

Silvia Diala Luseni
Eudald Seuma Pujol

ABORDATGE DEL DOLOR CRÒNIC
EN EL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Rosa D. Raventós Torner

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'infermeria

EL VENDRELL 2023

“Hay dolores que matan: pero los hay más crueles, los que nos dejan la vida sin permitirnos jamás gozar de ellas.”

Antonie L. Apollinarie Fée.

Agraïments

Volem agrair a les infermeres de comunitària del CAP Nord de Vilafranca del Penedès. La seva col·laboració en el grup focal ha sigut imprescindible per l'obtenció d'informació i pel desenvolupament i desenllaç del treball d'investigació.

També volem donar les gràcies als nostres familiars, que ens han aportat ànims i paciència per tal de poder dur a terme aquest treball.

Si més no, a qui més volem agrair la seva ajuda és a la nostra tutora. En tot moment ha estat una figura essencial, donat que ens ha motivat i orientat durant tot el procés d'elaboració del treball.

ÍNDEX

Agraïments	3
Índex de figures	7
Índex de taules	7
Llista d'abreviatures	7
Resum	8
Abstract	9
1. INTRODUCCIÓ	10
1.1 Justificació	11
2. HIPÒTESI I OBJECTIUS	11
3. MARC CONCEPTUAL	12
3.1. Dolor.....	12
3.1.1. Procés neuronal del dolor.....	15
3.1.2. Dolor crònic.....	16
3.1.3. Gènere i dolor.....	19
3.1.4. Valoració del dolor.....	19
3.1.5. Tractament del dolor.....	22
3.2. Pacient crònic complex.....	24
3.3. El paper de la infermera en el maneig del dolor crònic i model infermer ...	26
3.4. Teoria de mitjà rang dels símptomes desagradables	28
4. METODOLOGIA.....	29
4.1. Cerca bibliogràfica	30
4.2. Tipus d'estudi	31
4.3. Unitat d'observació i participants	31
4.4. Tècnica de recollida de dades.....	32
4.5. Categorització de les dades i anàlisi de resultats.....	33
4.6. Aspectes ètics	34
5. RESULTATS I DISCUSSIÓ	35
5.1. Factors que influeixen en la vivència del dolor crònic	35
5.2. Tractament del dolor crònic.....	38
5.2.1. Adherència i seguiment del pacient crònic complex amb dolor crònic	40
5.3. Treball multidisciplinari envers el dolor crònic.....	43

5.3.1. Recursos d'infermeria envers el maneig del dolor crònic	45
5.4. Abordatge de les infermeres en el tractament del dolor crònic	48
5.4.1. Vivències infermeres envers el dolor crònic.....	53
5.5. Sexualitat en el dolor crònic	55
6. LIMITACIONS DE L'ESTUDI I FUTURES LÍNIES DE RECERCA	57
7. CONCLUSIONS	58
8. BIBLIOGRAFIA	60
9. ANNEXES	67
9.1. Annex 1: Cronograma	67
9.2. Annex 2: Guió Grup Focal	68
9.3. Annex 3: Fulls Informatius per a les participants del Grup Focal.....	69
9.4. Annex 4: Consentiment Informat per a les participants del Grup Focal.....	71
9.5. Annex 5: Fotografies Grup Focal Cap Nord de Vilafranca del Penedès.....	72

Índex de figures

Figura 1. Procés neuronal del dolor.....	15
Figura 2. Estructura general de la classificació del dolor primari crònic.....	17
Figura 3. Model biopsicosocial del dolor crònic.....	19
Figura 4. Escala analgèsica del dolor de l'OMS.....	24
Figura 5. Algoritme tractament de dolor aplicat al PCC.....	26
Figura 6. Procés general d'anàlisi de dades qualitatives.....	34

Índex de taules

Taula 1. Classificació del dolor crònic segons el CIE-11.....	16
Taula 2. Anamnesi del pacient amb dolor crònic.....	20
Taula 3. Mètodes i mesures d'avaluació del dolor.....	21
Taula 4. Teràpies no farmacològiques pel maneig del dolor crònic.....	25
Taula 5. Components que afecten als símptomes desagradables.....	29
Taula 6. Característiques de les infermeres seleccionades pel grup focal.....	32
Taula 7. Criteris d'inclusió i exclusió de les infermeres.....	32
Taula 8. Categories i subcategories de l'anàlisi dels resultats.....	36
Taula 9. Factors estressants envers el dolor crònic.....	36
Taula 10. Tractament del dolor crònic.....	39
Taula 11. Adherència i seguiment del PCC amb dolor crònic.....	41
Taula 12. Treball multidisciplinari envers el dolor crònic.....	44
Taula 13. Recursos d'infermeria envers el maneig del dolor crònic.....	46
Taula 14. Abordatge de les infermeres en el tractament del dolor crònic.....	49
Taula 15. Vivències infermeres envers el dolor crònic.....	53
Taula 16. Sexualitat en el dolor crònic.....	56

Llista d'abreviatures

CIE-11 - Classificació Internacional de Malalties 11^a revisió

DC - Dolor Crònic

OMS - Organització Mundial de la Salut

PCC - Pacient crònic complex

SNC - Sistema Nerviós Central

Resum

El dolor crònic és una malaltia d'alta prevalença que provoca un deteriorament important de la qualitat de vida de les persones. Actualment, hi ha un elevat percentatge de pacients crònics complexos amb un inadequat maneig del dolor, ja que requereix una atenció personalitzada, individualitzada i un abordatge multidisciplinari i multimodal.

