

Ruth Barrios Jiménez

Berta Espallargues Dalmau

**QUALITAT DE VIDA I PROCÉS D'ADAPTACIÓ EN DONES ADULTES AMB CISTITIS
INTERSTICIAL.**

REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA NARRATIVA

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Maria Roser Cuesta Martínez

Grau en Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'infermeria

TARRAGONA 2026

AGRAÏMENTS

En primer lloc, voldríem agrair a la nostra tutora, la Dra. Maria Roser Cuesta Martínez, per la seva tutorització en aquest treball i per tota la dedicació que ha contribuït en el seu desenvolupament.

Seguidament, ens agradaria remarcar la tasca del professorat, que ens ha permès adquirir els coneixements necessaris durant els anys de carrera, així com la dels responsables de l'assignatura, per facilitar-nos tota la informació i recursos fonamentals.

A més, donar les gràcies a la família per acompanyar-nos i donar-nos suport, de la mateixa manera que a les amistats i companyes de classe amb qui hem pogut compartir dubtes i adversitats.

Per acabar, agrair la iaia d'una de nosaltres per compartir la seva experiència. És així com esperem que aquest treball sigui una recopilació que doni veu a les dificultats que es troba una dona que pateix la CI.

ÍNDIX

RESUM	7
1. INTRODUCCIÓ	9
Justificació	9
Pregunta de recerca	10
2. OBJECTIUS	11
3. MARC TEÒRIC	12
3.1 Cistitis intersticial: aspectes generals	12
3. 1. 1 Definició i fisiopatologia	12
3. 1. 2 Factors de risc i epidemiologia	13
3. 1. 3 Signes i símptomes	14
3. 1. 4 Diagnòstic i tractament	14
3.2 Definició de qualitat de vida	17
3. 3 Teoria de l'Adaptació de Callista Roy	19
4. METODOLOGIA	22
4.1 Disseny de l'estudi	22
4.2 Bases de dades consultades	22
4.3 Criteris de selecció	23
4.4 Procés i estratègia de cerca	23
4.5. Selecció de documents	25
4.6 Aspectes ètics	27
5. RESULTATS	28
6. DISCUSSIÓ	43
6.1 Vivència abans dels diagnòstic	43
6.2 Factors agreujants i protectors vinculats a la simptomatologia, suport social i atenció professional	45
6.3 Qualitat de vida	47
6.4 Adaptació a la nova realitat	49

7. CONCLUSIONS.....	51
8. LIMITACIONS I FUTURES LÍNIES DE RECERCA.....	53
9. BIBLIOGRAFIA.....	54
9. ANNEXES.....	58

Llistat d'abreviatures

CI: Cistitis intersticial

CRAI: Centre de Recursos per l'Aprenentatge i l'Investigació

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español

DeCS: Descriptors en Ciències de la Salut

DMSO: Dimetilsulfòxid

FEDER: Federació Nacional de Malalties Rares

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organització Mundial de la Salut

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PLISSIT:

PPS: El pentosà polisulfat

URV: Universitat Rovira i Virgili

Índex d'Imatges

Imatge 1: Lesió de Hunner en la bufeta abans d'una intervenció d'hidrodistensió.....	13
--	----

Índex de Taules

Taula 1: Paraules clau en termes de text lliure i en terminologia DeCS i MeSH.....	23
Taula 2: Resultats de l'estratègia de cerca bibliogràfica.....	25
Taula 3: Preguntes de la metodologia CASPe	27
Taula 4: Categorització i característiques dels articles seleccionats	32

Índex de Diagrames

Diagrama 1: Teoria d'Adaptació de Callista Roy	20
Diagrama 2: Sistemes Humans de la Teoria d'Adaptació de Callista Roy	21
Diagrama 3: Diagrama de Flux Metodologia PRISMA	26

Índex de Gràfics

Gràfic 1: Articles utilitzats respecte a cada base de dades	28
Gràfic 2: Articles utilitzats respecte anys de publicació	28
Gràfic 3: Països dels articles	29
Gràfic 4: Tipus de metodologia utilitzada en els articles	29
Gràfic 5: Subtipus de metodologia qualitativa dels articles.....	30
Gràfic 6: Subtipus de metodologia quantitativa dels articles	30
Gràfic 7: Temàtiques més destacades tractades en en els articles	31

RESUM

La cistitis intersticial és una malaltia poc freqüent que afecta majoritàriament les dones i provoca dolor crònic i simptomatologia urinària. A causa del desconeixement de la seva etiologia i fisiopatologia, sovint es produeix un retard en el diagnòstic i una incertesa pel que fa al tractament. En aquest context, és una condició que genera un deteriorament físic, psicològic i social, així com dificultats en l'adaptació.

L'objectiu del treball és determinar la qualitat de vida en dones adultes diagnosticades de cistitis intersticial, i definir el seu procés d'adaptació. En concret, els objectius específics són comprendre les diferents etapes que comporta aquesta condició, identificar els factors agreujants i protectors, i descriure el procés d'adaptació des de la perspectiva de la teoria de Callista Roy.

Aquest estudi es tracta d'una revisió bibliogràfica narrativa, feta a partir de la cerca en les bases de dades de PubMed, CINAHL i Scopus.

Els resultats s'han obtingut mitjançant la selecció de 12 articles internacionals, que s'ha utilitzat per una discussió posterior.

L'estudi conclou que les dones amb cistitis intersticial presenten una menor qualitat de vida. Així mateix, es confirma que les pacients passen per un procés d'adaptació estructurat en tres etapes: la de prediagnòstic, la de diagnòstic inicial i, finalment, la de cronicitat i adaptació. Tanmateix, es destaquen tres factors rellevants: els símptomes, el suport social i el desconeixement professional. També s'evidencia que tot el procés de la malaltia implica una adaptació constant i dinàmica. Tot i això, amb el pas del temps, les dones acaben acceptant la seva condició i tenen com a objectiu mantenir el millor control possible dels símptomes per preservar el seu benestar.

Paraules clau: cistitis intersticial, qualitat de vida, adaptació, dones adultes, experiències de vida.

ABSTRACT

Interstitial cystitis is a rare disease that mainly affects women and causes chronic pain and urinary symptoms. Due to limited knowledge about its etiology and pathophysiology, there is often a delay in diagnosis and uncertainty regarding its treatment. In this context, it is a condition that leads to physical, psychological and social deterioration, as well as to difficulties in the adaptation.

The aim of this study is to determine the quality of life of adult women diagnosed with interstitial cystitis and define their adaptation process. The specific objectives are to understand the different stages involved in this condition, to identify aggravating and protective factors, and to describe the adaptation process from the perspective of Callista Roy's theory.

This study is a narrative bibliographic review, based on a search of the Pubmed, CINAHL and Scopus databases.

The results were obtained by selecting 12 international articles, which were used for the subsequent discussion.

The study concludes that women with interstitial cystitis have a lower quality of life. It also confirms that patients undergo an adaptation process structured in three stages: the pre-diagnosis stage, the initial diagnosis stage, and finally, the chronicity and adaptation stage. On the other hand, three

relevant factors are highlighted: symptoms, social support and lack of professional knowledge. It is shown that the entire disease process involves constant and dynamic adaptation. However, over time, women end up accepting their condition and maintaining the best possible control of symptoms to preserve their well-being.

Key words: interstitial cystitis, quality of life, adaptation, adult women, life experiences.

1. INTRODUCCIÓ

Justificació

La cistitis intersticial (CI) és una malaltia rara caracteritzada per una inflamació crònica de la bufeta urinària. Els principals símptomes són el dolor pelvià crònic i la necessitat freqüent i urgent d'orinar. En molts casos, la CI progressa cap a una capacitat vesical molt reduïda, una elevada freqüència urinària i un dolor crònic insuportable (Moody & Fashokun, 2021).

Aquesta patologia es manifesta amb un deteriorament de la mucosa de la bufeta, i pot haver-hi la presència d'úlceres que afecten les arrels nervioses, provocant dolor neuropàtic (Lin et al., 2020).

Pel que fa a la seva prevalença, és una condició poc freqüent, 1 de cada 200-2000 dones pateixen aquesta malaltia i 1/2 de cada 2.450-12.000 homes. Per tant afecta majoritàriament les dones, entre un 85% i 90% dels casos.

És una malaltia amb incertesa respecte a la seva etiologia i patologia, fet que condueix a una dificultat diagnòstica i una manca de consens clínic, conjuntament amb un tractament heterogeni i de curta eficàcia.

Té un efecte incapacitant i provoca un deteriorament de la qualitat de vida de la persona qui la pateix, ja que s'hi veuen afectats aspectes físics, psicològics, domèstics, socials, sexuals i professionals.

Aquest Treball de Fi de Grau es durà a terme mitjançant una revisió bibliogràfica narrativa i té com a objectiu analitzar la repercussió de la CI en la qualitat de vida de les dones que la pateixen. Igualment, aquest avaluarà el seu procés d'adaptació al llarg del curs de la malaltia, enfocant-ho amb la Teoria d'Adaptació de Callista Roy.

L'aportació a la infermeria que és vol fer amb aquest treball és conèixer què recull la literatura científica sobre les dones diagnosticades amb cistitis intersticial, ja que es tracta d'una malaltia que cursa amb limitacions en les activitats de la vida diària i dolor crònic, entre altres, elements que es poden estudiar en un context infermer i resultar molt enriquidors per la professió

S'ha decidit la temàtica d'aquest treball per un interès personal. Una persona propera a una de les autores pateix aquesta malaltia i ha vist l'impacte que ha generat en la seva qualitat de vida, així també com la incertesa i la preocupació constant pel tractament de la

malaltia, les constants visites als hospitals, els canvis en l'estil de vida, la necessitat de seguir una dieta estricta o la reducció de la participació en esdeveniments socials i familiars.

Pregunta de recerca

Per tal d'adequar la cerca bibliogràfica, es planteja una pregunta estructurada tenint en compte la metodologia PICO.

Aquesta metodologia consisteix en agrupar quatre elements fonamentals per la cerca bibliogràfica amb una pregunta precisa i d'aquesta forma, dirigir l'estudi cap a una resposta pertinent.

En el present treball, els elements que configuren la pregunta de recerca son:

- Pacients (P): Estudis que investiguen sobre dones amb cistitis intersticial
- Intervenció (I): Comprendre la qualitat de vida descrita en la literatura.
- Comparació (C): En aquest treball no es compararà cap intervenció o coneixement.
- Resultats (O): Identificar el procés d'adaptació a la malaltia.

Així doncs, la línia de recerca del treball s'estructura al voltant de la pregunta de recerca inicial: Quina és la qualitat de vida en dones adultes diagnosticades de cistitis intersticial i quin és el seu procés d'adaptació?

2. OBJECTIUS

Objectius:

Objectiu general:

Determinar quina és la qualitat de vida en dones adultes diagnosticades amb cistitis intersticial; així com és el seu procés d'adaptació a aquesta malaltia a partir de la revisió de la literatura existent.

Objectius específics:

1. Comprendre quines són les diferents etapes per les quals passen les dones diagnosticades de cistitis intersticial.
2. Identificar els factors agreujants i factors protectors que generen un impacte en la qualitat de vida de les dones amb cistitis intersticial.
3. Descriure quin és el procés d'adaptació de les dones amb cistitis intersticial des de la visió de la teoria de Callista Roy.

3. MARC TEÒRIC

3.1 Cistitis intersticial: aspectes generals

3. 1. 1 Definició i fisiopatologia

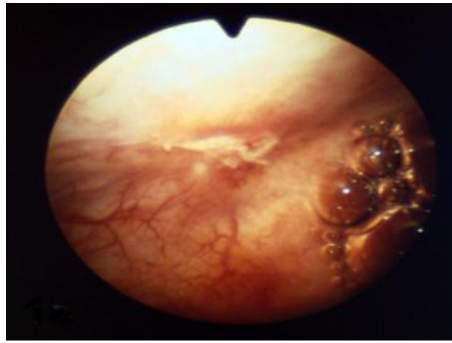
La cistitis intersticial (CI), també coneguda com la síndrome del dolor vesical, és una malaltia crònica que afecta la bufeta. Es caracteritza per dolor, pressió i malestar a la bufeta, acompanyats d'una necessitat freqüent i urgent d'orinar. La causa exacta de la CI no es comprèn bé i es pot deure a una combinació de factors (Gorozabel et al., 2025). Aquesta ocasiona una simptomatologia molt mal tolerada, provocant un gran impacte sobre la qualitat de vida de la persona.

El 1887, Alexander Skene va descriure la CI com un procés d'inflamació crònic amb destrucció parcial o total de la capa mucosa de la bufeta. Aquesta es pot estendre cap a la paret muscular i es caracteritza per quadres de dolor pelvià, juntament amb una simptomatologia que empitjora amb la distensió vesical i millora després de la micció. L'any 2002, aquest conjunt de manifestacions va passar també a denominar-se síndrome de bufeta dolorosa o síndrome de dolor vesical, termes utilitzats actualment.

La variabilitat simptomàtica i la seva presentació heterogènia provoca que romangui infradiagnosticada o que condueixi a llargs processos diagnòstics (Enríquez Enríquez, 2024).

