestação com qualidade dos cuidados de saúde e depende da capacidade dos profissionais para a compreensão do impacto que esses factores têm sobre o utente. Sabe-se que a dor é uma componente importante na vida das pessoas com feridas crónicas, e afecta de forma negativa a qualidade de vida dos utentes e dos seus cuidadores. É fundamental a investigação para a compreensão das estratégias de tratamento, assim como para o reconhecimento, avaliação e controlo da dor, relacionada com as feridas crónicas.

Este artigo dá particular importância à experiência clínica dos autores e aos fundamentos básicos da fisiologia da dor com a finalidade de oferecer recomendações de boas práticas quando se trata a dor durante a mudança de penso. Devido à grande complexidade e dimensão do tema, salientámos o tratamento da dor na remoção dos pensos em adultos com feridas crónicas exceptuando queimaduras.

### **Magnitude do problema**

Vários estudos evidenciaram que os utentes com feridas crónicas encontram-se geralmente submetidos a mudanças de pensos que podem agravar a sua dor. Num estudo multinacional recente, os profissionais de saúde identificaram o momento da remoção do penso como a etapa mais dolorosa; resultando particularmente problemático quando o penso adere à ferida ou quando na remoção retira parte da pele. A sensação de dor também é fácil acontecer durante o desbridamento de esfacelos e placas necróticas, durante a aplicação de antissépticos e durante a realização de certos procedimentos de lavagem de feridas. Estas questões são complexas e tratá-las não é o objectivo deste documento.

### **Aspectos profissionais**

A maior parte dos profissionais de saúde são conscientes da dor relacionada com as feridas, contudo, os profissionais de Enfermagem não abordam de uma maneira eficaz a dor causada durante a mudança e manipulação de pensos. Choniere et al detectou que os profissionais não administravam, por vezes, a medicação prescrita aos utentes com queimaduras, antes do procedimento curativo, inclusivamente perante dores classificadas como de moderadas e severas. Um estudo realizado por Kitson determinou que a falta de conhecimento por parte dos profissionais de Enfermagem era um obstáculo para que os próprios agissem adequadamente no tratamento de dores pós-operatórias. Por isso, se torna necessária a investigação para a compreensão do porquê os métodos de controlo da dor não são utilizados, na sua totalidade, principalmente na mudança de pensos.

## **MODELOS DE DOR**

Observou-se que os profissionais de Enfermagem poderiam utilizar como defesa social o “afastamento” e a “reprovação” perante a sensação de serem geradores de dor no utente; estas estratégias poderiam originar práticas infrutíferas, se usadas em excesso.

Em 1995 Krasner apresentou uma das primeiras iniciativas na aplicação de um modelo para a dor em feridas crónicas. Apontou para um modelo útil na demonstração da discriminação entre o tipo de dor base associada à etiologia subjacente da ferida e a dor causada na ferida pelo tratamento (dor iatrogénica), como no caso de mudança de penso.

Importante é, para os profissionais, a compreensão que a dor procedente de feridas é naturalmente multidimensional. O esforço para fornecer uma estrutura da complexa experiência da dor gerou vários modelos, como o das três dimensões da dor (a sensorial, a afectiva e a cognitiva) proposta por Melzack e Casey em 1968.

## **Dimensões da dor**

**A dimensão sensorial** facilitará informação sobre o quanto dói uma ferida e a que se assemelha (por exemplo, as sensações físicas de ter uma ferida). Após o deterioro tissular inicial, a resposta inflamatória sensibiliza os receptores da dor na pele. Isto, ajuda à pessoa na localização da ferida e na extensão da mesma para poder protegê-la. No caso de uma ferida aguda, esta dor diminui na cura; porém, nas feridas crónicas o impacto de uma resposta inflamatória prolongada pode fazer com que o utente apresente uma sensibilidade aumentada da ferida (hiperalgesia primária) e a pele adjacente (hiperalgesia secundária). Como resultado da manipulação repetida existe um aumento da dor ou estímulos nocivos, o utente tem a sensação que qualquer estímulo sensorial é percebido como dor (alodinia).

Isto supõe ainda mais uma complicação porque as feridas implicam uma lesão nervosa e alguns utentes podem experimentar sensações modificadas,

resultantes da resposta nevrálgica (dor neuropática). Inclusivamente a mais insignificante sensação, como a mudança de temperatura ou tumefacção, pode provocar uma resposta exagerada procedente do sistema nervoso central, fazendo que o utente sinta uma dor intolerável (alodinia). Os nervos lesados podem também gerar "libertações ectópicas" produzindo, por exemplo dor repentina e aguda numa perna sem motivo aparente. Este tipo de dor não responde normalmente a analgésicos e necessita de antidepressivos e antiepilépticos para a modificação da actividade nervosa.