L'objectiu és identificar les intervencions, l'abordatge i els coneixements sobre el dolor crònic, de les infermeres d'atenció primària del CAP Nord de la comarca de l'Alt Penedès, que intervenen en la cura dels pacients crònics complexos.

Metodològicament, aquest treball s'ha realitzat entre setembre del 2022 i maig del 2023 a la comarca de l'Alt Penedès en l'àmbit de l'Atenció Primària, té per marc de la investigació qualitativa, és de caràcter fenomenològic, on s'aprofundeix en les experiències viscudes dels i de les participants. Com a tècnica s'ha optat per realitzar un grup focal en el qual han participat infermeres d'atenció primària d'adults que duen a terme el seguiment de pacients crònics complexos i de malaltia avançada de les quals hem pogut determinar l'abordatge del dolor amb aquests pacients.

Com a **conclusions** dels resultats obtinguts del grup focal, podem manifestar que les infermeres tenen els coneixements necessaris per tal d'abordar el dolor crònic. El temps en consulta i la manca en comunicació són factors que afecten per poder dur a terme un abordatge correcte. Entre les intervencions que realitzen destaquen: veure al pacient de manera holística, la realització d'educació sanitària, control de la medicació per assegurar adherència al tractament, i tenir en compte plantejar un enfocament multidisciplinari. Plantegen el tractament com un repte assistencial on s'ha d'incloure tant mesures farmacològiques, com no farmacològiques per millorar la qualitat de vida d'aquests pacients.

Paraules clau: dolor crònic, pacient crònic complex, infermeria d'atenció primària.

Abstract

Chronic pain is a highly prevalent disease that causes a significant deterioration in people's quality of life. Currently, there is a high percentage of complex chronic patients with inadequate pain management, as it requires personalized, individualized attention and a multidisciplinary and multimodal approach.

The **objective** is to identify the interventions, the approach and the knowledge about chronic pain, of the primary care nurses of the CAP Nord, from the Alt Penedès region, who intervene in the care of complex chronic patients.

Methodologically, this work was carried out between September 2022 and May 2023 in the region of Alt Penedès in the field of Primary Care, it has the framework of qualitative research, it has a phenomenological nature, which deepens the lived experiences of the participants. As a technique it has been chosen to hold a focus group in which primary care nurses for adults who carry out the follow-up of complex chronic patients and advanced diseases have participated of which we have been able to determine the approach to pain with these patients.

As **conclusions** from the results obtained from the focus group, we can state that nurses have the necessary knowledge to address chronic pain. The consultation time and the lack of communication are factors that affect being able to carry out a correct approach. Among the interventions they carry out are: seeing the patient holistically, carrying out health education, controlling medication to ensure adherence to treatment, and taking into account a multidisciplinary approach. They consider the treatment as a healthcare challenge where both pharmacological and non-pharmacological measures must be included to improve the quality of life of these patients.

Key words: chronic pain, complex chronic patient, primary care nursing.

1. INTRODUCCIÓ

El dolor crònic es converteix en una malaltia en si mateixa i provoca un deteriorament important de la qualitat de vida de les persones, arribant a afectar físicament i anímicament, en el seu dia a dia i la seva activitat. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es considera que un 20% de la població mundial pateix dolor crònic en algun grau. És un dolor de llarga durada que representa en Espanya un 17%, mentre que la mitjana Europea és del 19%. Aquesta elevada prevalença ve acompanyada d'un increment dels recursos terapèutics relacionats amb el tractament del dolor, així mateix, dels costos associats, tant econòmics com socials, directes i indirectes (Berrocó, 2018).

Actualment, hi ha un elevat percentatge de pacients amb un inadequat maneig del dolor que repercuteix en una major limitació en la realització de les activitats diàries (González-Rendón et al., 2007). Seguint el Pla de salut 2021-2025 una de les accions principals que es vol dur a terme es basa en desplegar el programa d'abordatge del dolor i l'estratègia terapèutica adaptat a l'Àmbit Metropolità Sud pel maneig del dolor crònic no oncològic amb opioïdes (Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona Àmbit Metropolità Sud, 2021).

A l'Àrea Metropolitana Sud, on s'inclouen les comarques de l'Alt Penedès, el Garraf, el Baix Llobregat i la zona sud del Barcelonès; el 43,8% de les dones i el 35,8% dels homes majors de 15 anys, pateixen una malaltia crònica. Aquest tipus de malalties poden afectar qualsevol etapa de la vida (Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona, 2021). Segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), les malalties cròniques estan estretament lligades a l'edat, doncs passen del 12,3% en la població de 0 a 14 anys al 69,7% en les persones majors de 75 anys. A mesura que les persones es fan grans, s'incrementa la probabilitat de tenir diverses afeccions alhora. Una de les més importants és el dolor crònic, que està directament relacionat amb la qualitat de vida (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS), 2022).

La missió de l'atenció a la cronicitat és aportar un nou model d'atenció individualitzat, integral i integrat a les persones afectades de malalties cròniques amb necessitats complexos d'atenció (PCC) potenciant la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte i a l'hora de saber desplegar un model d'atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat com

pot ser el dolor (Torres, 2015), tenint en compte la necessitat de millorar el maneig del dolor crònic i, que aquest tingui un abordatge multidisciplinari i multimodal, tant en la seva avaluació com en el tractament (Blanco et al., 2021).