Existeixen dos tipus diferents de CI; la de tipus Hunner i la de tipus no-Hunner. La primera es caracteritza per la presència de lesions de Hunner. Una lesió de Hunner es visualitza com una reacció inflamatòria típica: una àrea de mucosa enrogida amb petits vasos que irradien cap a una cicatriu, que es fissa amb la distensió. En canvi, la forma no-Hunner no presenta aquestes lesions (Whitmore et al., 2019).

Imatge 1: Lesió de Hunner en la bufeta abans d'una intervenció d'hidrodistensió



Font: Article Hunner lesion versus non-Hunner lesion interstitial cystitis/bladder pain syndrome (Whitmore et al., 2019)

La fisiopatologia de la cistitis intersticial és multifactorial. La disfunció vesical podria començar a partir d'una inflamació crònica d'etiologia desconeguda, que causa l'activació dels mastòcits i l'augment de l'apoptosi de les cèl·lules. Tot això provoca danys al teixit de la bufeta i fa augmentar la permeabilitat de la barrera urotelial. Aquest procés genera una inflamació del sistema nerviós central i altera la regulació dels receptors nociceptius. Això és el que provocaria el dolor vesical característic de la cistitis intersticial.

La gravetat de la inflamació de la paret vesical està relacionada amb la gravetat dels símptomes de la CI. (Jhang et al., 2022). Aquesta inflamació és més gran en les bufetes amb lesions de Hunner en comparació amb la inflamació en bufetes sense lesions de Hunner (Jhang et al., 2022).

3. 1. 2 Factors de risc i epidemiologia

Els factors de risc de la CI descrits a la literatura indiquen que patir trastorns gastrointestinals i anomalies urològiques en edats infantils eleven el risc de patir CI en l'edat adulta, juntament amb la síndrome d'intestí irritable i infeccions de forma repetitiva del tracte urinari (Alipour-Vaezi et al., 2025).

Un altre factor de risc descrit és la hipercolesterolèmia. Hi ha una associació potencial entre la hiperlipèmia i la patogènesi de la CI (Zhang et al., 2025).

L'epidemiologia és difícil de determinar. Les dades sobre la prevalença varien per l'ambigüitat en la definició, les diferències en les poblacions estudiades i les inconsistències en els mètodes de diagnòstic. Encara així, una estimació de prevalença raonable per a dones a tot el món diagnosticades amb CI seria d'aproximadament 100-300 per 100.000 dones i la prevalença masculina es considera que és del 10% al 20% de l'estimació femenina (Gorozabel et al., 2025). Tanmateix, la prevalença de dones i homes

amb símptomes compatibles amb CI podria ser fins a 10 vegades més (P. Hanno et al., 2023).

D'altra banda, segons la Federació Nacional de Malalties Rares (FEDER), hi ha una prevalença en l'àmbit nacional d'1-5 / 10 000 persones a España (*Cistitis Intersticial* | FEDER, n.d.).

3. 1. 3 Signes i símptomes

Els pacients solen descriure dolor a la regió de la bufeta (regió suprapúbica), acompanyat d'una forta sensació de voler orinar (urgència). Aquesta sensació empitjora en omplir la bufeta i sovint s'alleuja en orinar amb més freqüència (freqüència urinària), i pot ocórrer durant el dia o durant la nit (nictúria). També pot haver-hi altres símptomes com dolor o ardor en orinar (disúria) i malestar durant les relacions sexuals (disparèunia). Aquests símptomes crònics tenen un profund impacte en el benestar emocional, psicològic i social de la dona, així com en la seva qualitat de vida (Gorozabel et al., 2025).

El dolor és el símptoma principal de la CI. Les pacients no només descriuen dolor suprapúbic, pressió o molèstia, relacionat amb el ple de la bufeta, sinó també dolor a tota la pelvis, incloent-hi uretra, vulva, vagina, recte i localitzacions extragenitals, com l'abdomen inferior i l'esquena. Aquest dolor empitjora amb aliments, begudes específiques o amb el ple de la bufeta, i millora amb la micció (P. M. Hanno et al., 2015).

El dolor causat per aquesta patologia és persistent, sovint diari, exacerbat per l'estrès psicològic o físic (Li et al., 2022). Prové de la sensibilització del sistema nerviós central i l'activació dels nervis sensitius aferents.

El dolor pot ser debilitant i generar aïllament. Té un paper important en el deteriorament de la qualitat de vida i en l'increment dels trastorns psicològics (Bernal-Guerrero & Vinaccia-Alpi, 2022).

3. 1. 4 Diagnòstic i tractament

La variada simptomatologia i la forma de presentació d'aquesta patologia fa que el diagnòstic sigui complex. A més, es pot associar amb altres síndromes que cursen amb dolor, com algunes malalties reumatològiques, com la fibromiàlgia, o trastorns ginecològics, com la vulvodínia. És possible que una gran proporció de dones amb cistitis intersticial no estiguin diagnosticades i, com a conseqüència, que estiguin tractades inapropiadament durant molt de temps (Enríquez Enríquez, 2024).

El diagnòstic ha de constar d'una avaluació bàsica, disposar d'una història clínica acurada, una exploració física i una analítica per documentar-la i descartar altres malalties. També és important tenir constància dels símptomes clínics, la freqüència urinària, el malestar i els nivells de dolor basals pelvians per mesurar els efectes del tractament posteriorment. Les proves diagnòstiques com la cistoscòpia i la urodinàmica només es realitzen en presentacions complicades o quan es sospiten lesions de Hunner (Quentin Clemens et al., 2022).

El propòsit del tractament és reduir els símptomes i millorar la qualitat de vida. A causa de la patogènia imprecisa i la presentació heterogènia, les modalitats de tractament en cada cas varien. El tractament està organitzat en quatre categories diferents (Li et al., 2022).

Tractament conservador

Aquest tractament es basa en l'educació de la persona per aprendre a gestionar la CI. La majoria de les dones presenten estrès, depressió i ansietat, de manera que recomanen tècniques de reducció de l'estrès, com el mindfulness, la meditació, la teràpia cognitivoconductual i el suport social.

L'adequació de la dieta també té un paper important; prop del 90% dels pacients experimenten empitjorament dels símptomes després de consumir cafè, alcohol, tomàquet, edulcorants, begudes àcides i aliments picants, mentre que aliments com les verdures de fulla verda, la llet, l'arròs i la carn rarament provoquen brots.

Algunes teràpies físiques, com el massatge, les injeccions en punts desencadenants i la teràpia miofascial, poden ajudar a relaxar la musculatura i alleujar el dolor. Tanmateix, exercicis com els Kegel poden empitjorar els símptomes (Li et al., 2022).

Tractament farmacològic

El suport farmacològic es centra en tractar els símptomes de forma sistèmica.

Per tractar la simptomatologia depressiva i l'activació del sistema nerviós s'utilitzen els antidepressius tricíclics, com l'amitriptilina, que presenta característiques anticolinèrgiques, antihistamíniques i de reducció de la sensibilitat.

Amb l'objectiu de reduir la inflamació vesical també s'utilitzen antihistamínics com la hidroxizina i la cimetidina.

El pentosà polisulfat (PPS) és un agent terapèutic que contribueix a la reparació i manteniment de la capa de glicosaminoglicans de l'uroteli, amb la finalitat de reduir la permeabilitat vesical i reforçar la integritat de la mucosa (Li et al., 2022).

La ciclosporina A, que és un immunosupressor, redueix la inflamació causada per una possible resposta immune.

Els analgèsics són una part indispensable per la gestió del dolor; els AINE i el paracetamol són utilitzats amb freqüència per alleujar el malestar (Li et al., 2022).

Tractament intravesical

Els tractaments intravesicals permeten una millor absorció dels agents farmacològics a nivell local i exerceixen una acció més potent a la bufeta.

Els principis més utilitzats són la lidocaïna intravesical, que permet un bloqueig dels nervis a la paret de la bufeta, i el dimetilsulfòxid (DMSO), un agent antiinflamatori que ajuda a eliminar el dolor i molècules perjudicials per al teixit (Marcu et al., 2018). També es podria utilitzar el PPS com a teràpia intravesical.

A més, les teràpies combinades, incloent-hi àcid hialurònic amb sulfat de condroitina, PPS, heparina, o àcid hialurònic amb lidocaïna, poden aconseguir resultats satisfactoris (Li et al., 2022).

Procediments i cirurgia major

Per tractar la CI també s'utilitzarien procediments com la citoscòpia amb hidrotensió, que consisteix a omplir la bufeta amb aigua per expandir-la fins a arribar a la seva màxima capacitat. Moltes persones senten menys dolor i freqüència de micció després d'aquest procediment i en cas que s'observessin úlceres, es podrien cauteritzar (cremar) o tractar amb una injecció directa d'esteroides.

Un altre procediment seria la neuromodulació sacra en la qual s'envien impulsos elèctrics als nervis que connecten la bufeta per canviar el seu funcionament. Una altra opció és la neurotoxina botulínica A (BTX-A) injectada, una neurotoxina produïda pel bacteri Clostridium Botulinum, que bloqueja les senyals nervioses.

Les cirurgies majors, com la cistectomia total i la neobufeta ortotòpica, en la que s'utilitza un segment d'intestí per la reconstrucció de la bufeta, poden ser beneficioses en pacients amb CI refractària al tractament i que presenten indicadors de mal pronòstic com fibrosi vesical greu, lesions de Hunner i reducció de la capacitat de la bufeta (Li et al., 2022).

3.2 Definició de qualitat de vida

La qualitat de vida és un concepte que pretén descriure el benestar d'un individu tenint en compte tant els factors positius com els negatius en un moment concret de la seva vida.

Els aspectes que s'avaluen són la salut física, mental i espiritual, així com les relacions socials, el nivell educatiu, l'entorn laboral, l'estatus social, la sensació de seguretat i protecció, la llibertat, l'autonomia en la presa de decisions, la pertinença social i l'entorn físic (Teoli & Bhardwaj, 2023).

El 1947, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) descrivia la qualitat de vida com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només com l'absència de malaltia. L'any 1995, la definició de l'OMS va evolucionar cap a una visió subjectiva, centrada en la percepció que té cada individu en relació amb els seus objectius, dins del context cultural i del sistema de valors en què viu.

Es reconeix que hi ha dificultat per arribar a una definició i a una mesura universalment acceptada. S'ha intentat replantejar la qualitat de vida en diversos dominis separats, com en la *teoria compromesa*, que la divideix en 4 dominis: economia, cultura, política i ecologia. Un altre enfocament consisteix a dividir la qualitat de vida en benestar personal i valoració de la vida.

És important aclarir que els estudis mostren variabilitat entre individus pel que fa a com els processos de malaltia, símptomes, pronòstic i tractaments pal·liatius impacten en la qualitat de vida.

Per tant, avaluar la qualitat de vida amb una definició limitada o aplicar un model a totes les persones seria un error. Hi ha moltes definicions de llibre, però la definició més exacta de qualitat de vida és aquella que proporciona el pacient al professional sanitari. És crucial recordar que es tracta de persones i que l'objectiu d'un tractament ha de tenir en compte la qualitat del pacient i enfocar-se cap a aquest resultat juntament amb l'abordatge de les necessitats mèdiques.

Tot i així, l'escala més utilitzada per l'avaluació de la qualitat de vida en l'aspecte de la salut i en estudi relacionats, és l'escala WHOQOL-BREF, dissenyada per la OMS el 1995.

Consta de 26 ítems que es puntuen de l'1 al 4. Les preguntes tracten sobre la freqüència en les últimes dues setmanes sobre el dolor, símptomes o dificultats per fer alguna activitat quotidiana.

També hi ha una versió més extensa, amb més preguntes i més incidència en cada aspecte de la vida de la persona. Consta d'unes 100 preguntes.

Les preguntes, independentment de l'escala, s'estructuren de la següent forma:

- Preguntes sobre la salut física (sensacions somàtiques, símptomes de la malaltia)
- Preguntes sobre la mateixa salut mental (sentit positiu de benestar, formes no patològiques de malestar psicològic o trastorns psiquiàtrics diagnosticables)
- Preguntes sobre la percepció de la qualitat de vida.
- Preguntes sobre la salut social (aspectes dels contactes i les interaccions socials)
- Preguntes sobre la salut funcional (autocura, mobilitat, nivell d'activitat física i funcionament del rol social en relació amb la família i la feina)

3. 3 Teoria de l'Adaptació de Callista Roy

El model d'adaptació va ser creat per la Germana Callista Roy el 1970. Aquest model descriu l'adaptació com el procés de respondre positivament als canvis de l'entorn. La persona rep contínuament milions d'estímuls, tant interns com externs, els quals fan que es generi una resposta que pot ser adaptativa o ineficaç (Martha Alligood, 2022).

Les respostes adaptatives fomenten la integritat, la qual dona lloc a la salut, al contrari de les respostes ineficaces, que amenacen l'adaptació, alterant la integritat de la persona. La infermeria té com a únic propòsit ajudar a les persones en el seu esforç per adaptar-se gestionant l'entorn. El resultat és un nivell òptim de benestar per part de la persona.

Roy descriu que “la salut no és l'absència de la inevitabilitat de la mort, la malaltia, la infelicitat i l'estrès, sinó la capacitat per enfrontar-se a ells de forma competent”. La salut i la malaltia són una dimensió inevitable i coexistent de l'experiència vital de la persona.