As complicações na cicatrização das feridas, como a infecção e a isquémia, poderiam causar ainda mais dor; no entanto, são necessários estudos mais pormenorizados para a compreensão do impacto destas e outras complicações, como a maceração, dentro da sensação geral da dor.

Podemos deparar-nos, igualmente, com uma dor associada a patologias subjacentes, as quais poderiam ou não estar relacionadas com a própria ferida e incluir doença vascular periférica, neuropatia diabética, artrite (por exemplo, reumatóide), problemas dermatológicos (por exemplo, eczema) e tumores malignos.

### **Dimensão afectiva**

Referente ao impacto emocional da dor, por exemplo, como é sentida ou percebida pelo utente. Medo, ira, ansiedade, pena, depressão, irritabilidade e fadiga são sensações típicas que podem exacerbar, o serem exacerbadas, pela resposta à dor por parte do utente.

### **Dimensão cognitiva**

Relacionada com as atitudes e crenças dos utentes sobre a dor, o que eles acreditam é a causa da mesma e as estratégias que utilizam para a ultrapassagem da sua experiência de dor. Aqueles utentes que estiveram expostos previamente à dor durante a mudança de penso podem lembrar a mesma e estarem preocupados perante a perspectiva de voltar a sentir dor não-aliviada.

### **Dimensão sociocultural**

Dobson considera que existe mais uma dimensão, a sociocultural, que descreve o impacto que tem, sobre a rede familiar e social, uma ferida que dói durante um tempo prolongado. Podendo esta, adquirir influências de factores culturais, morais e sociais.

## **AVALIAÇÃO DA DOR**

Não existe uma "receita mágica" para a prática profissional nesta circunstância complexa e as dimensões descritas anteriormente não deveriam ser consideradas como uma "check list" onde o utente é submetido a classificação. O efeito relativo destas dimensões pode variar de um utente a outro e até um mesmo utente pode oscilar entre uma dimensão e outra dependendo do tempo e das circunstâncias. Igualmente, compete a todo profissional de saúde tomar

consciência da complexidade do entorno em que trabalha para oferecer um cuidado personalizado baseado na compreensão e confiança dos seus utentes. Portanto, é importante para os profissionais adoptar um enfoque amplo e integral no tratamento da dor. A avaliação deveria começar com o diálogo sobre a dor com o utente, observando as respostas do mesmo. Juntamente, existem escalas validadas para a pontuação da intensidade da dor, tendo a sua utilização um importante papel para a determinação da mesma. A Escala de pontuação verbal (EPV) dispõe de bons índices de satisfação e, especialmente, resulta de grande vantagem para utentes idosos uma vez que é considerada menos complicada na hora de esclarecer, que outros instrumentos existentes. Inclusivamente, para aqueles utentes demenciados ou desorientados poderiam ser bem sucedidas, pelo menos uma das escalas disponíveis. No entanto, independentemente da escala utilizada torna-se importante a aplicação de sempre a mesma escala no momento de pretender a correcta comparação de resultados. Estes poderiam servir como documentação à hora de informar sobre a eleição de um potente analgésico ou do concerto da dose em futuras intervenções. Como parte do enfoque sistemático do tratamento da dor, é recomendada a incorporação das dimensões que se identificam a continuação da avaliação da dor.

#### **Tabela 1. Identificação da dor neuropática**

1. A pele ou a ferida estão mais sensíveis ao tacto?
2. Percebe sensações desagradáveis na ligeira fricção da pele?
3. A dor é semelhante a uma queimadura, formigueiro ou cócegas?
4. A dor é súbita e sem motivo aparente, por exemplo: descarregas eléctricas, dor repentina, dor persistente?
5. Houve mudança de temperatura na zona dorida? Pode descrever a sensação como de ardor e latejante?

Adaptado de Bennett 2001

#### **Dor existente relacionada com a ferida**

Na literatura sobre queimaduras, o objectivo é a obtenção de dor zero antes das mudanças de pensos. No entanto, é necessária a continuação da investigação para estabelecer as metas no caso da dor em feridas crónicas e na dor crónica de feridas, uma vez que muitos utentes vivem constantemente com algum grau ou nível de dor. Se o utente tem queixas de dor antes da remoção do penso, devemos questionar-nos o porquê da dor e identificar a causa subjacente para a aplicação de medidas adequadas na diminuição da mesma.