En els centres d'atenció primària el dolor és un problema molt prevalent, amb una repercussió important en els qui el pateixen i en la seva qualitat de vida. Les xifres que aporten diferents autors sobre el dolor com a motiu de consulta d'atenció primària varien entre el 29% i el 49% (Sánchez Jiménez et al., 2015).

1.1 Justificació

Durant el transcurs de les pràctiques clíniques d'infermeria, vivim moltes situacions on es cuiden persones que pateixen dolor. Freqüentment, observem que s'atenen a pacients que a part de presentar multimorbiditat, pateixen dolor de forma continuada, si més no, el tractament és relativament similar en tots els casos i no sempre poden mantenir el dolor ben controlat.

Actualment, hi ha una àmplia varietat de tractaments farmacològics i no farmacològics que són de gran utilitat per tractar el dolor en situacions agudes. No obstant això, el control del dolor no és senzill quan la malaltia es cronifica, ja que requereix una atenció personalitzada, individualitzada i efectiva. El dolor, com tots els símptomes que produeixen patiment, depèn no solament del símptoma en si mateix, sinó de la sensació que no es tenen recursos per afrontar-ho i de l'abordatge dels professionals (Torralba et al., 2014).

L'objectiu d'aquest estudi es basa en identificar els coneixements, recursos i estratègies que tenen les infermeres d'atenció primària que intervenen en la cura dels pacients crònics complexos per l'abordatge del dolor crònic.

2. HIPÒTESI I OBJECTIUS

Hipòtesi:

L'augment de recursos, autonomia, treball multidisciplinari i un abordatge multimodal repercuteix en l'abordatge de les infermeres en els tractament del dolor crònic dels pacients crònics complexos i influeix en la seva qualitat de vida.

Objectiu general:

- Identificar les intervencions, l'abordatge i els coneixements sobre el dolor crònic, de les infermeres d'atenció primària de la comarca de l'Alt Penedès, que intervenen en la cura dels pacients crònics complexos.

Objectius específics:

- Determinar els factors que intervenen en la cura dels pacients crònics complexos amb dolor crònic.
- Descriure les intervencions i estratègies de les infermeres.
- Explorar la percepció d'infermeria envers el tractament del dolor crònic.
- Identificar la valoració i seguiment que realitza infermeria envers el dolor crònic en els pacients crònics complexos.

3. MARC CONCEPTUAL

3.1. Dolor

Definició de dolor

Pel que fa a la Reial Acadèmia de la Llengua Espanyola, aquesta descriu el terme dolor com una sensació molesta i aflictiva d'una part del cos per causa interior o exterior o un sentiment de pena i angoixa (Ferrán-Reinoso, D. J., 2021).

A dia d'avui s'inclou a la definició de dolor la dimensió cognitiva, i també les respostes motores i conductuals associades al dolor, dins d'un context social i cultural. El dolor es considera com una experiència somato-psíquica de caràcter multidimensional i subjectiu on l'únic que pot informar amb precisió és el mateix pacient (Cáceres-Matos et al., 2020).

Classificació del dolor

El dolor es pot classificar principalment en funció dels criteris següents: durada, fisiopatologia, localització i intensitat (Nicholas et al., 2019).

Durada del dolor:

- a) Es considera que és un **dolor agut** quan roman menys d'un mes i apareix amb rapidesa. Aquest tipus de dolor forma part dels mecanismes de protecció de l'organisme. Funciona com a mitjà de senyal d'alarma biològica davant potencials amenaces anatòmiques o funcionals. Es caracteritza per ser un dolor temporal, intens, continu i en el qual l'inici del dolor està en definit. Està vinculat a canvis en el sistema nerviós autònom, com poden ser taucardies, augment de la sudoració, ansietat, etc.

El més freqüent és que el dolor sigui símptoma o manifestació de l'existència d'una lesió en els teixits. El dolor desapareix quan cura la lesió o desapareix la inflamació, donat que s'efectuen els processos de reparació de la lesió.

- b) **Dolor crònic (DC)** té una duració major a 3 o 6 mesos i apareix de forma gradual. Aquesta definició senzilla permet que el dolor crònic sigui clarament reconeixible independentment de la intensitat del dolor, l'impacte en la funcionalitat i el distrès relacionat amb el dolor.

L'inici del dolor crònic és poc definit i amb menor intensitat. El DC a diferència del dolor agut, no exerceix una funció protectora de l'organisme. És considerat una malaltia donat que afecta múltiples facetes de la vida quotidiana del subjecte que el pateix: personal, familiar, social i laboral. Habitualment s'acompanya de trastorns emocionals com ara ansietat, depressió, trastorns del son, alteració de la gana, fatiga, problemes hormonals, disminució de la mobilitat i trastorns del sistema immunològic i gastrointestinal. Sovint el tractament és complicat i té un impacte negatiu en la qualitat de vida del subjecte (Jiménez-Trujillo et al., 2019).

Fisiopatologia del dolor

Pel que fa a l'**etiopatogènia** del dolor, està marcada pels mecanismes **fisiopatològics** i es diferencien dos tipus:

- a) El **dolor nociceptiu** degut a processos fisiològics associats a l'estimulació dels receptors perifèrics específics de les neurones aferents primàries, en resposta a estímuls químics, mecànics o tèrmics nocius, que tradueixen

aquest senyal en impulsos electroquímics que es transmeten al sistema nerviós central (Pérez Muñoz, M., et al., 2018). Aquest tipus de dolor pot ser somàtic quan es tracta d'un dolor constant, intens i localitzable, o bé pot ser visceral quan és constant i no està ben localitzat.