L'autora indica que l'entorn canviant és el que empeny a la persona a reaccionar per adaptar-se. Un canvi en l'entorn requereix un augment d'energia per adaptar-se a la situació. El nivell d'adaptació és determinat per l'efecte combinat dels estímuls focals, contextuais i residuals:

- Estímuls focals: són els estímuls interns o externs més immediats al que s'enfronta el sistema humà.
- Estímuls contextuais: la resta d'estímuls que contribueixen a l'efecte de l'estímul focal.
- Estímuls residuals: Factors de l'entorn els efectes dels quals no estan clars en una situació determinada.

Davant d'aquests estímuls, la persona utilitza mecanismes d'afrontament que poden ser:

- Innats: determinats genèticament o comuns a les espècies i es consideren processos automàtics.
- Adquirits: es desenvolupen mitjançant estratègies com l'aprenentatge. Les experiències de la vida contribueixen a les respostes habituals a determinats estímuls.

Hi ha dos subsistemes interrelacionats en el model de Roy, el subsistema de processos primaris i el de processos secundaris. El subsistema de processos primaris, funcionals o de control està format pel regulador i el relacionador, considerats mètodes d'afrontament:

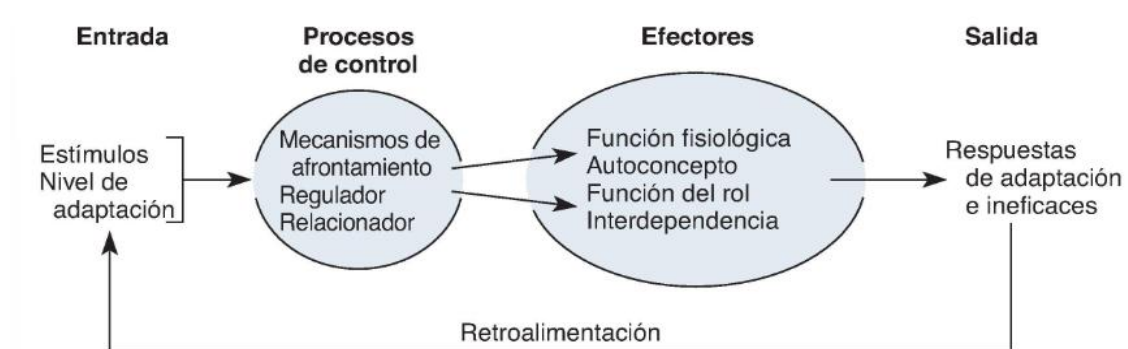
- Regulador: respostes fisiològiques automàtiques, en les quals intervenen els sistemes neural, químic i endocrí.
- Relacionador: intervenen quatre canals cognitiu-emotius; el processament perceptiu i de la informació, l'aprenentatge, el judici i l'emoció.

La percepció, procés del relacionador, és la interpretació d'un estímul i enllaça el regulador amb el relacionador, perquè l'entrada de la informació en el regulador es transforma en percepcions.

El subsistema secundari i efector consta de quatre modes adaptatius:

- 1) Necessitats fisiològiques
- 2) Autoconcepte
- 3) Funció de rol
- 4) Interdependència

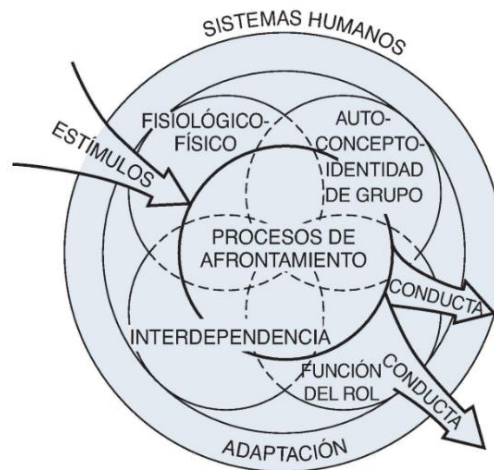
Diagrama 1: Teoria d'Adaptació de Callista Roy



Font: Llibre Modelos y teorías en enfermería

El propòsit dels quatre modes d'adaptació és aconseguir la integritat fisiològica, psicològica i social. Aquests quatre estan relacionats a través de la percepció. Roy defineix l'autoconcepte d'un individu com el conjunt de creences i sentiments que un individu té sobre si mateix. El mode d'adaptació de la funció del rol descriu les expectatives sobre com una persona es comportarà amb una altra. El mode d'adaptació de la interdependència descriu les interaccions de les persones en la societat. La tasca principal d'aquest mode és donar i rebre amor, respecte i valors. Els components més importants del mode d'adaptació de la interdependència són les persones més significatives (parella, fills, amics i Déu) i el seu sistema de suport social (Martha Alligood, 2022).

Diagrama 2: Sistemes Humans de la Teoria d'Adaptació de Callista Roy



Font: Llibre Modelos y teorías en enfermería

Aquests sis subsistemes; dos del sistema primari i quatre del secundari, formaran un sistema complex de la persona amb finals d'adaptació.

Les relacions entre els quatre modes d'adaptació es produeixen quan els estímuls interns i externs afecten més d'un mode, quan es produeix una conducta disruptiva en més d'un mode o quan un mode es converteix en un estímul focal, contextual o residual d'un altre mode.

Pel que fa als sistemes socials humans, Roy distingeix dos grans subsistemes de control:

- El subsistema estabilitzador, similar al regulador de l'individu, manté l'estabilitat del sistema a través de l'organització, els valors culturals i la regulació de les activitats quotidianes.
- El subsistema innovador, paral·lel al relacionador de l'individu, s'encarrega de la creativitat, el canvi i el creixement.

S'ha escollit aquesta teoria d'infermeria per poder analitzar el procés d'adaptació durant el transcurs de la malaltia de les persones diagnosticades amb cistitis intersticial. Aquesta malaltia té un curs perllongat, on les persones passen anys experimentant símptomes, amb períodes d'incertesa, tractaments infecciosos a llarg termini i amb reajustaments constants a la seva realitat per causa dels símptomes.

4. METODOLOGIA

4.1 Disseny de l'estudi

La metodologia utilitzada en aquest treball és una revisió bibliogràfica narrativa per tal de conèixer què recull la literatura científica respecte a quina és la qualitat de vida en dones adultes diagnosticades de cistitis intersticial i quin és el seu procés d'adaptació.

4.2 Bases de dades consultades

Per assegurar una recerca completa i rigorosa s'ha consultat un conjunt de bases de dades especialitzades en ciències de la salut i infermeria. Les bases de dades consultades han estat Pubmed, CINAHL, Dialnet Plus i Scopus, aquestes han estat triades per la seva reputació, rellevància i capacitat per oferir estudis científics de qualitat revisats per parells. A continuació es presenta un resum de cada base de dades i la seva relació amb l'objecte d'estudi del Treball de Fi de Grau:

- **PUBMED:** És el motor de cerca gratuït i de lliure accés desenvolupat per la National Library of Medicine. És una de les fonts d'informació més rellevant a nivell internacional dins de l'àmbit de les ciències de la salut i ha sigut imprescindible per poder seleccionar articles científics actualitzats i adients pel treball.
- **CINAHL:** La base de dades CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) és la base de dades líder especialitzada en infermeria i en disciplines de la salut. Ha facilitat l'accés a documents enfocats en la temàtica amb informació específica sobre aquesta.
- **SCOPUS:** Per tal de localitzar estudis rellevants i actuals, SCOPUS ha sigut fonamental en la recerca. Gràcies al gran abast d'articles i llibres, s'ha pogut ampliar la cerca d'informació i contrastar amb les altres bases de dades. (Universitat Rovira i Virgili & Centre de Recursos per l'Aprenentatge i l'Investigació Campus Catalunya, n.d.).

4.3 Criteris de selecció

Criteris d'inclusió:

- Articles (originals, de revisió o metaanàlisi) publicats en revistes científiques indexades en bases de dades nacionals o internacionals.
- Articles d'accés obert que es trobin a les bases de dades d'accés lliure de la biblioteca digital del CRAI URV.
- Llibres o tesis doctorals que abordin la temàtica.
- Publicacions de text complet en català, espanyol, anglès, portuguès, francès i italià.
- Documents publicats entre 2020 i 2026.
- Articles de dones adultes.

Criteris d'exclusió

- Treballs Fi de Grau, Treballs Fi de Màster i pòsters de congressos.
- No adaptació al tema d'estudi.
- Estudis que incloguin població masculina i població pediàtrica.
- Articles que incloguin patologies de l'aparell excretor i reproductor femení que no siguin la cistitis intersticial.

4.4 Procés i estratègia de cerca

D'acord amb la temàtica del treball, s'ha realitzat la investigació amb les paraules claus i els descriptors associats que formen part de les xarxes d'investigació del llistat oficial de Descriptors en Ciències de la Salut (DeCS) i Medical Subject Headings (MeSH).

Taula 1: Paraules clau en termes de text lliure i en terminologia DeCS i MeSH

Termes de text lliure	DeCS	MeSH	ID
Cistitis intersticial	Cistitis intersticial	Cystitis, Interstitial	D018856
Qualitat de vida	Calidad de Vida	Quality of Life	D011788
Adaptació	Adaptación	Adaptation	D000223
Experiències de Vida	Experiencias de Vida	Life Experiences	D008016
Dones	Mujeres	Women	D014931

Font: elaboració pròpia

Per elaborar les estratègies de cerca, es van combinar els descriptors de la taula anterior mitjançant l'operador booleà "AND" i utilitzant cometes per garantir una cerca exacta.

Inicialment, es van plantejar dues estratègies, la primera centrada en la relació entre la cistitis intersticial i la qualitat de vida en les dones, i la segona, orientada a l'adaptació a la malaltia.

Posteriorment, davant la manca de resultats en alguna de les bases de dades, es va optar per simplificar la cerca amb una tercera estratègia més àmplia, basada únicament en la cistitis intersticial.

Finalment, es va dissenyar una quarta estratègia amb l'objectiu de trobar estudis sobre les experiències de vida de les dones amb aquesta patologia.

Les quatre estratègies de cerca finals són les descrites a continuació:

Estratègia de cerca nº1: (((“Cystitis, Interstitial”) AND (“Quality of Life”)) AND (Women))

((("Cistitis intersticial") AND ("Calidad de Vida")) AND (Mujeres))

Estratègia de cerca nº2: (((“Cystitis, Interstitial”) AND (“Adaptation”)) AND (Women))

((("Cistitis intersticial") AND ("Adaptación")) AND (Mujeres))

Estratègia de cerca nº3: ((“Cystitis, Interstitial”) AND (Women))

((("Cistitis intersticial") AND (Mujeres))

Estratègia de cerca nº4: (((“Cystitis, Interstitial”) AND (“Life Experiences”)) AND (Women))

((("Cistitis intersticial") AND ("Experiencias de Vida")) AND (Mujeres))

4.5. Selecció de documents

La recerca s’ha realitzat entre els mesos de desembre de 2025 a febrer de 2026 i s’ha seguit una metodologia estructurada basada en el model Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) per garantir la rigorositat i transparència del procés de selecció d’estudis.

El total d’articles recuperats sense aplicar filtres va ser de 434 entre les 3 bases de dades. En aplicar filtres d’any de publicació i d’idioma del text, el nombre d’articles es va reduir a 118 articles.

Seguidament, es van seleccionar els articles per títol i abstract mitjançant l’aplicació dels criteris d’inclusió i exclusió prèviament establerts, que excloïen estudis amb participació d’homes o altres patologies urinàries diferents de la CI. Aquest procés va donar com a resultat un total de 45 articles.

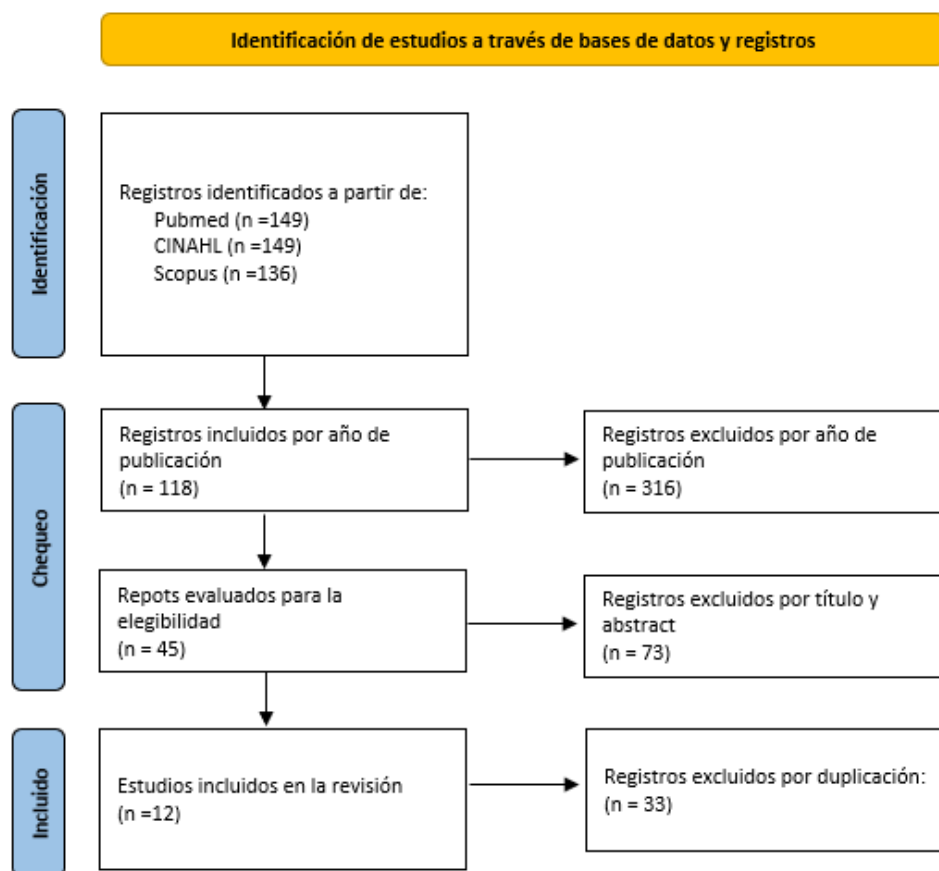
En últim lloc, després d’una lectura més profunda de les parts més rellevants de cada article i d’eliminar els articles duplicats, es van seleccionar 12 articles finals per a la seva lectura crítica. Veure diagrama de flux 3.