#### **Dor neuropática**

O tratamento eficaz da dor neuropática implica a consulta com um especialista da dor. Na tabela 1 identificam-se alguns sinais e sintomas que podem utilizar-se para o reconhecimento de algum elemento neuropático relacionado à experiência da dor.

#### **Factores sócio culturais/ansiedade**

A determinação de factores socioculturais que possam afectar o utente no momento da mudança de penso é importante. Por exemplo, um mesmo utente pode reagir de distinta maneira segundo seja tratado num hospital, centro de saúde ou domicílio, à frente de familiares, cuidadores ou profissionais de saúde. Utentes com demência ou desorientação podem não achar necessária a realização de penso, pelo que seria essencial maior disponibilidade temporária para a explicação, tantas vezes como necessária, da realização do acto, igualmente, poderemos ter que recorrer à ajuda de terceiros durante o procedimento.

O utente pode ter umas experiências de dor anteriores durante a mudança de penso, sentindo medo de sentir mais dor. A determinação das crenças do utente sobre as causas da dor e o que pode aliviá-la é fundamental para a abordagem. Com frequência, os utentes não demonstram ansiedade mas a utilização de um simples inquérito como a Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalar poderia ser de utilidade na identificação de utentes com risco. Este questionário pode ser preenchido pelos utentes em 5 minutos e é utilizado normalmente em clínicas de tratamento da dor, com o objectivo da identificação de em que grau contribui a ansiedade à dor.

## **TRATAMIENTO DA DOR**

Os analgésicos poderão reduzir a intensidade e duração da dor, mas só um analgésico local que bloqueie a região poderá eliminar, por completo, a sensação de dor. Resulta, por tanto, fundamental, que os utentes recebam apoio mediante a combinação de técnicas que os ajudem a ultrapassar a dor durante a mudança de penso.

## **Farmacológicos**

### **Analgesia**

Antes da mudança de penso têm de ser avaliados os requisitos do utente em relação à analgesia. No caso da existência de dor, subjacente à ferida ou devida a outras patologias, for apenas controlada, deve ser revisado o esquema analgésico que recebe o utente e se necessário derivar ao especialista. No entanto, não podemos esperar pela reavaliação terapêutica pelo especialista na dor crónica, pelo que entretanto deveriam aplicar-se os princípios básicos relativos a um óptimo tratamento da dor. A Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma tabela de analgésicos como guia útil no ajuste da dosagem e intensidade do nível de dor. Senecal aplicou este instrumento à dor provocada por feridas, recomendando as etapas a seguir para a consecução de uma correcta analgesia, encontram-se descritas na tabela 2.

Recomenda-se que o analgésico utilizado não demore muito em atingir o pico máximo, que seja ajustado facilmente aos requisitos da mudança e produza os mínimos efeitos secundários possíveis, apesar que a eleição final do fármaco virá condicionada pelos antecedentes do utente, a intensidade da dor e o ambiente assistencial.

Um assunto importante na recomendação analgésica específica é a falta de avaliação clínica sobre o impacto dos analgésicos na dor causada por feridas e

na cicatrização; embora isto não justifique o pouco uso de terapêutica uma vez que a necessidade para aliviar o sofrimento do utente se torna bem patente quando o utente qualifica os procedimentos como dolorosos.

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) actuam de modo periférico inibindo a enzima ciclooxigenasa (COX) que transforma o ácido araquínóico, liberado das paredes das células danificadas, em prostaglandinas inflamatórias. Os AINE reduzem consideravelmente a dor mas podem originar úlceras gástricas, disfunções renais, bem como hemorragias prolongadas por uma coagulação defeituosa. Ainda está por avaliar o efeito dos AINE na cicatrização das feridas. No entanto, o risco de hemorragia prolongada e a diminuição das necessidades da resposta inflamatória devem tomar-se em consideração antes de iniciar o tratamento com AINE.

As enzimas específicas AINE COX-2, recentemente desenvolvidas, não inibem a síntese completa das prostaglandinas mas sim actuam de maneira selectiva sobre aquelas responsáveis da transmissão da dor. Inclusivamente com estas melhoras dos AINE, só por si, não se alivia a dor em situações agudas.

Os opiáceos leves, como a codeína, administrados até uma hora antes do procedimento, podem aliviar a dor e mesmo manter o efeito analgésico após a realização dos mesmos. Pode ser necessária a administração de opiáceos mais fortes, como a buprenorfina ou morfina, quando a intensidade da dor seja tal que afecte negativamente a capacidade do utente de suportar os tratamentos.