- b) El **dolor neuropàtic** aquest es desencadena a partir d'una lesió o disfunció del sistema nerviós, ja sigui per traumatisme, compressió, inflamació o isquèmia d'un nervi perifèric, o un gangli de l'arrel dorsal o bé l'arrel dorsal com a tal. Així doncs, el dolor neuropàtic pot romandre temps després que desapareixi l'estímul que ha provocat el dolor, donat que al ser un tipus de dolor irradiat aquest és transmès pel trajecte de nervis mitjançant la distribució perifèrica (Ferrán Reinoso, D. J., 2021).

Localització

El lloc on es percep el dolor pot indicar una causa local subjacent, un origen referit, una distribució dermatomèrica o un nervi perifèric o no tenir cap relació amb els patrons neuroanatòmics tradicionals (Infante Vargas, 2002)

- a) **Dolor localitzat**, provocat per estimulació nociceptiva d'estructures somàtiques. Produeix un dolor sord.
- b) **Dolor irradiat**, es transmet per tot el trajecte d'un nervi amb distribució segmentària o perifèrica.
- c) **Dolor referit**, es percep en regions allunyades, amb una innervació diferent dels teixits estimulats nociceptivament. És més sord i de difícil localització.

Intensitat

- a) **Lleu**: Podeu realitzar activitats habituals.
- b) **Moderat**: Interfereix amb les activitats habituals. Precisa tractament amb opioides menors.
- c) **Sever**: Interfereix amb el descans. Precisa opioides majors.

Altres tipus de dolor:

- a) **Dolor psicogen**, el lloc i la distribució del dolor no segueixen cap patró neuroanatòmic normal i es creu que són originats per alteracions psicològiques o psiquiàtriques, si bé no es tracta de simulació (Ferrán Reinoso, D. J., 2021).

3.1.1. Procés neuronal del dolor

Els nociceptors són receptors específics sensorials que detecten i responen davant els estímuls nocius causants del dolor. Aquests nociceptors són identificats com a fibres C i fibres A δ , són terminacions nervioses lliures amb cossos cel·lulars en els ganglis de les arrels dorsals amb terminació en l'asta dorsal de la medulla espinal.

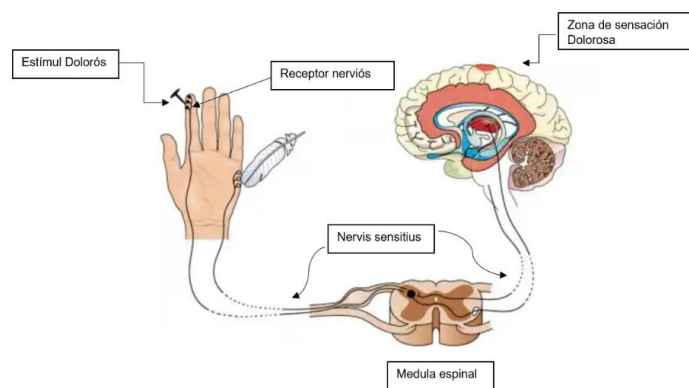


Figura 1: Elaboració pròpia. Procés neuronal del dolor.

Existeixen dos eixos a través dels quals es transmet el dolor: L'eix neoespinalàmic, que és la via primària del senyal del dolor ràpid i l'eix paleoespinalàmic, a través del qual es transmet el dolor crònic.

El procés desencadenant del dolor comporta tres parts (Zegarra-Piérola, J.W., 2007):

- La **transducció** és el procés pel qual l'estímul nociceptiu és convertit en un senyal elèctric mitjançant els nociceptors. Una vegada s'han alliberat els neurotransmissors, els nociceptors perifèrics s'activen, disminueixen el llindar de resposta de les fibres nociceptives i d'allí es desenvolupa el dolor.

- La **transmissió** és el segon estadi del procés del senyal nociceptiu. L'estímul nociu de la perifèria es transmet a la medul·la espinal, després al tàlem i finalment a l'escorça cerebral. Els nociceptors aferents transmeten el senyal de la perifèria a través de l'alliberament de neurotransmissors específics que estan associats amb el dolor.
- La **modulació** és el conjunt de canvis que succeeixen en el sistema nerviós en resposta a un estímul nociceptiu.

3.1.2. Dolor crònic

El dolor crònic és considerat com una malaltia en si mateixa, recollida com a tal en la Classificació Internacional de Malalties (CIE). El maig del 2019 l'Organització Mundial de la Salut va editar una nova classificació internacional de malalties CIE-11, i es van introduir conceptes nous taxonòmics relacionats amb les patologies que cursen amb dolor crònic (Margarit, 2019).

Classificació del dolor crònic segons el CIE-11

CLASSIFICACIÓ DEL DOLOR CRÒNIC SEGONS EL CIE-11	
Dolor crònic primari	Dolor crònic en una o més regions anatòmiques.
Dolor crònic per càncer	Dolor crònic produït per la malaltia del càncer i/o pel tractament.
Dolor crònic postquirúrgic o posttraumàtic	Dolor crònic produït per una lesió o una intervenció quirúrgica
Dolor crònic neuropàtic	Dolor crònic causat per una lesió al sistema nerviós somatosensorial.
Dolor orofacial i cefalea	Dolor crònic de cap i orofacial.
Dolor visceral crònic	Dolor crònic que es produeix als òrgans interns.