Taula 2: Resultats de l'estratègia de cerca bibliogràfica

Base de dades	Estratègia de cerca	Nº de resultats sense filtres aplicats	Nº de resultats aplicant filtres d'any	Nº articles seleccionats per títol i abstract Aplicant criteris d'exclusió	Nº articles escollits per lectura crítica
Pubmed	EC1	137	33	13	5
	EC2	10	2	2	2
	EC4	2	2	2	2
CINAHL	EC3	149	35	12	1
Scopus	EC1	136	46	16	2

Font: elaboració pròpia

Diagrama 3: Diagrama de Flux Metodologia PRISMA



Font: (PRISMA 2020 Flow Diagram — PRISMA Statement, n.d.)

Per tal d'avaluar la qualitat i aplicabilitat de diferents estudis també s'ha utilitzat l'escala Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe). Cada estudi ha passat per les preguntes de l'escala depenent del tipus de metodologia emprada en cada estudi.

La metodologia exposa deu preguntes amb puntuació. Si la resposta a la pregunta és afirmativa, es suma 1 punt, si la resposta és negativa, la puntuació suma 0. En cas que un article no les complís, no seria vàlid per la seva lectura.

Les tres primeres preguntes tenen en compte la validesa de l'estudi. Són preguntes d'eliminació, ja que si un article no les compleix, no s'hauria de continuar amb la seva avaluació. Les altres preguntes tenen a veure amb els resultats i la seva aplicabilitat a l'estudi propi.

S'ha realitzat una taula per avaluar els 12 articles, per puntuar cada pregunta i tenir una puntuació final de cada article. Com es pot observar a la taula 3, tots els articles compleixen el requisit de les tres primeres preguntes, cosa que valida l'estudi i permet continuar amb les respectives preguntes i la consegüent puntuació individual de l'article.

Es van utilitzar les preguntes CASPe per estudis qualitius pels articles 1, 2, 5, 6, 7, 10, 11 i 12. D'altra banda, es van utilitzar les preguntes CASPe per assaigs clínics aleatoris pels estudis 4,8 i 9 i les d'estudi de cohorts per l'article 3. Totes les preguntes emprades per la lectura crítica es poden consultar a l'annex 9.2.

Taula 3: Preguntes de la metodologia CASPe

Article	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	TOTAL
Nº 1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Nº2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Nº3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
Nº4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
Nº5	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Nº6	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8/10
Nº7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Nº8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Nº9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
Nº10	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10
Nº11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10
Nº12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9/10

Font: elaboració pròpia

4.6 Aspectes ètics

Tots els articles utilitzats es troben citats i referenciats dins el treball.

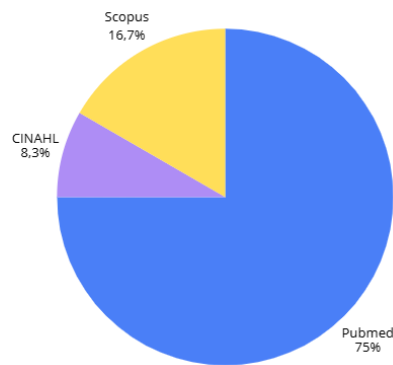
Per la metodologia emprada en aquest treball, aquest no ha requerit passar per cap procediment de comitè d'ètica.

Les autores del treball no presenten cap tipus de conflicte d'interès.iiidees iels estudis revisats

5. RESULTATS

Entre els resultats de la cerca es troben un total de 12 articles a estudiar. Entre aquests, s'ha pogut veure que hi ha un predomini d'articles de la base de dades de Pubmed (75%). Els altres articles s'han extret de les bases de Scopus i CINAHL respectivament.

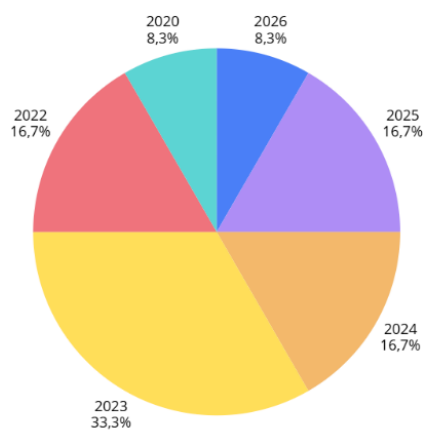
Gràfic 1: Articles utilitzats respecte a cada base de dades



Font: elaboració pròpia

Respecte l'any de publicació dels articles, s'observa un predomini de l'any 2023. També s'ha trobat el mateix nombre d'articles del 2022, el 2024 i el 2025. En últim lloc, amb menor mesura, del 2020 i 2026.

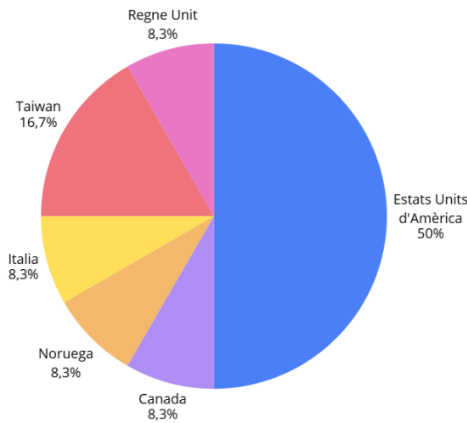
Gràfic 2: Articles utilitzats respecte anys de publicació



Font: elaboració pròpia

Pel que fa al país de publicació, la meitat d'articles són dels Estats Units d'Amèrica seguits d'articles provinents de Taiwan. La resta de països de publicació són del Regne Unit, Itàlia, Noruega i Canadà.

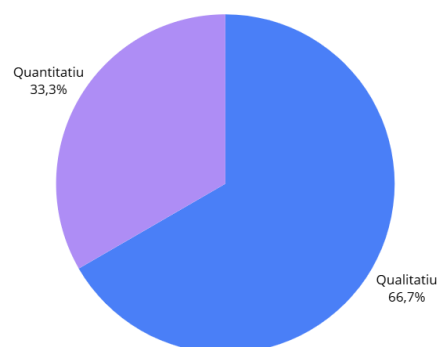
Gràfic 3: Països dels articles



Font: elaboració pròpia

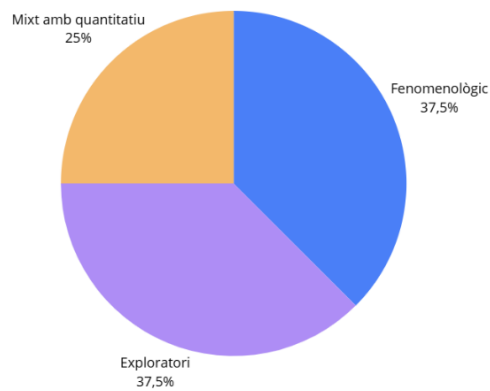
Respecte a la metodologia dels estudis seleccionats, tal com s'esperava, la majoria són qualitatius (66,7%), els quals han permès veure l'experiència de la dona. Aquests han sigut d'índole fenomenològica, exploratòria o mixta amb la incorporació d'una part del treball amb metodologia quantitativa. La resta d'estudis corresponen a estudis quantitativs, entre els quals destaquen dos estudis observacionals, un assaig clínic aleatori i un estudi de cohorts.

Gràfic 4: Tipus de metodologia utilitzada en els articles



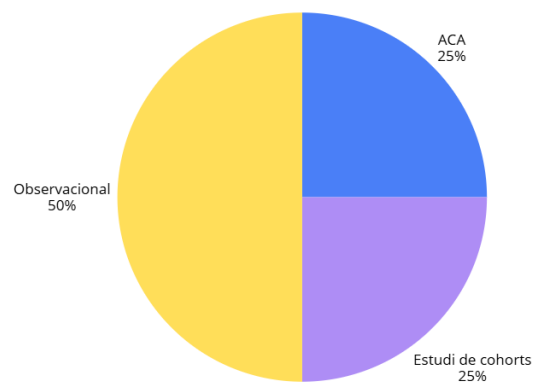
Font: elaboració pròpia

Gràfic 5: Subtipus de metodologia qualitativa dels articles



Font: elaboració pròpia

Gràfic 6: Subtipus de metodologia quantitativa dels articles



Font: elaboració pròpia

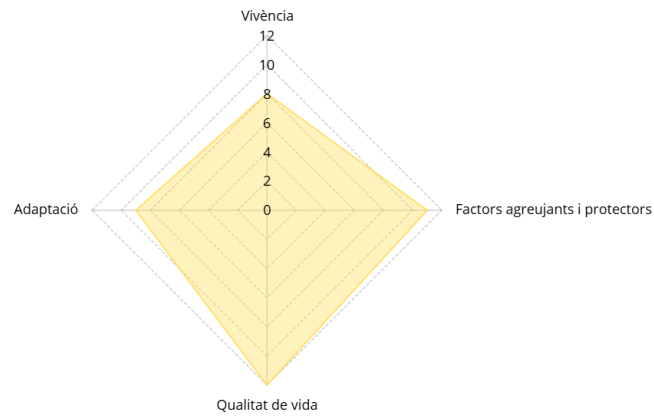
Com es pot observar al gràfic 7, el tema predominant en tots els estudis és l'impacte que genera la malaltia en la qualitat de vida de la dona, afectant múltiples àmbits com el laboral, el social, el familiar i el sexual.

E 8 dels articles s'analitza la vivència de les dones, centrant-se en les seves experiències durant processos diagnòstics llargs i incerts, així com la convivència amb la malaltia després del diagnòstic, assenyalant la manca d'eficàcia de tractaments i la cerca d'estratègies pròpies.

E11 dels estudis seleccionats es descriuen els factors agreujants i protectors, com serien el dolor, la invalidació o incomprensió social i el desconeixement professional.

D'altra banda, 9 dels estudis parlen sobre els mecanismes d'afrontament, les estratègies d'adaptació i els processos cognitius que desenvolupen les dones per gestionar la malaltia i integrar-la en la seva vida quotidiana.

Gràfic 7: Temàtiques més destacades tractades en els articles



Font: elaboració pròpia

Taula 4: Categorització i característiques dels articles seleccionats

Nº	Títol de l'article, autors, any, país i DOI.	Objectius	Metodologia (disseny, mostra, instruments de recollida)	Resultats	Conclusions
Nº1	"I can't enjoy my full sex life": Understanding the sexual experiences of women with interstitial cystitis. Hannah M Richardson, Peggy J Kleinplatz , Maxime Charest, Emily ERice, Hailey DiCaita, Klehr D'souza and Lianne A Rosen. 2025. Canada. DOI: 10.1177/13591053251354906	Explicar les experiències de les dones que tenen CI i el seu efecte en la sexualitat.	Metodologia qualitativa basada en descripció fenomenològica. Es realitzen entrevistes a 10 dones diagnosticades de CI d'entre 23-39 anys amb preguntes semiobertes.	L'estudi evidencia 9 temes que estan relacionats entre ells: -Obtenir alleugeriment parcial però no significatiu dels símptomes debilitants va provocar un augment de la por -Buscar desesperadament respostes i alleugeriment, acudint a metges, el que crea un cicle de derivacions -Els professionals no estan familiaritzats ni educats en la CI i invalida l'experiència de la persona -Passar de tenir el rol de pacient a haver d'autogestionar-se. -Passar per processos llargs i tediosos de diagnòstic i de tractaments mèdics invasius. -Tenir brots i exacerbacions de símptomes, provocant	Hi ha una necessitat de generar coneixement i combatre l'estigma entre els professionals de salut sobre l'impacte que produeix la malaltia en la sexualitat. També conclou que les dones haurien de ser ateses per un equip multidisciplinar per garantir l'atenció sexual, psicològica i física.

				l'agreujament de dificultats de la vida quotidiana. -Els professionals passen per alt la sexualitat i el dolor de perdre aquesta part. -Desesperança -Soledat, sentiment de diferència i d'anormalitat i sentir-se invisible pel món.	
Nº2	Believing women: a qualitative exploration of provider disbelief and pain dismissal among women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome from the MAPP research network. Victoria L. Brown, Aimee James, Jean Hunleth, Catherine S. Bradley, John T. Farrar, Priyanka Gupta, H. Henry Lai, Jerry L. Lowder, Robert Moldwin, Larissa V. Rodriguez,	Explorar de forma qualitativa les perspectives de les dones amb CI en les interaccions amb els professionals sanitaris, especialment el fenomen de la incredulitat i desestimació del dolor.	Metodologia qualitativa. Mitjançant una mostra de 57 dones amb CI i repartides en 8 grups focals, s'analitzen amb la teoria fonamentada, les experiències de les dones amb entrevistes semiestructurades.	Els temes centrals en els quals s'han agrupat són: -Disminuir el dolor de les dones -Falta d'escolta i de creença en el relat de les pacients -Autogestió: les dones prenen el control (autoeducació i participació en decisions) -Moralització del dolor crònic (culpa, estigma, por a ser jutjades). -Cerca d'un professional que les cregui L'impacte emocional i psicosocial que genera afecta negativament a la cerca d'atenció	La incredulitat i la desestimació del dolor per part dels professionals són experiències freqüents en dones amb CI. Cal millorar la comunicació metge-pacient. La validació del dolor per part del professional és clau per al benestar i l'adherència al tractament.