A tomada de analgésicos orais e a aplicação tópica de analgésicos locais podem aliviar a intensidade da dor. Uma recente meta-análise de estudos nos que era usado o creme EMLA durante o desbridamento demonstrou uma diminuição significativa, desde o ponto de vista da estatística, da intensidade da dor. A utilização tópica de morfina em feridas, utilizando como veículo de transporte um hidrogel, também deu resultados promissórios no que a cuidados paliativos se refere. No entanto, é necessária a continuação da investigação para a determinação da utilização mais eficaz destes produtos.

O Entonox, um gás anestésico, administrado pelo próprio utente, é composto por oxigénio e óxido nitroso, deveria tomar-se em consideração nos tratamentos dolorosos. Generalizou-se a utilização em meio hospitalar e é valorizado pela rápida acção analgésica. Porém, deveria utilizar-se Entonox enquanto a duração do tratamento e não sendo recomendada a utilização prolongada para o alívio de dor generalizada.

**Tabela 2. Etapas recomendadas na administração de analgésicos para dores relacionadas com as feridas**

**Etapas 1:** Utilizar AINE ± anestesia local.

**Etapas 2:** Adicionar um opiáceo leve (se possível por via oral)

**Etapas 3:** Substituição do opiáceo leve por analgésico opiáceo forte.

Adaptado de Senecal 1999

## **Não farmacológicos**

### **Diminuição da ansiedade**

O tempo prévio dedicado antes da remoção do penso é considerado um tempo bem empregado. Conversar com o utente sobre o nível de dor que é esperado

experimentar, junto de uma explicação das medidas que se iniciarão para a diminuição da dor, ajudarão o utente a experimentar menor sensação de ansiedade e dor. Aqueles utentes que experimentam maior dor da esperada durante o tratamento, infundirão menos confiança no profissional de Enfermagem que lhes trata, e por tanto, demonstrarão maior ansiedade no futuro, perante a mesma situação.

A ansiedade e a dor são influenciadas por factores fisiológicos e psicológicos. A ansiedade gera uma resposta autónoma (por exemplo: aumento da tensão muscular e batimentos cardíacos) enquanto que a atenção que é dirigida à dor, as experiências prévias e o significado da dor contribuem, no total, na interpretação dos estímulos dolorosos. O impacto destes factores sobre a dor que experimenta o utente está longe de ser esclarecido e pode ser objecto de futuras investigações.

Smith et al propuseram a aplicação de algumas medidas fundamentais para a diminuição da sensação de ansiedade durante os tratamentos dolorosos. Estas medidas aplicaram-se no contexto da mudança de penso (tabela 3). Existem grandes possibilidades de criatividade no enfoque apresentado para o tratamento da ansiedade mediante a abstracção, como pode ser, a utilização de musicoterapia, devendo negociar sempre com o utente cada uma de estas medidas.

### **Eleição e remoção do penso**

A eleição do penso para que na remoção diminuam o estímulo sensorial da zona sensibilizada pela própria ferida, é fundamental. Os pensos, como as compressas, que primeiro aderem à pele e depois arrancam-na, enviam mais informação para os receptores cutâneos que os pensos que criam um ambiente húmido, uma vez que são removidos mais facilmente. Os produtos como o gel de silicone são recomendados para a diminuição da dor e traumatismo, durante a remoção do penso. Os hidrogeles, as hidrofibras, os alginatos e os produtos com gel de silicone foram bem valorizados pelos profissionais que participaram num estudo internacional sobre a dor e traumatismo, considerados como os menos passíveis de produzir dor durante a mudança de penso. Um estudo realizado por Dykes et al constatou que determinados pensos adesivos retiram a pele do utente na remoção do mesmo. O produto com silicone utilizado neste estudo apresentou mínimos efeitos traumáticos, apesar que o supracitado estudo se realizou num ambiente experimental sobre pele sã.

Na remoção do penso deve-se tentar a manipulação desnecessária da ferida e evitar lesar as frágeis estruturas implicadas na cicatrização, tanto dentro da ferida como na pele circundante. Dado que a maior parte de utentes podem ser tratados no domicílio, por cuidadores informais e familiares, é importante o ensino da manipulação dos pensos e aplicação de medidas para a diminuição da dor.