Dolor crònic musculoesquelètic	Dolor crònic que afecta ossos, músculs, articulacions, com a conseqüència d'una lesió a els mateixos.
---------------------------------------	---

Taula 1: Elaboració pròpia. Adaptat.

Classificació del dolor crònic segons el CIE-11 (Nicholas et al., 2019).

Classificació del dolor primari crònic

Parlem de dolor primari crònic quan el dolor ha persistit durant més de 3 mesos i està associat amb una discapacitat funcional i/o una angoixa emocional significativa. Tots els subtipus del diagnòstic que es descriuen es consideren de naturalesa multifactorial, amb factors biològics, psicològics i socials (Nicholas et al., 2019).

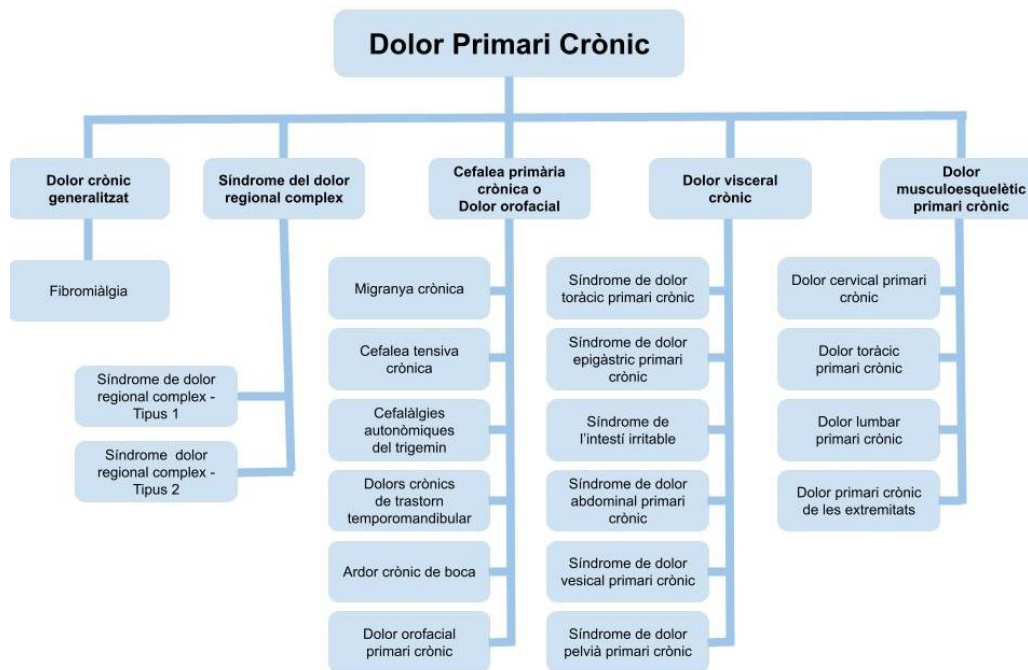


Figura 2: Adaptada. Estructura general de la classificació del dolor primari crònic. (Nicholas et al., 2019).

Factors biospsicosocials que influeixen en el dolor crònic

La percepció del dolor està influenciada per multitud de factors com la cultura, l'edat i les experiències prèvies entre altres. Provoca importants conseqüències de tipus familiar

i laboral, deteriora les relacions socials, causa alteracions de la son i es relaciona amb l'aparició de depressió i ansietat (Achury-Saldaña, 2008).

Actualment, ja es compta amb estudis suficients que permeten entendre la influència dels factors psicosocials i emocionals sobre la percepció del dolor crònic i la importància de tenir-los en compte en els abordatges terapèutics. Així doncs, els programes d'Educació per a la Salut contemplen, factors físics, cognitius i emocionals (Mora et al., 2017).

Pel que fa a l'àmbit sensorial del dolor, se'n caracteritzen les qualitats estrictament sensorials com la localització, intensitat, qualitat, característiques espacials i temporals del dolor. Un exemple serien els mecanismes anatomofisiològics mitjançant la transmissió de l'estímul nociceptiu des de la regió de la lesió fins a centres superiors.

En relació amb l'àmbit motivacional i afectiu del dolor, s'inclouen els canvis emocionals, les reaccions en relació al dolor i totes aquelles creences, valors culturals i variables cognitives de cada persona. Doncs no es valora només la percepció, sinó també el significat del que està passant i del que pugui passar (Pérez Muñoz, M. et al., 2018).