	Claire C. Yang, Siobhan Sutcliffe. 2023. Estats Units d'Amèrica. DOI: 10.1007/s00192-023-05677-0			sanitària. Això deriva en emprar estratègies desadaptatives.	
Nº3	Compensatory coping and depression in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Susanna Sutherland, Anna Grace Kelly, Anna Ryden, Roger R. Dmochowski, William S. Reynolds, Lindsey C. McKernan. 2022. Estats Units d'Amèrica. DOI: 10.1002/nau.25089	Examinar la relació entre les estratègies d'adaptació compensatòries i els símptomes de l'estat d'ànim i d'ansietat.	Metodologia quantitativa observacional d'un estudi de cohorts. Anàlisi de dades recopilades entre 2014-2019 de 55 dones diagnosticades amb CI. Es va utilitzar l'escala RAND per identificar la CI, el qüestionari de símptomes del tracte urinari inferior de Bristol, el qüestionari de qualitat de vida de la bufeta hiperactiva i subescales de mesurament de resultats informats pel pacient per l'ansietat i la depressió. Es va utilitzar Spearman i Pearson per analitzar variables demogràfiques i clíniques amb relació a variables urològiques i psicològiques.	L'edat, la situació sentimental/civil i la història de part vaginal estaven positivament relacionats amb la gravetat dels símptomes i l'ús d'estratègies d'afrontament compensatòries. Totes les participants utilitzaven almenys una estratègia d'afrontament compensatòria. El 92% de la mostra va indicar que amb freqüència localitzava el lavabo més proper o planificava com escapar en situacions socials quan es trobaven fora de casa. El 70% va assenyalar que ha de fer front a la incomoditat en viatjar o que redueix fer activitat física per disminuir les molèsties vesicals. Més de dos terços de les	Un ús més elevat de conductes d'afrontament compensatòries es va associar amb un augment de símptomes de depressió, encara que el nivell de símptomes fos el mateix. És a dir, com més utilització de conductes compensatòries, més malestar psicològic, més depressió. L'ansietat no està relacionada amb la utilització d'aquestes. Amb aquestes dades, es pot detectar pacients amb risc, observant les estratègies de compensació i per tant el risc de desenvolupar depressió.

			Es van analitzar l'ús d'estratègies d'afrontament compensatòries mitjançant l'estudi de la freqüència i el percentatge. Es va utilitzar la regressió lineal per examinar associacions entre comportaments, puntuacions, símptomes i demografia. Es va utilitzar la regressió lineal multivariades per analitzar la relació amb l'ansietat i la depressió controlant variables clíniques com a variables de confusió.	participants evitaven per complet realitzar activitats que s'allunyessin d'un lavabo. Els resultats mostren que els símptomes depressius van predir de forma positiva l'ús d'estratègies d'afrontament compensatòries (p=0,024). L'ansietat no es va relacionar de forma significativa amb les estratègies.	
Nº4	Coping With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Susanna Sutherland, A. Grace Kelly, Lindsey C. McKernan, Roger R. Dmochowski, William Stuart Reynolds i Elisabeth M. Sebesta. 2024. Estats Units d'Amèrica. DOI: 10.1002/nau.25579	Confirmar que les estratègies d'afrontament compensatori estan relacionades amb el malestar psicològic i analitzar els diferents tipus d'estratègies i si hi ha diferències entre elles així com afegir el fenotip del dolor a l'anàlisi.	Metodologia quantitativa observacional transversal. Es va dur a terme una anàlisi secundària de dades d'un gran conjunt de dades comunitàries. Es va recollir una mostra de 677 participants aplicant els criteris d'inclusió RICE. Es van analitzar les respostes dels qüestionaris com el LURN-SI-10, que avaluava els símptomes urinaris i l'escala PROMIS, que	El 89,5% de les participants van indicar haver utilitzat almenys 1 estratègia d'afrontament compensatori en els últims 7 dies. D'aquestes estratègies el 73% eren de control primari i el 39% conductes desadaptatives. El 38% patien dolor localitzat i el 57% dolor sistèmic. El 57% mai presentava símptomes depressius, el 26% a vegades i el 19,4 sovint o sempre.	L'estudi proporciona una comprensió matisada de les estratègies d'afrontament compensatòries. La utilització d'aquestes es va correlacionar amb l'estat emocional i anímic. Així doncs, tenir comportaments desadaptatius està relacionat amb el malestar psicològic de forma positiva, en canvi, fer ús d'estratègies d'afrontament primàries no està relacionat amb el malestar. Tot i això, la utilització

			analitzava la depressió i l'ansietat. També es van preguntar sobre estratègies d'afrontament i el fenotip de dolor.	Les participants van presentar pocs símptomes d'ansietat. L'edat estava relacionada amb totes les variables, excepte en l'estratègia primària. El dolor generalitzat es va relacionar amb més distrès psicològic. El part vaginal està relacionat amb símptomes urinaris. Les estratègies d'afrontament compensatòries desadaptatives estaven associades a més depressió i ansietat que les estratègies primàries, que no hi estaven associades. Afegir el fenotip a l'anàlisi, millora la predicció de la depressió però no de l'ansietat.	d'aquestes, no afecten més l'ansietat que la depressió. El que és un símptoma de la depressió és l'anhedonia, que ve donat per un afrontament evitatiu. Les persones que pateixen CI i viuen amb dolor generalitzat són més propenses a tenir depressió. És clau, doncs, realitzar una educació sobre la malaltia i sobre la manera d'afrontar-la, així com ensenyar a controlar els símptomes. La teràpia cognitivoconductual és efectiva perquè ensenya a comunicar bé els símptomes i a aprendre a ser conscient del dolor i dels símptomes per tal que aquests no afecten a la realització d'una vida normal. És important tenir consciència del tipus d'afrontament i els seus efectes per poder prendre decisions a l'hora de gestionar eficaçment els símptomes i reduir el patiment, cosa que millora significativament la qualitat de vida.
--	--	--	--	--	---

Nº5	Experiences of Women With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: What Can We Learn From Women's Online Discussions? Gabriela Gonzalez, Kristina Vaculik, Carine Khalil, et al. 2023. Estats Units d'Amèrica. DOI: https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002955	Captar l'experiència de les dones amb cistitis intersticial utilitzant l'etnografia digital a gran escala de publicacions anònimes en fòrums d'internet.	Metodologia mixta de qualitativa i quantitativa. Amb una empresa de mineria de dades es van extreure publicacions a llocs web utilitzant termes de cerca. El conjunt es va aleatoritzar. Dos investigadors van realitzar una anàlisi iterativa d'una mostra de les publicacions de forma qualitativa. Després es va analitzar tota la resta de textos amb el Latent Dirichlet Allocation, una eina que permet interpretar temes a partir d'un grup de paraules que juntes tenen sentit. Això permet classificar els textos per temes i en permet saber la prevalença dels temes i facilita l'anàlisi manual posterior.	Es van analitzar 6842 publicacions de 3902 usuaris diferents de 224 llocs web des del 6/1/2016 fins a 5/12/2018. Les categories temàtiques que van sorgir són les següents: -Experiència dels pacients amb l'atenció mèdica -Comorbiditats mèdiques -Impacte en la qualitat de vida -Participació de comunitats en línia -Factors desencadenants i etiologies de la malaltia -Teràpies alternatives i estratègies d'autocontrol.	Els fòrums són recursos utilitzats per les dones amb CI per al suport emocional i per la cerca i compartir informació. S'hauria de millorar la fiabilitat dels recursos en línia i el desenvolupament de noves mesures de resultats sobre la qualitat de vida. Identificar el tipus de pacients amb síndromes sistèmics associats ajuda a enfocar el tractament. Abordar temes als fòrums pot ajudar-les a sentir-se més còmodes que fer-ho en una consulta.
Nº6	Interstitial Cystitis Chatter: A Qualitative Evaluation of Bladder Instillation Online.	Avaluar qualitativament les percepcions i experiències de les dones amb CI sobre les instil·lacions vesicals a través de Reddit.	Metodologia qualitativa amb anàlisi de contingut en línia. Es van cercar 63 publicacions i 637 respostes d'aquesta sobre les instil·lacions vesicals.	Van resultar 4 temes principals: -Ansietat i depressió associades a CI -Opcions de tractament limitades -Esgotament de totes les opcions abans de provar les instil·lacions	Les experiències analitzades van mostrar un alt impacte emocional i una percepció negativa de les instil·lacions vesicals. Hi ha una necessitat d'abordar la salut mental dels pacients, de millorar l'educació del tractament i donar expectatives realistes.

	Ryan Wong, Leslie Claire Licari, Eugenio Bologna i Sarah Adelstein. 2024. Estats Units d'Amèrica. DOI: https://doi.org/10.1016/j.urolology.2024.10.051		3 investigadors independents van realitzar la codificació qualitativa seguint la teoria per identificar temes i conceptes emergents,	-Percepció d'ineficàcia i experiències negatives amb les instillacions També van sorgir 3 temes emergents: -Desesperació generalitzada per trobar alleujament -Por i aprensió davant el procediment -Percepció de les instillacions com a últim recurs	Els fòrums en línia van resultar útils per entendre necessitats no cobertes.
Nº7	Living With Interstitial Cystitis: A Qualitative Study of Women's Experiences. Camilla Olaussen i Trine-Lise Jansen 2026. Noruega DOI: 10.1177/01939459251387205	Adquirir coneixements sobre les experiències de les dones noruegues que viuen amb CI. Contrubuint a la poca recerca científica d'aquest tema a Europa.	Estudi qualitatiu amb un disseny descriptiu exploratori, que analitza 18 relats escrits per dones a un fòrum de suport en línia.	La CI té un impacte tant en la salut física, mental, sexual, com financera. Les dones li donen molta importància a l'atenció sanitària, la qual és invalidant i incompetent, referint-se al <i>gaslighting</i> i la psicopatologització dels símptomes com a experiències comunes entre elles.	La falta de coneixement i consciència, a banda de la diversificació d'opinions per part dels professionals genera un impacte negatiu en la gestió de la malaltia. L'estudi reclama major competència i empatia per part d'aquest col·lectiu.

Nº8	Quality of life analysis in bladder pain syndrome/interstitial cystitis: implications for a multimodal integrated treatment. Daniele Porru, Daniela Anselmo, Amanda Magliano, Serena Scalmati, Annalisa De Silvestri, Marcella Ilardi, Barbara Gardella, Arsenio Spinillo, Pierluigi Politi i Richard Naspro. 2023. Itàlia. DOI: 10.23736/S2724-6051.23.05292-8	Avaluar si existeix una major prevalença de trastorns d'ansietat i depressió en dones amb síndrome de bufeta dolorosa/cistitis intersticial en comparació amb dones que pateixen altres tipus de dolor crònic no neoplàsic. També té l'objectiu d'analitzar si hi ha relació entre símptomes urològics i psiquiàtrics.	Estudi observacional comparatiu. La mostra és de 69 dones dividides en dos grups: el grup 0, format per 42 dones amb CI i el grup 1 format per 27 dones amb dolor crònic no neoplàsic. Es van aportar 3 qüestionaris per avaluar els símptomes psicològics, urinaris i el dolor. Posteriorment, se'ls hi va fer una entrevista psiquiàtrica de vint minuts.	La prevalença de la depressió va ser més alta en el grup amb CI. Es va identificar un retard diagnòstic de 9,54 anys en les dones amb CI comparat amb els 5,14 anys de l'altre grup. La gravetat dels símptomes depressius es correlaciona amb una major percepció del dolor i una major interferència en la vida diària, el treball i la qualitat de la son. Els símptomes psicològics són menors com major sigui l'edat d'inici dels símptomes i del diagnòstic. A més a més, pot ser que la depressió i l'estrès actuïn com a desencadenants de la malaltia.	La CI té un impacte profund a nivell psicosocial, afectant l'estat d'ànim de manera més greu que altres condicions de dolor crònic. L'estudi confirma l'associació de la síndrome amb una alta prevalença de quadres ansiosos i depressius.
Nº9	Self-Efficacy in Managing Female Sexual Dysfunction in Interstitial Cystitis. Susanna Sutherland, A. Grace Kelly, Elizabeth G. Walsh, Roger R.	Comprendre millor la relació entre l'autoeficàcia en la gestió del dolor associat a les relacions sexuals, el malestar emocional i la disfunció sexual femenina en la CI.	És una anàlisi secundària de dades basals provinents d'un assaig clínic aleatori longitudinal. Aquest assaig original examinava una intervenció cognitivoconductual a 68 dones administrada mitjançant telemedicina.	La CI és una condició amb una alta prevalença de disfunció sexual. Una major autoeficàcia s'associa a un millor funcionament sexual. L'edat avançada i el diagnòstic precoç es correlacionen amb una major	La percepció d'autoeficàcia en l'activitat sexual és més important que la gravetat dels símptomes a l'hora de gestionar la malaltia. Els professionals sanitaris tenen un paper essencial en convertir l'autoeficàcia en la primera línia de