#### **Tabela 3. Métodos para reducir la ansiedad durante los cambios de apósito**

1. Determinar o que o utente identifica com gerador de dor e o que alivia a dor.
2. Convidar à participação tanto como queira, por exemplo: retirar o penso a ele próprio.
3. Incentivar o utente na respiração pausada mantendo o ritmo enquanto se remove o penso.
4. Fazer com que o utente marque o ritmo segundo ele prefira. Propor "time outs" indicando com a mão ou o dedo.

#### **Estratégias recomendadas para o alívio da dor durante a mudança de penso**

**Evitar o estímulo desnecessário sobre a ferida como podem ser as correntes de ar, a fricção ou toque da ferida.**

**Manipular as feridas com meiguice, sendo consciente que o mínimo contacto pode produzir dor.**

#### **Eleição de penso:**

- adequação para o tipo de ferida;
- manutenção do ambiente húmido para a redução das fricções na superfície da ferida;
- diminuição da dor e traumatismos durante a remoção;
- capacidade de permanecer na ferida para diminuir a frequência das mudanças.

#### **Reconsiderar a eleição em caso de:**

- a remoção gere dor, hemorragia ou traumatismo na ferida ou na pele circundante;
- a remoção de penso deve realizar-se através da humidificação da mesma.

Ler as instruções do fabricante respeito à técnica utilizada para a remoção do penso

### **Eleição do penso e dor contínua**

É importante avaliar o impacto da eleição do penso segundo a dor experimentada entre as mudanças de penso, uma vez que este factor influirá na dor que se sente durante a remoção do penso. Contudo, não se conhece exactamente a relação existente entre o penso e a dor experimentada sobre a superfície da ferida. Os pensos, que cobrem a ferida, apagam a lembrança visual da ferida, permitindo assim a realização das actividades diárias com normalidade, desviando a atenção da dor que esta provoca. Os pensos constituem, também, uma barreira para os estímulos mecânicos causados pelas forças tangenciais e de fricção. A oclusão ou absorção, também, podem alterar a composição do exsudado da ferida e o equilíbrio dos mediadores inflamatórios como as prostaglandinas presentes na ferida. Durante várias décadas se soube que os pensos que mantêm a ferida em ambiente húmido podem melhorar a cicatrização, resultando também menos dolorosos que os produtos tradicionais como as compressas. Enquanto as evidências favorecem a utilização de produtos actuais em detrimento da utilização de compressas e gazes parafinadas para aliviar a dor, ainda não existem informações fiáveis que demonstrem diferenças significativas entre os resultados obtidos por produtos recentes com propriedades comparáveis. Tal vez resulte importante dispor informação para identificar o impacto que causam os diferentes pensos sobre os diversos tipos e características das feridas. Por exemplo, um penso concebido para a absorção do exsudado, colocado sobre uma ferida ligeiramente exsudativa pode provocar dor por aspiração, ou poderia aderir à ferida causando fricção e produzindo contacto constante sobre a superfície da pele.

## CONCLUSÕES

As feridas sempre doem em maior ou menor medida mas dispomos de múltiplas possibilidades para o controlo do impacto da dor nos utentes. Perante os necessários tratamentos, podemos melhorar a capacidade de confrontar o desagradável através da avaliação, da preparação, de uma boa analgesia e de um elevado nível de técnica clínica, bem como a utilização de materiais de lavagem e pensos adequados. Os benefícios directos do alívio da dor nos índices de cura de feridas precisam de um estudo mais detalhado, embora simples facto de mostrar respeito, empatia e importância aos nossos utentes nos conferem a chave do que significa uma boa prática nos cuidados de saúde, fazendo com que os tratamentos sejam mais agradáveis tanto para os utentes como para os profissionais.

Os profissionais assistenciais possuirão conhecimentos na matéria e estarão motivados a fim de actuar na melhor maneira possível na atenção ao utente. Apesar que ainda faltam estudos sobre determinados tipos de feridas assim como de métodos mais apropriados para o tratamento, não é menos certo que já dispomos de conhecimentos por explorar e utilizar na prática diária.