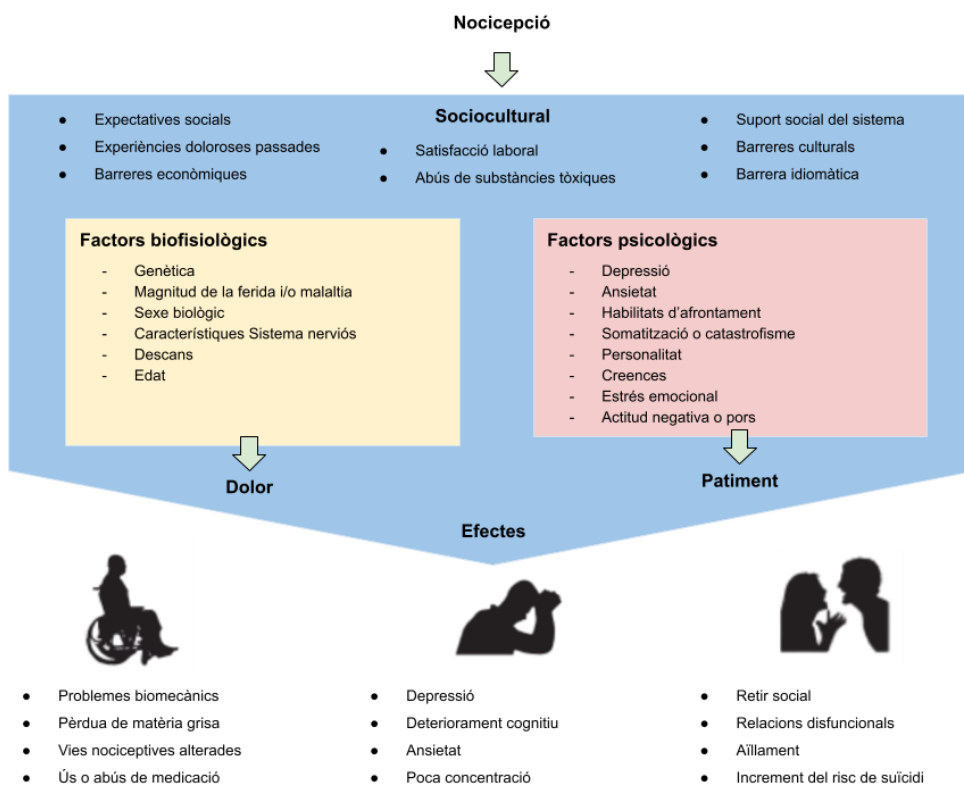


Figura 3. Adaptada. Perspectiva bipsicosocial del dolor (Mora et al., 2017).

3.1.3. Gènere i dolor

Diferents revisions de la literatura i estudis epidemiològics publicats reflecteixen la influència del sexe i el gènere en la percepció i vivència dels trastorns del dolor. En molts es demostra que les dones tenen més risc de patir dolor crònic, de vegades més greu i de més intensitat que els homes. S'hi ha descrit un menor llinar, menor tolerància i diferent sensibilitat al dolor, així com diferents respostes als tractaments, a més de les possibles comorbiditats i la influència de factors biopsicosocials que impacten de manera diferent entre homes i dones (Garzón Sánchez, A., et al., 2022).

Diversos estudis mostren que la proporció de dones amb diagnòstic de dolor crònic és superior que en homes, per tant la falta de consens en el maneig i en el tractament del dolor crònic. Aquest tractament requereix un abordatge individualitzat, multidisciplinari amb un enfoc biopsicosocial, en el qual els pacients crònics es tingui en compte el gènere, conèixer els factors precipitants i el context psicosocial en el qual es produeixen (Jiménez-Trujillo et al., 2019).

3.1.4. Valoració del dolor

El maneig del dolor crònic requereix una exploració física adequada que inclou una valoració molt minuciosa i una atenció especial als exàmens complementaris per al diagnòstic, amb l'objectiu d'arribar a la causa del dolor i amb això tractar-lo adequadament segons el mecanisme que produeix (Blanco et al., 2021).

Com que el dolor és una experiència subjectiva és complexa d'avaluar i per aquest motiu no és suficient utilitzar mètodes objectius, sinó que s'ha de realitzar des d'una perspectiva multidimensional que tingui en compte tant els aspectes físics com factors de comportament i biopsicosocials (Cid et al., 2014).

Anamnesi del pacient amb dolor crònic.	
Qüestionari de dolor (completat pel pacient previ a la consulta)	Entrevista clínica:

<p>Informació bàsica i rellevant sobre el pacient.</p> <p>Revisió del tractament actual.</p> <p>Un dibuix del cos humà on pugui marcar o pintar els llocs on té dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolència principal <ul style="list-style-type: none"> - Història de la dolència principal - Circumstàncies de l'inici del dolor - Antecedents personals - Antecedents familiars - Història laboral i social - Característiques demogràfiques - Característiques del dolor - Circumstàncies de l'inici del dolor - Antecedents mèdics - Entorn social
---	---

Taula 2. Elaboració pròpia. Adaptada. (Cid, et al., 2014).
 Anamnesi del pacient amb dolor crònic.

Avaluació del dolor			
Mètodes verbals	Unidimensionals	EVA (Escala visual Analògica)	La més utilitzada en la qual els pacients han de col·locar un senyal sobre una línia sense marques de 10 cm, on el costat esquerre apareixerà la inscripció "sense dolor" i en el dret "dolor insuportable", El pacient ha de marcar a la línia la quantitat de dolor que pateix. Mesurant la distància en centímetres es pot deduir una xifra de 0 a 10.
		Escala numèrica	En la que es demana al pacient que puntuï el seu dolor de 0 al 10 (sent 0 absència de dolor, i

			10 el dolor més intens que hagi sofert).
		Escala del dolor facial	En la que es mostren cares amb diferents expressions que cataloguen la intensitat del dolor.
	Multidimensionals	Qüestionar i de McGill	Explora les esferes sensorials i afectives.
		Test de Lattinen	Consta d'una sèrie d'apartats que valora diferents aspectes del dolor que, sumats, donen una idea general de l'estat del dolor del pacient.
		Qüestionar i breu del dolor (Brief Pain Inventory)	Desenvolupat principalment per al dolor oncològic, és molt utilitzat en clínica i recerca per a avaluar la intensitat i impacte del dolor i els efectes del tractament analgèsic.
	Escales de Valoració del dolor Neuropàtic	The LANSS Pain Scale	
		The Neuropathic Pain Questionnaire	
		Douleur neuropathique en 4 questions (DN4):	
		Pain DETECT	
Mesures fisiològiques	Proves que es poden demanar	Estudi de les respostes psicofisiològiques del sistema nerviós autònom. Estudi de patrons electromiogràfics. Potencials evocats. Neurografia percutània.	