	Dmochowski, Rochell Burton i Lindsey C. McKernan 2025. Estats Units d'Amèrica. DOI: 10.1016/j.urology.2025.05.010			disfunció sexual. L'estudi descriu els símptomes més comuns i proposa estratègies útils, tant farmacològiques com no farmacològiques, per fer front al dolor a les relacions.	tractament i conèixer les eines per donar una atenció conscient.
Nº10	Self-perception of symptoms, medical help seeking, and self-help strategies of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Hui-Chun Chen, Chieh-Yu Liu, Chun-Hou Liao i Lee-Ing Tsao. 2020. Taiwan. DOI: 10.1111/luts.12300	Investigar els símptomes, l'ajuda mèdica i les estratègies pròpies de les dones que pateixen de CI.	És un estudi que combina dues tipologies d'estudi: la qualitativa i la quantitativa. La mostra és de 68 dones entre 20 i 69 anys, de les quals 22 van ser entrevistades per l'estudi qualitatiu. Per l'estudi quantitatiu es va realitzar una pregunta tancada de sí o no.	Cada dona desenvolupa estratègies individuals per alleugerar els símptomes, a més, la majoria proven mesures no convencionals després del fracàs de les convencionals. Moltes dones utilitzen l'exercici, l'ocupació i les activitats socials per distreure's, fet que es veu associat a una disminució de la percepció dels símptomes. Les dones experimenten sentiments negatius quan busquen ajuda mèdica.	Les dones amb CI pateixen malestar i emocions negatives en la vida quotidiana, elles mateixes descobreixen eines per poder-se adaptar. L'atenció professional té molts dèficits i hauria de ser interdisciplinària. Es recomana la creació de grups de suport per poder compartir experiències i que en aquests es puguin incloure membres de la família.

Nº11	The life experiences of women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: A qualitative phenomenological study. Min--Ju Chien, Ching--Hui Chien, Xuan--Yi Huang i Yueh--Tao Chiang. 2023. Taiwan. DOI: 10.1111/jan.15754	Explorar les experiències i identificar els canvis de pensament envers la malaltia que assumeixen.	Estudi qualitatiu fenomenològic. Es van realitzar entrevistes a 15 dones.	Primer estudi que informa sobre l'experiència d'acceptar de tot cor la coexistència amb la malaltia. Les dones passen per diverses etapes marcades per la manera de comprendre i gestionar la malaltia. El principi de la malaltia es veu marcat per símptomes físics exacerbats i sentiments de frustració i desesperança. En conseqüència, la dona adopta estratègies de limitació i d'aïllament. Finalment, accepta la realitat i s'empodera desenvolupant habilitats i estratègies per fer front i gestionar els símptomes.	Tot i que la CI genera un gran impacte físic, emocional i social, les dones es poden adaptar i coexistir amb la malaltia.
Nº12	Women's Experiences of Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. Angela Kirkham and Katherine Swainston. 2022. Regne Unit.	Explorar les experiències vitals de la CI.	Estudi qualitatiu amb enfocament fenomenològic. Es recullen relats escrits a 20 dones amb un diagnòstic de fa, de mitjana, 9 anys.	Les dones es veuen afectades psicològicament per la CI, ja que la seva condició limita molts aspectes de la seva vida. Degut als llargs processos diagnòstics i la manca d'informació o solucions per part dels professionals recorren a la cerca autònoma	Cal millorar la provisió d'informació i el suport psicològic per ajudar les pacients a afrontar les dificultats que genera.

	DOI: 10.1177/0193945921990730			d'informació, això genera un impacte negatiu en elles. A més, necessiten expressar el que suposa la malaltia i tenir un suport social proper, però la por i la vergonya les impedeix expressar-se.	
--	---	--	--	--	--

Font: elaboració pròpia

6. DISCUSSIÓ

6.1 Vivència abans dels diagnòstic

Segons Richardson et al. (Richardson et al., 2025) l'etapa de prediagnòstic ve determinada per símptomes intermitents, que apareixen en forma de brots esdevinguts a partir de relacions sexuals, exercici o dieta. L'alleujament parcial de la simptomatologia genera por en les pacients davant la possibilitat de rèplica de la simptomatologia. En canvi, Olaussen et al. (Olaussen & Jansen, 2026) expliquen que la malaltia comença per infeccions urinàries de repetició, o bé, de forma sobtada. També expliquen com algunes participants relacionen l'aparició de la malaltia a la vivència d'experiències traumàtiques com l'exclusió social o la violència sexual.

En l'estudi de Kirkham et al. (Kirkham & Swainston, 2022) s'exposa que hi ha incertesa causada per la dificultat del diagnòstic o un retard d'aquest. Les dones han de visitar múltiples professionals i han de lidiar sovint amb diagnòstics i tractaments incorrectes, no ser cregudes en explicar els símptomes, frustració, pitjor ajust psicosocial i patiment de símptomes més greus. En la mateixa línia, Gonzalez et al. (Gonzalez et al., 2023) exposen que amb freqüència es diagnostica erròniament una infecció urinària amb el consegüent ús excessiu d'antibiòtics. Richardson et al. (Richardson et al., 2025) coincideixen al descriure com els símptomes en aquesta etapa són desestimats i invalidats pels metges, sobretot quan s'inicien en edats primerenques; i explica com les dones, davant d'aquesta incertesa diagnòstica, decideixen buscar informació elles mateixes sobre els seus símptomes per buscar algun tipus d'alleujament. Segons l'estudi són "obligades a prendre les regnes de la seva situació sense suport mèdic".

Richardson et al. (Richardson et al., 2025). indiquen que els processos de diagnòstic són llargs, sent el temps mitjà des de l'aparició dels primers símptomes fins a rebre un diagnòstic de 3 anys. Porru et al. (Porru et al., 2023), en canvi, indiquen que l'edat mitja de l'inici dels símptomes és de 32,07 anys en dones i que l'edat mitjana del diagnòstic va ser de 41,61 anys. Pel que es registra com un retard diagnòstic de 9,54 anys en dones diagnosticades. Un article (Kirkham & Swainston, 2022), exposa el notable alleujament que experimenten aquestes dones quan reben a la fi un diagnòstic amb el qual se senten representades després de tants anys de no encaixar amb un diagnòstic. Aquesta certesa diagnòstica és beneficiosa per la posterior adaptació a la malaltia (Richardson et al., 2025).

Tot i tenir un diagnòstic, els tractaments requereixen temps per fer efecte, així que no hi ha un alleujament dels símptomes de forma immediata (Richardson et al., 2025).

Wong et al. (Wong et al., 2025) indiquen que les instil·lacions vesicals s'utilitzen quan s'han esgotat totes les opcions de tractament. Amb tot i això, algunes dones van informar que aquestes resultaven ineficaces, cursant amb dolor i inflamació posterior, sense cap millora i sentint desesperança. D'altres descriuen alleugeriment després de múltiples instil·lacions. Kirkham et al. (Kirkham & Swainston, 2022) indiquen l'ús de múltiples tractaments, com poden ser les anteriors instil·lacions, amb un èxit molt limitat; coincidint amb Gonzalez et al. (Gonzalez et al., 2023) que exposen com les dones qualifiquen negativament l'experiència del tractament, tant pel que fa a l'infratractament com el sobretractament. Sutherland et al. (Sutherland et al., 2024) diu que el millor tractament és aquell que és personalitzat, amb un enfocament multidisciplinar i un model biopsicosocial.

En Brown et al, (Brown et al., 2024) expliquen que les pacients senten que els professionals s'adhereixen a un protocol de tractament en comptes de ser escoltades, en la línia d'altres estudis (Gonzalez et al., 2023) que destaca que els professionals no fan un seguiment adequat de la progressió del tractament i la millora dels símptomes, i on es justifiquen dient que les dones són hipocondríiques. Richardson(Richardson et al., 2025) diuen que la major part de les experiències de les dones en l'àmbit sanitari són negatives i insatisfactòries i elles es perceben com una generació experimental de prova i error, en la qual els tractaments mèdics invasius, els retards en el diagnòstic i la majoria dels tractaments provoquen un augment del dolor i agreujament dels símptomes. De la mateixa manera, l'article de Chen et al. (Chen et al., 2020) diu que les dones consideren els processos mèdics com una pèrdua de temps, diners i força física.

Des del model de Callista Roy (Martha Alligood, 2022), la vivència inicial de la simptomatologia i prediagnòstic es caracteritza per una resposta ineficaç davant estímuls focals, que en aquest cas serien els símptomes urinaris i el dolor. Aquests es veuen amplificats pels estímuls contextuais, que serien la invalidació d'aquests i el propi retard diagnòstic. Aquesta manca d'adaptació genera conductes desorganitzades i estrès, que impulsen a la cerca d'informació i d'estratègies.

6.2 Factors agreujants i protectors vinculats a la simptomatologia, suport social i atenció professional

Chen et al. del 2020 (Chen et al., 2020) descriu que les dones pateixen tot el dia dolor a la bufeta i símptomes al tracte urinari inferior. Chien et al. del 2023 (Chien et al., 2023) identifica els símptomes urològics més comuns; aquests són la freqüència, la urgència urinària, la nictúria, l'insomni i la falta d'energia l'endemà. Sutherland et al. (Sutherland et al., 2023) afegixen que el dolor inclou pressió o desconfort en la bufeta, dolor en aguantar l'orina, cremor i irritació en orinar i molèsties pelvianes. Chien et al. (Chien et al., 2023) comenten que les dones pateixen un dolor que no es pot suportar i que és extrem.

Porru et al. (Porru et al., 2023) assenyala que el dolor, els símptomes urològics i les condicions psicopatològiques estan interrelacionats i no es poden entendre de manera independent. Així, els símptomes i el dolor generen afectació psicològica, de la mateixa forma que la depressió, l'ansietat i la catastrofització derivades poden agreujar el dolor (Kirkham & Swainston, 2022). Richardson et al. (Richardson et al., 2025), Brown et al. (Brown et al., 2024) i Sutherland et al. (Sutherland et al., 2023) conclouen indicant que les dones experimenten culpa i responsabilitat envers els seus símptomes, especialment quan realitzen comportaments considerats “normals”, com menjar el que mengen els altres o beure el que beuen els altres.

Sutherland et al. (Sutherland et al., 2024) anomena dos tipus diferents de dolor en la CI: el localitzat (25% de les pacients), que serien els símptomes urològics en la pelvis; i el generalitzat (75% de les pacients), com podria ser un dolor abdominal, el qual comporta nivells més alts d'estrès psicològic, pitjor afrontament dels símptomes i major interferència en la vida diària. Sutherland et al. (Sutherland et al., 2023) exposen que el dolor s'associa sovint a desesperança, anhedonia i falta d'energia, generant fins i tot la sensació que la vida no val la pena.

Sutherland et al. (Sutherland et al., 2024) informen que la medicació tracta de forma parcial els símptomes, per la qual cosa han de recórrer a estratègies per abordar i fer front a les condicions que comporta la malaltia, com la restricció de la ingesta de líquids, limitacions dietètiques o la modificació d'activitats diàries en funció dels lavabos. En la mateixa línia, Wong et al. (Wong et al., 2025) descriuen que moltes dones experimenten desesperació per obtenir alleujament i insatisfacció amb les estratègies proposades pels professionals sanitaris, fet que les porta a buscar constantment consells i experiències compartides sobre la gestió dels símptomes i desenvolupar estratègies pròpies.

El suport social esdevé un element clau per les dones amb CI. Inclou tenir amistats que es preocupin per elles, ajuda familiar i comprensió per part de la parella (Kirkham & Swainston, 2022). Diversos estudis mostren que les dones troben moments d'empoderament en grups de suport, on compartir experiències, intercanvi d'experiències clíniques, coneixement sobre el diagnòstic i el tractament, i estratègies per gestionar la malaltia les ajuda, les fa sentir menys soles (Richardson et al., 2025) (Brown et al., 2024) (Sutherland et al., 2023). Finalment, Wong et al (Wong et al., 2025) afegeixen que les dones amb símptomes més greus depenen de fòrums anònims per a l'autogestió.

Brown et al. (Brown et al., 2024) descriuen que les dones amb aquesta malaltia pateixen un dolor invisible, ja que la seva aparença externa és "normal". Expressen que un dels aspectes més molestos de viure amb dolor crònic és la lluita perquè els altres entenguin la seva condició com a real i vàlida i que no és un dolor exagerat, afectant diferents àmbits de la seva vida diària. Chien et al. (Chien et al., 2023) assenyalen que han d'afrontar la malaltia en solitud i sentint-se incompreses. Kirkham et al, (Kirkham & Swainston, 2022) destaquen que, tot i intentar mantenir una vida "normal", sovint han de cancel·lar activitats, com viatges o àpats, a casusa de la simptomatologia; generant-se incomprensió, l'aïllament social, afectacions de la relació de parella i del benestar. Segons Kirkham (Kirkham & Swainston, 2022) moltes dones opten per no explicar la seva malaltia per estigma, vergonya o modèstia, de manera que poques persones de l'entorn coneixen el seu diagnòstic. Chien et al. (Chien et al., 2023) indiquen que per evitar preocupar els familiars, carreguen soles amb el pes de la malaltia.