## BIBLIOGRAFIA

1. Franks PJ, Moffatt CJ. Quality of life issues in patients with wounds. *Wounds* 1998; 10 (Suppl E): 1E. 9E.
2. Puntillo KA, White C, Morris AB et al. Patients. perceptions and responses to procedural pain: results from the Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2000; 10(4) 238.51.
3. Noonan L, Burge SM. Venous leg ulcers: is pain a problem? *Phlebology* 1998; 13: 14.19.
4. Szor JK, Bourguignon C. Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999; 26(3): 115.20.
5. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. *EWMA Position Document: Pain at wound dressing changes* 2002: 2.7.
6. Grocott P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J Community Nurs* 2000; 14(3): 31.
- 8.
7. Hollinworth H. Pain and wound care. Wound Care Society Educational Leaflet. Huntingdon, UK: Wound Care Society 2000; 7(2).
8. Hollinworth H, Collier M. Nurses. views about pain and trauma at dressing changes: results of a national survey. *J Wound Care* 2000; 9: 369.73.
9. Choniere M, Melzack R, Girard N et al. Comparisons between patients. and nurses assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain* 1990; 40: 143.52.
10. Kitson A. Postoperative pain management: A literature review. *J Clin Nurs* 1994; 3: 7.18.
11. Hollinworth H. Nurses. assessment and management of pain at dressing changes. *J Wound Care* 1995; 4(2): 77.83.
12. Franks PJ, Moffatt CJ. Who suffers most from leg ulceration? *J Wound Care* 1998; 7: 383.5.
13. Turk DC. Assess the person, not just the pain. Pain: Clinical Updates. International Association for the Study of Pain (IASP) 1993; 1(3).
14. Nagy S. Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. *J Adv Nurs* 1999; 29(6): 1427.33.

15. Krasner D. The chronic wound pain experience. *Ostomy Wound Manage* 1995; 41(3): 20.5.
16. Melzack R, Casey KL. The Skin Senses. Springfield IL 1968; 423.43.
17. McQuay HJ, Moore RA, Eccelston C et al. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assessment* 1997; 1(6): 75- 84.
18. Pasero CL. Procedural pain management. *Am J Nurs* 1998; 98(7):18.20.
19. Dobson F. The art of pain management. *Prof Nurse* 2000; 15(12): 786.90.
20. Jensen MP, Karoly P. Self report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk D, Melzack R (Eds). Handbook of Pain Assessment. New York: Guildford Press 1992; 135.52.
21. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera LA. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(8): 591.8.
22. Latarjet J. Pain management of dressing changes for patients with burns. *EWMA Journal* 2002; (In press).
23. Bennett M. The LANSS pain scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001; 92(1-2): 147.57.
24. Snaith PR, Zigmond A. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual. Nfer-Nelson, Berkshire, 1994.
25. World Health Organisation. Cancer Pain Relief (2nd ed). Geneva: WHO, 1996.
26. Senecal SJ. Pain management of wound care. *Nurs Clin North Am* 1999; 34(4): 847.60.
27. Heafield H. The management of procedural pain. *Prof Nurse* 1999; 15(2): 127- 9.
28. Choniere M. Burn pain: a unique challenge. Pain: Clinical updates. International Association for the Study of Pain (IASP) 2001; 9 (1).
29. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Oxford: The Cochrane Library, 2001; Issue 1 (Update Software, online or CDROM, updated quarterly).
30. Twillman RK, Long TD, Cathers TA et al. Treatment of painful skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17(4): 289.92.
31. Day A. Using Entonox in the community. *J Wound Care* 2001;10(4): 108.
32. Vingoe FJ. Anxiety and pain: terrible twins or supportive siblings? In: Gibson HB (Ed). Psychology, Pain and Anaesthesia. New York: Chapman and Hall 1994: 282.307.
33. Arntz A, Dressen L, Merckelbach H. Attention, not anxiety, influences pain. *Behav Res Ther* 1991; 29: 141.50.
34. Smith NK, Pasero CL, McCaffery M. Non-drug measures for painful procedures *Am J Nurs* 1997; 97(8): 18.20.
35. Angus JE, Faux S. The effect of music on adult postoperative patients. pain during a nursing procedure. In: Funk SG et al (Eds.). Key Aspects of Comfort: the management of pain, fatigue and nausea. New York: Springer 1989; 166- 72.
36. Briggs M. Surgical wound pain: trial of two treatments. *J Wound Care* 1996; 5(10): 456.60.
37. Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs* 2001 (Suppl); 10(22): S53.52.
38. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *J Wound Care* 2001; 10: 7.10.
39. Thomas S. Alginate dressings in surgery and wound management . part 2. *J Wound Care* 2000; 9(3): 115.19.
40. Dawson C, Armstrong MW, Fulford SC et al. Use of calcium alginate to pack abscess cavities: a controlled clinical trial. *J R Coll Surg Edinb* 1992; 37(3): 177.9.

41. Foster L, Moore P. The application of cellulose fibre dressings in surgical