		Reflexos nociceptius de dolor. Determinació de catecolamines, cortisol i ADH. Determinació de paràmetres respiratoris.
	Exploració	Exploració física general
		Examen músculesquelètic
		Examen neurològic
		Examen psiquiàtric

Taula 3. Elaboració pròpia. Adaptada. Avaluació del dolor (Cid, et al., 2014).

3.1.5. Tractament del dolor

L'enfocament en el maneig del dolor crònic ha de basar-se en un tractament multimodal combinant programes basats en el maneig farmacològic i no farmacològic (Blanco, et al., 2021).

Mesures farmacològiques pel maneig del dolor

Més del 90% de les persones que presenten dolor crònic prenen medicació, principalment analgèsics. Menys del 10% adopten mesures alternatives per alleugerir el dolor. La medicació és indicada pel metge en dues terceres parts dels casos i un 30% és automedicació (Catalunya, 2010).

Els fàrmacs són la primera línia d'acció en el tractament del dolor. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va crear una escala per tenir una guia a l'hora de tractar el dolor oncològic, tot i que actualment es pot extrapolar molts tipus de dolor. Es tracta d'un mètode seqüencial farmacològic que ordena certs fàrmacs que tenen una eficàcia i seguretat àmpliament demostrada (Gómez Borja, 2021).

És important tenir en compte les recomanacions per l'ús correcte dels analgèsics i perquè l'administració d'aquests siguin efectius. Així doncs, la via d'administració més adient és l'oral i es recomana seguir els intervals regulars de la prescripció de la

medicació, ja que repercuteix en la durada de l'eficàcia del medicament per alleujar el dolor. De la mateixa manera, en respectar els intervals definits podem valorar la dosi que pren el pacient i aquesta s'ha d'adaptar a la intensitat del dolor segons l'avaluat per una escala d'intensitat.

El model de l'escala analgèsica de l'OMS consisteix en l'agrupació de 3 esglaons d'analgèsics que s'organitzen en funció de la capacitat que tenen per alleujar la intensitat del dolor.

A més a més dels fàrmacs analgèsics, també es poden combinar amb altres fàrmacs per tal de millorar l'eficàcia del tractament. Aquests tipus de fàrmacs s'anomenen coadjuvants i són complements dels altres fàrmacs que serveixen per potenciar l'acció analgèsica (Batet, et al., 2016).

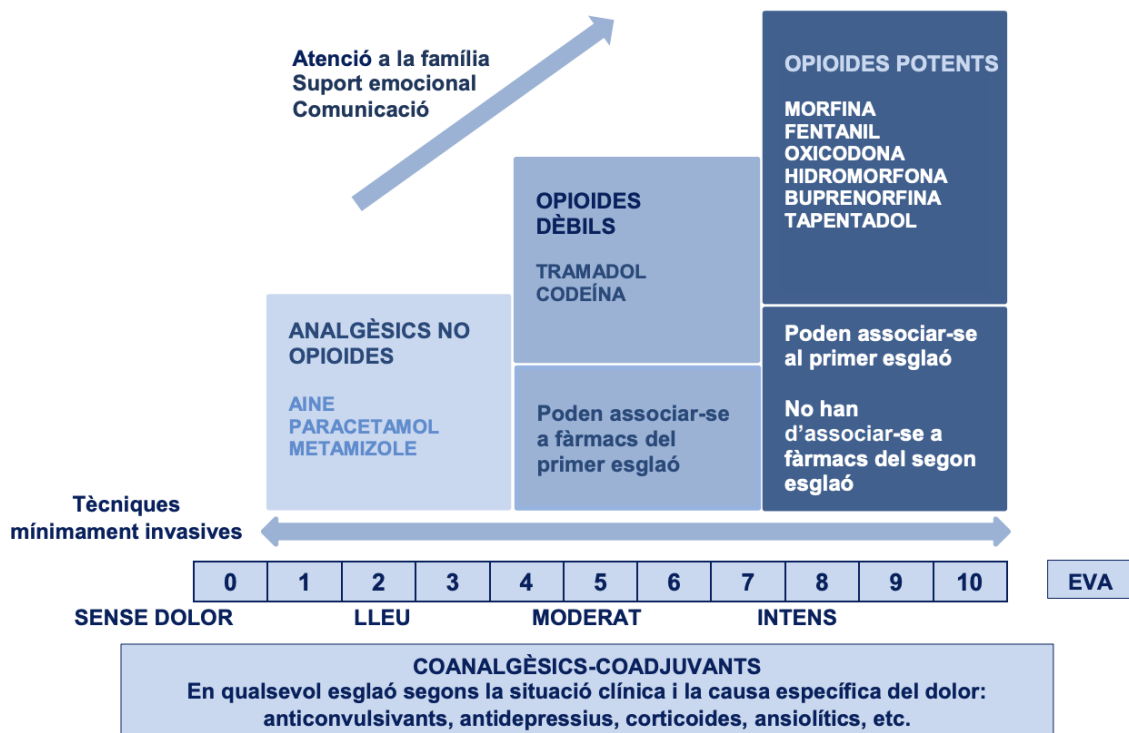


Figura 4: Escala analgèsica del dolor de l'OMS (Batet, et al., 2016).