Pel que fa a l'atenció professional, els articles de Richardson (Richardson et al., 2025), Brown (Brown et al., 2024) i Oulassen (Olaussen & Jansen, 2026) assenyalen que hi ha una manca de coneixement professional, el qual influeix en la confiança dels pacients. Gonzalez et al. (Gonzalez et al., 2023) mostra que hi ha moltes barreres per a una atenció sanitària centrada en el pacient, on s'inclouen: infra i sobretractament, manca d'empatia dels professionals, desconfiança en les recomanacions clíniques i la necessitat d'informació addicional per comprendre millor la malaltia. Major informació i comunicació signifiquen una millor adaptació i resultats de salut (Kirkham & Swainston, 2022).

Brown et al. (Brown et al., 2024) comenta que molts professionals insinuen que el dolor té un origen subjectiu, vinculat a una disposició cognitiva ansiosa atribuïda al gènere, i per tant, no prové d'una causa patològica. Així, sovint els metges les qualifiquen com a persones nervioses o amb massa tensió; entenen que això és la causa principal dels seus

síntomes. Com a conseqüència, i també a causa dels llargs processos diagnòstics, molts acaben pensant que el seu dolor és psicossomàtic, autoinduït i inexistent. Els articles de Richardson (Richardson et al., 2025), Brown (Brown et al., 2024) i Chen (Chen et al., 2020) corroboren que els símptomes són desestimats i invalidats. L'estudi de Olaussen (Olaussen & Jansen, 2026) comenta que això implica la reducció del temps d'atenció, banalització del dolor, diagnòstics atribuïts a causes psicològiques, qüestionar el discurs de les pacients i retard en el diagnòstic i el tractament.

6.3 Qualitat de vida

Les dones amb CI presenten una pitjor qualitat de vida que la població general, a causa del dolor, l'afectació del funcionament social i sexual, les limitacions derivades dels símptomes, el baix nivell de vitalitat i el deteriorament físic (Kirkham & Swainston, 2022). A més, la gestió dels símptomes és complicada i comporta un cost emocional i mental que condueix a rendir-se, els compromisos socials, familiars o laborals els han d'adaptar constantment i les decisions pel futur es veuen condicionades i ja no són les mateixes que les d'abans (Kirkham & Swainston, 2022). Sutherland et al. (Sutherland et al., 2023) afegeixen que aquests símptomes comporten una constant hipervigilància i inquietud, que redueixen dràsticament la qualitat de vida de la dona.

Per altra banda, l'estudi de Chien (Chien et al., 2023) comenta que la freqüència urinària i el dolor afecten la concentració i l'activitat laboral es veu interrompuda pels cops que han d'acudir al lavabo. Les dones se senten més fatigades i sovint necessiten agafar baixes mèdiques per tractaments o brots. En la mateixa línia, els articles de Richardson (Richardson et al., 2025) i Kirkham (Kirkham & Swainston, 2022) mostren que moltes deixen o perden la feina pels símptomes i les dificultats de gestionar la malaltia en l'àmbit laboral.

Porru et al. (Porru et al., 2023) afegeixen que una altra esfera afectada significativament és la son, ja que la nictúria i els trastorns urològics interfereixen amb el descans nocturn. Alhora, Kirkham (Kirkham & Swainston, 2022) descriuen que la privació de la son afecta en les tasques diàries per la manca d'energia.

A nivell econòmic, diversos autors coincideixen en el fet que la CI té un impacte important (Gonzalez et al., 2023)(Olaussen & Jansen, 2026). Destaquen que algunes dones poden tenir problemes d'accessibilitat econòmica, sobretot en països on la sanitat és privada. A més, les dones han d'assumir despeses addicionals, com dietes específiques o l'augment

de la factura de la llum, ja que el fred pot agreujar els símptomes i necessiten encendre la calefacció.

Pel que fa a la comorbiditat, les dones associaven sovint la CI amb altres malalties incloent: endometriosis, fibromiàlgia, depressió i trastorns autoimmunitaris com l'artritis reumatoide i el lupus. Altres diagnòstics mencionats incloïen ansietat, síndrome de miositis tensional, síndrome de l'intestí irritable, neuràlgia del pudend, vulvodínia, vaginisme, disfunció del sòl pelvià, síndrome de bufeta hiperactiva i colitis. Les dones sovint descrivien l'impacte debilitant de viure amb 2 o més patologies (Gonzalez et al., 2023).

En l'esfera sexual, la disparèunia i la disminució del desig sexual i de sentir plaer amb les relacions sexuals són molt freqüents en dones amb CI (Richardson et al., 2025) (Sutherland et al., 2025). Richardson et al (2025) afegixen que aquests fets generen temor i por que afecten negativament les relacions íntimes, contribuint a conflictes matrimonials, sentint-se en la necessitat d'escollir entre tenir sexe o no tenir dolor (Richardson et al., 2025) (Kirkham & Swainston, 2022). Per acabar de complicar aquesta situació, alguns professionals sanitaris desestimen la sexualitat de les pacients amb frases com: "no és tan important", "això no t'està passant" i "no hi podem fer res" (Richardson et al., 2025). Conseqüentment, la majoria de les dones amb CI que pateixen problemes amb la sexualitat no busquen ajuda (Sutherland et al., 2025).

Tenint en compte la salut mental de les pacients, Sutherland et al (Sutherland et al., 2024) identifiquen que les dones amb CI tenen sis vegades més probabilitats de patir un trastorn depressiu que la població general i Porru (Porru et al., 2023) associa la depressió amb una percepció més elevada del dolor i una interferència més gran en les activitats de la vida diària. Com a resultat dels procediments diagnòstics invasius i la intervenció mèdica, els retards en el diagnòstic, l'empitjorament dels símptomes, els efectes agreujats en les seves vides i la manca d'un alleujament consistent i significatiu, les dones se sentien desesperançades respecte a les seves vides i les dones es senten soles, anormals i invisibles al món (Richardson et al., 2025). Richardson i Chien (Chien et al., 2023) identifiquen que moltes dones presenten ideacions suïcides com a forma d'alliberament al no contemplar una possible solució.

Els autors indiquen la importància de fomentar que les pacients es mantinguin socialment i físicament actives, ja que pot contribuir a reduir l'impacte emocional dels símptomes (Sutherland et al., 2024). Recíprocament, l'article de Porru (Porru et al., 2023) considera

que les dones amb depressió més severa experimenten un dolor afectiu més gran com a resultat d'estratègies d'afrontament inadequades. Finalment, l'estudi de Kirkham (Kirkham & Swainston, 2022) posa de manifest la manca de suport en salut mental, fet que pot afavorir un augment del patiment físic i emocional i l'ús d'estratègies desadaptatives.

Des del model de Roy (Martha Alligood, 2022), la qualitat de vida de les dones amb CI, constitueix una alteració simultània dels quatre modes adaptatius; veient disminució de la integritat física, psicològica i social.

6.4 Adaptació a la nova realitat

Segons Kirkham et al. (Kirkham & Swainston, 2022), en aquesta malaltia resta sempre l'esperança de que hi hagi una cura per viure sense dolor, però al cap i a la fi, hi ha d'haver un canvi en l'autopercepció. Tal com explica Kirkham (Kirkham & Swainston, 2022), la insatisfacció amb el tractament i la reticència a realitzar altres, fa que les dones busquin i provin diferents estratègies d'autogestió.

Chien et al afirmen que desenvolupar estratègies d'autocura minimitza la reaparició de símptomes (Chien et al., 2023). Segons Sutherland et al, hi ha un ús elevat d'estratègies d'afrontament per alleujar o prevenir malestar relacionat amb el dolor o la urgència urinària entre aquestes dones (Sutherland et al., 2023). Sutherland et al, al 2025 (Sutherland et al., 2025) descriu que l'autoeficàcia percebuda per afrontar els símptomes contribueix fortament al comportament d'autogestió que es vincula al desenvolupament d'estratègies per gestionar els seus símptomes, poden experimentar una sensació d'empoderament i millora de la percepció de la seva qualitat de vida.

Dos estudis (Sutherland et al., 2023, 2024) identifiquen tres tipus d'estratègies d'enfrontament compensatori: el control primari, que es considera adaptatiu i consisteix en l'enfrontament actiu i resolució de problemes; el control secundari, que consisteix en un afrontament acomodatiu, d'acceptar la condició. Aquestes dues estratègies es consideren adaptatives i resulten en un millor funcionament psicològic. El tercer tipus d'estratègia es descriu com un afrontament passiu, que consisteix en l'evitació d'estímuls estressants, reduir emocions negatives i evitant situacions desagradables en comptes de millorar-les o acceptar-les i, per tant, es considera una estratègia desadaptativa.

Totes les participants utilitzaven almenys una estratègia d'afrontament compensatòria habitualment, i almenys una estratègia adaptativa o desadaptativa en la darrera setmana. Els efectes d'estratègies d'afrontament negatives poden ser més pronunciats en persones

amb depressió i aquesta pot empitjorar la percepció del dolor i dels símptomes i afectar la capacitat per afrontar eficaçment les situacions, ja que les persones amb depressió poden percebre les estratègies d'afrontament com a ineficaces i tenir més dificultats per iniciar o mantenir nous hàbits, així com per identificar esperança i reconèixer els seus propis progressos (Sutherland et al., 2023).

Diversos treballs expliquen que les dones acaben acceptant la malaltia i la seva condició com a forma d'adaptació (Chien et al., 2023)(Richardson et al., 2025) Al cap i a la fi, després de temps convivint amb la malaltia, reconstrueixen la forma de pensar i accepten com es comporta la malaltia en la vida quotidiana. Expliquen també que les dones ho viuen com una part més que s'ha d'integrar a la seva vida, encara que la malaltia cursi amb brots i que els símptomes milloren gradualment amb el tractament, cosa que millora la qualitat de vida, disminueix el malestar i per conseqüència el grau d'interferència de la malaltia es feia més tolerable. De certa manera, tenen l'esperança de que la seva condició continuï millorant i estabilitzant-se. L'estudi de Chien et al (2023) també exposa com la personalitat i el caràcter influeixen per interpretar la malaltia, ja que es reflecteix en l'actitud de cada dona. Aquest canvi de mentalitat, fa que puguin afrontar la situació i adoptar un pensament positiu i una actitud optimista davant la vida. Estar agraïda pels petits èxits que van aconseguint.

D'acord amb Roy (Martha Alligood, 2022), hi ha clarament una reorganització dels quatre modes adaptatius. El mode fisiològic es veu afectat per tractaments amb una eficàcia poc fiable. L'autoconcepte varia entre la desesperança i l'empoderament. El rol de les pacients passa de ser passiu, a ser un agent totalment actiu en la gestió de la condició. La interdependència es veu reforçada a través de grups de suport. La teoria de Callista Roy, ens permet entendre que les dones amb CI no es troben en un estat fix de salut, sinó que es tracta d'un procés continu d'adaptació, on l'objectiu no és eliminar símptomes o evitar-los, sinó aconseguir la millor resposta de cada dona en el moment en què aquests apareixen, per mantenir el dia a dia i, per tant, que la qualitat de vida no es vegi deteriorada.

7. CONCLUSIONS

Un cop realitzada la present revisió narrativa, es conclou de la següent manera:

Tenint en compte l'objectiu general plantejat, que era “determinar quina és la qualitat de vida en dones adultes diagnosticades amb cistitis intersticial; així com és el seu procés d'adaptació a aquesta malaltia a partir de la revisió de la literatura existent”, els autors revisats coincideixen en el fet que hi ha una menor qualitat de vida en les dones que pateixen la malaltia. Els símptomes urinaris i el dolor que comporta la malaltia generen un impacte negatiu en múltiples esferes, incloent-hi la social, en la que es produeix un aïllament; la laboral, a causa de la fatiga i la incapacitat de combinar els símptomes amb la feina; la sexual, en la qual s'ha evidenciat nivells alts de disfunció sexual i altres com l'esfera econòmica. A causa d'aquest impacte, els estudis remarquen una clara relació entre la malaltia i la salut mental, evidenciant nivells alts d'ansietat i depressió.

Pel que fa al primer objectiu específic d'aquest treball, que era “comprendre quines són les diferents etapes per les quals passen les dones diagnosticades de cistitis intersticial.”, es confirma que les dones passen per un procés que s'estructura en tres etapes: la fase de prediagnòstic, on predominen els símptomes sense informació sobre la gestió, els errors de diagnòstic i tractament, la incertesa i la invalidació de símptomes per part dels professionals; la fase de diagnòstic inicial, marcada per un alleujament i la validació dels símptomes, malgrat el retard; i l'última fase, la fase de postdiagnòstic, caracteritzada per la cronicitat i l'adaptació a aquesta malaltia, mitjançant el canvi de rol i el desenvolupament d'estratègies per a la integració de la malaltia en la seva vida.

Respecte al segon objectiu específic, que era “identificar els factors agreujants i protectors que generen un impacte en la qualitat de vida de les dones amb cistitis intersticial”, es pot veure que la literatura existent destaca tres factors: el símptomes, el suport social i el desconeixement professional. Els articles descriuen la repercussió negativa que tenen els símptomes urinaris i el dolor en les activitats de la vida diària i en el funcionament social i laboral de la dona. Alhora, assenyalen que els símptomes comporten nivells elevats de malestar emocional. Pel que fa al suport social, les dones descriuen la CI com a “invisible”. Per motius de presentació de la malaltia, el gènere i la desinformació, els estudis mostren que les dones reben poca validació social i professional. Respecte al desconeixement professional, aquest genera retards en el diagnòstic, processos incerts i ineficaços de tractament, la necessitat de buscar estratègies pròpies i la manca de reconeixement de l'experiència de la dona.

Finalment, en el tercer objectiu específic plantejat en aquesta revisió, que era “descriure quin és el procés d’adaptació de les dones amb cistitis intersticial des de la visió de la teoria de Callista Roy”, s’ha pogut veure que tot el transcurs de la malaltia tracta d’una constant adaptació. Es confirma que l’adaptació és un procés dinàmic, on les dones passen d’un rol passiu a un d’actiu, desenvolupant estratègies d’afrontament. El procés va des de la cerca d’informació, la presa de decisions sobre el tractament, la modificació de l’estil de vida i l’ús d’estratègies d’afrontament, tant adaptatives com desadaptatives, que també acaben tenint impacte en la qualitat de vida de la dona. També el suport social i professional tenen un impacte en aquest procés. Així i tot, amb els anys, les dones acaben acceptant la condició, integrant-la en la seva vida. Es reconstrueix el seu autoconcepte i l’objectiu no és no tenir símptomes, sinó aconseguir la millor resposta per part de la dona quan aquests apareguin, per tal de no alterar el benestar i la qualitat de vida.

8. LIMITACIONS I FUTURES LÍNIES DE RECERCA

Inicialment, es va plantejar el treball com un estudi qualitatiu fenomenològic, entrevistant a persones conegudes que patien la malaltia per analitzar-ne el contingut i relacionar-lo amb una teoria infermera. No obstant això, en les fases inicials es va acordar fer un canvi metodològic a causa dels inconvenients de temps per tramitar els comitès d'ètica corresponents.

Després d'aquesta revisió narrativa s'ha arribat a la conclusió que hi ha una manca de coneixement en relació amb aquesta malaltia, fet que dificulta oferir una atenció òptima i un cuidatge integral a la dona. En aquest sentit, es proposa que la investigació segueixi la línia de generar evidència sobre l'etiologia, la fisiopatologia i el tractament de la malaltia.

De la mateixa manera, seria necessari ampliar el coneixement sobre el cuidatge infermer de la cistitis intersticial, especialment pel que fa a l'educació sanitària, el suport emocional, la millora del maneig dels símptomes i l'abordatge familiar i social.

9. BIBLIOGRAFIA

- Alipour-Vaezi, M., McNamara, R. S., Rukstalis, M. R., Gentry, E. C., Rukstalis, D. B., Penzien, D. B., Tsui, K. L., & Zhong, H. (2025). Comparative Risk of Developing Interstitial Cystitis With Childhood Gastrointestinal, Urological, Autoimmune, or Psychiatric Disorders. *Neurourology and Urodynamics*, 44(7), 1448–1454. <https://doi.org/10.1002/NAU.70104>
- Bernal-Guerrero, S., & Vinaccia-Alpi, S. (2022). Aspectos psicológicos asociados a la cistitis intersticial. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(5), 333–338. <https://doi.org/10.24875/RECHOG.22000033>
- Brown, V. L., James, A., Hunleth, J., Bradley, C. S., Farrar, J. T., Gupta, P., Lai, H. H., Lowder, J. L., Moldwin, R., Rodriguez, L. V., Yang, C. C., & Sutcliffe, S. (2024). Believing women: a qualitative exploration of provider disbelief and pain dismissal among women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome from the MAPP research network. *International Urogynecology Journal*, 35(1), 139–148. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05677-0>
- Chen, H. C., Liu, C. Y., Liao, C. H., & Tsao, L. I. (2020). Self-perception of symptoms, medical help seeking, and self-help strategies of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Lower Urinary Tract Symptoms*, 12(3), 183–189. <https://doi.org/10.1111/LUTS.12300>
- Chien, M. J., Chien, C. H., Huang, X. Y., & Chiang, Y. T. (2023). The life experiences of women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: A qualitative phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4607–4620. <https://doi.org/10.1111/JAN.15754>
- Enríquez Enríquez, M. J. (2024). Fisiopatología, evaluación y estrategias terapéuticas de la cistitis intersticial, una causa de dolor pélvico crónico. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 8(4), 51–61. <https://doi.org/10.34192/CIENCIAYSALUD.V8I4.803>
- Gonzalez, G., Vaculik, K., Khalil, C., Zektser, Y., Arnold, C. W., Almario, C. V., Spiegel, B. M. R., & Anger, J. T. (2023). Experiences of Women With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: What Can We Learn From Women’s Online Discussions? *The Journal of Urology*, 209(1), 208–215. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002955>

- Gorozabel, T. E. P., Reyes, K. D. P., & Zavala, A. M. M. (2025). Cistitis Intersticial, causas, complicaciones y diagnóstico. *Revista Científica Multidisciplinar G-Nerando*, 6(1), ág. 679-706-ág. 679 – 706. <https://doi.org/10.60100/RCMG.V6I1.429>
- Hanno, P., Cervigni, M., Choo, M. S., Clemens, J. Q., Lee, M. H., Malde, S., Meijlink, J., Samarinas, M., Ueda, T., & Gold, D. (2023). Summary of the 2023 report of the international consultation on incontinence interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS) committee. *Continence*, 8, 101056. <https://doi.org/10.1016/J.CONT.2023.101056>
- Hanno, P. M., Erickson, D., Moldwin, R., & Faraday, M. M. (2015). Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *Journal of Urology*, 193(5), 1545–1553. <https://doi.org/10.1016/J.JURO.2015.01.086>
- Jhang, J. F., Jiang, Y. H., & Kuo, H. C. (2022). Current Understanding of the Pathophysiology and Novel Treatments of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Biomedicines*, 10(10), 2380. <https://doi.org/10.3390/BIOMEDICINES10102380>
- Kirkham, A., & Swainston, K. (2022). Women's Experiences of Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. *Western Journal of Nursing Research*, 44(2), 125–132. <https://doi.org/10.1177/0193945921990730>
- Li, J., Yi, X., & Ai, J. (2022). Broaden Horizons: The Advancement of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(23). <https://doi.org/10.3390/IJMS232314594>
- Lin, C. C., Huang, Y. C., Lee, W. C., & Chuang, Y. C. (2020). New Frontiers or the Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome - Focused on Stem Cells, Platelet-Rich Plasma, and Low-Energy Shock Wave. *International Neurourology Journal*, 24(3), 211–221. <https://doi.org/10.5213/INJ.2040104.052>
- Marcu, I., Campian, E. C., & Tu, F. F. (2018). Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 36(2), 123–135. <https://doi.org/10.1055/S-0038-1676089/ID/JR001132-22/BIB>
- Martha Alligood. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (Elsevier UK, Ed.; 10th Edición). <https://clinicalkeymeded.elsevier.com/books/9788413823645>

- Moody, C. C., & Fashokun, T. B. (2021). Painful Bladder Syndrome/Interstitial Cystitis and High Tone Pelvic Floor Dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 48(3), 585–597. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2021.05.010>
- Olaussen, C., & Jansen, T. L. (2026). Living With Interstitial Cystitis: A Qualitative Study of Women's Experiences. *Western Journal of Nursing Research*, 48(1). <https://doi.org/10.1177/01939459251387205>
- Porru, D., Anselmo, D., Magliano, A., Scalmati, S., de Silvestri, A., Ilardi, M., Gardella, B., Spinillo, A., Politi, P., & Naspro, R. (2023). Quality of life analysis in bladder pain syndrome/interstitial cystitis: implications for a multimodal integrated treatment. *Minerva Urology and Nephrology*, 75(5), 634–641. <https://doi.org/10.23736/S2724-6051.23.05292-8>
- PRISMA 2020 flow diagram — PRISMA statement. (n.d.). Retrieved April 27, 2026, from <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
- Quentin Clemens, J., Erickson, D. R., Varela, N. P., & Henry Lai, H. (2022). Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *The Journal of Urology*, 208(1), 34–42. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002756>
- Richardson, H. M., Kleinplatz, P. J., Charest, M., Rice, E. E., DiCaita, H., D'souza, K., & Rosen, L. A. (2025). "I can't enjoy my full sex life": Understanding the sexual experiences of women with interstitial cystitis. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/13591053251354906>
- Sutherland, S., Grace Kelly, A., McKernan, L. C., Dmochowski, R. R., Reynolds, W. S., & Sebesta, E. M. (2024). Coping With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Neurourology and Urodynamics*, 43(8), 1895–1902. <https://doi.org/10.1002/NAU.25579>
- Sutherland, S., Grace Kelly, A., Ryden, A., Dmochowski, R. R., Reynolds, W. S., & McKernan, L. C. (2023). Compensatory coping and depression in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Neurourology and Urodynamics*, 42(1), 322–329. <https://doi.org/10.1002/NAU.25089>
- Sutherland, S., Grace Kelly, A., Walsh, E. G., Dmochowski, R. R., Burton, R., & McKernan, L. C. (2025). Self-Efficacy in Managing Female Sexual Dysfunction in Interstitial Cystitis. *Urology*, 204, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2025.05.010>

Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2023). Quality Of Life. *PubMed*, (Quality Of Life).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>

Universitat Rovira i Virgili, & Centre de Recursos per l'Aprenentatge i l'Investigació Campus Catalunya. (n.d.). *Guies i tutorials del CRAI: 1. Guia de recursos d'Infermeria: Bases de dades*. Retrieved January 2, 2026, from
<https://urv.libguides.com/c.php?g=679504&p=4843009>

Whitmore, K. E., Fall, M., Sengiku, A., Tomoe, H., Logadottir, Y., & Kim, Y. H. (2019). Hunner lesion versus non-Hunner lesion interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *International Journal of Urology*, 26(S1), 26–34. <https://doi.org/10.1111/IJU.13971>

Wong, R., Licari, L. C., Bologna, E., & Adelstein, S. (2025). Interstitial Cystitis Chatter: A Qualitative Evaluation of Bladder Instillation Online. *Urology*, 195, 23–27. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2024.10.051>

Zhang, Z. Y., Zhang, Z., Ling, M., Shi, B. W., & Zhang, Z. W. (2025). Association of Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis with Hyperlipidemia: A Case–Control Study. *International Urogynecology Journal*, 36(9). <https://doi.org/10.1007/S00192-025-06149-3>

9. ANNEXES

9.1 ANNEX I: Cronograma

		Mesos								
		Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
Etapas	Elecció del tema									
	Introducció i justificació									
	Marc teòric									
	Elecció metodologia									
	Redacció d'objectius									
	Cerca bibliogràfica i lectura crítica									
	Resultats i discussió									
	Conclusió i limitacions									
	Revisió i edició									
	Defensa									

9.2 ANNEX II: Preguntes CASPe

Preguntes CASPe estudis qualitius:

1. S'han definit de forma clara els objectius de la investigació?
2. És congruent la metodologia qualitativa?
3. El mètode de investigació es adequat per aconseguir els objectius?
4. La estratègia de selecció de participants es congruent amb la pregunta d'investigació i el mètode utilitzat?
5. Les tècniques de recollida de dades utilitzats són congruents amb la pregunta de recerca i el mètode utilitzat?

6. S'ha reflexionat sobre la relació entre l'investigador i l'objecte d'investigació i reflexivitat)?
7. S'han tingut en compte els aspectes ètics?
8. L'anàlisi de dades ha sigut suficientment rigorós?
9. És clara l'exposició dels resultats?
10. Són aplicables els resultats de la investigació?

Preguntes CASPe estudis de cohorts:

1. L'estudi es centra en un tema clarament definit?
2. La cohort es va seleccionar de la manera més adequada?
3. El resultat es va mesurar amb precisió per minimitzar biaixos?
4. Han tingut en compte el potencial efecte dels factors de confusió en l'estudi/anàlisi de l'estudi?
5. El seguiment dels participants va ser suficientment llarg i complet?
6. Quins són els resultats principals de l'estudi?
7. Quina és la precisió dels resultats?
8. Els resultats són creïbles?
9. Els resultats de l'estudi coincideixen amb una altra evidència disponible?
10. Es poden aplicar els resultats en el teu medi?

Preguntes caspe per ACA:

1. L'assaig respon a una pregunta de recerca clarament definida?
2. L'assignació dels participants als grups d'intervenció es va realitzar de manera aleatoritzada?
3. Van ser adequadament considerats fins al final de l'estudi tots els pacients que han entrat en ell?
4. Es va mantenir el cegament (pacients, clínics i personal de l'estudi)?
5. Els grups eren similars a l'inici de l'estudi?
6. A part de la intervenció estudiada, els grups van rebre un tractament similar?
7. És molt gran l'efecte del tractament?
8. Quina és la precisió d'aquest efecte?
9. Es poden aplicar aquests resultats en el teu medi o població local?
10. S'han tingut en compte tots els resultats clínicament rellevants?
11. Els beneficis a obtenir justifiquen els riscos i les despeses?