En el perfil de pacients terminals i/o pal·liatius es poden realitzar una sèrie de tècniques invasives o especials que corresponen a un quart esglaó. Es tracten de tècniques no farmacològiques que poden alleujar el dolor en intensitats superiors a les pal·liables amb analgèsics opioides potents. Si més no, actualment es prefereix que la inclusió

d'aquestes tècniques sigui de manera precoç. Alguns dels exemples de les teràpies són el bloqueig nerviós, la radiofreqüència, radioteràpia i quimioteràpia pal·liativa (González González, S., 2021).

Mesures no farmacològiques pel maneig del dolor

Les medicines complementàries constitueixen una combinació àmplia i complexa d'intervencions, filosofies, enfocaments i teràpies que adopten un punt de vista holístic de l'atenció amb el tractament de la ment, el cos i l'esperit (Batet et al, 2016). Existeix una gran varietat de medicines alternatives amb la finalitat de controlar el dolor (Moix, J., et al., 2011).

Teràpies psicològiques pel maneig del dolor crònic	Relaxació muscular progressiva	
	Biofeedback	
	Hipnosis	
	Meditació i Teràpia d'acceptació	
Tècniques conductuals	cognitivo-	Respiració i relaxació. Maneig de l'atenció. Reestructuració cognitiva. Solució de problemes. Maneig d'emocions i assertivitat. Organització del temps i activitats reforçadores. Educació en l'exercici físic. Higiene postural. Prevenció de recaigudes.

Taula 4. Elaboració pròpia. Adaptada.

Teràpies no farmacològiques pel maneig del dolor crònic (Moix, et al, 2011).

3.2. Pacient crònic complex

Els pacients crònics complexos segons l'Estratègia per a l'Abordatge de la Cronicitat en el Sistema Nacional de Salut es defineix com aquell que presenta major complexitat en el seu maneig en presentar necessitats canviants que obliguen a revaloracions contínues i fan necessària la utilització ordenada de diversos nivells assistencials i en alguns casos serveis sanitaris i socials (Romero et al., 2017).

Les dues grans complicacions que es destaquen i coincideixen en tots els pacients són les descompensacions de les seves malalties cròniques i descompensacions per errors en la medicació. Cal destacar condicions de multimorbiditat o malaltia crònica única greu, alta probabilitat de crisi, simptomatologia múltiple de difícil control, elevada utilització de serveis d'urgències, fàrmacs i hospitalitzacions, fragilitat de base, perduda funcional, probabilitat de deterioració ràpida i/o aparició de síndromes geriàtriques situacions psicosocials adverses i, en definitiva, tota situació clínica que precisa un abordatge sanitari integral (Torres et al., 2015).

L'equip d'atenció primària juntament amb les unitats de crònics complexos hospitalàries, creen la xarxa de suport adient per a l'atenció a aquests pacients i les seves famílies, atenent les seves necessitats i fomentant la seva autonomia, confort i benestar, reduint reaguditzacions i hospitalitzacions innecessàries (Gual, et al., 2021).

Maneig del dolor al pacient crònic complex. Algoritme de tractament.

Abans d'iniciar un pla de tractament cal identificar el pacient crònic complex (PCC), la multimorbiditat, problemes mèdics que acompanyen el dolor, amb l'objectiu tant de reduir comorbiditats com d'enfocar el tractament. El maneig d'aquests pacients com hem dit és complexa, però podem sustentar-lo en tres pilars fonamentals (Barnett et al., 2012);

- Estratègies d'adequació individualitzada (posant al centre a la persona), del tractament així com el seguiment.
- Maneig dels trastorns afectius.
- Rehabilitació física.

Al centre dels tres braços situaríem el pacient com a protagonista actiu del control del seu procés i tractament. L'objectiu és que el pacient s'impliqui en el tractament de manera que es converteixi en el centre del control del seu propi dolor, i sigui capaç d'autogestionar les múltiples malalties cròniques (Liddy et al., 2014).

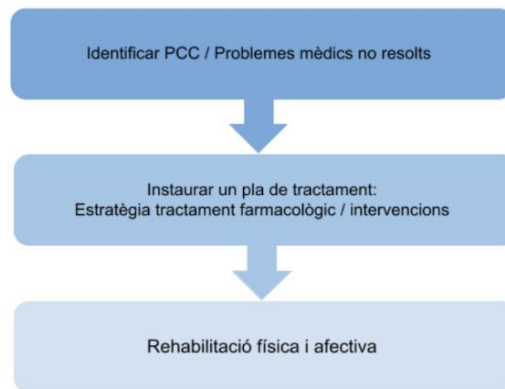


Figura 5. Adaptat. Algoritme tractament de dolor aplicat al PCC (Barnett et al., 2012).

És important que els pacients rebin el tractament més adequat per al tipus de dolor i les circumstàncies personals, tractar d'aconseguir rebin un tractament adaptat a la seva situació i un seguiment acurat, perquè no empitjori la qualitat de vida, millori en el benestar psicològic i en el seu estat emocional. És, per tant, imprescindible dur a terme en aquests pacients un tractament multifactorial multidisciplinari i multimodal.

3.3. El paper de la infermera en el maneig del dolor crònic i model infermer

El control adequat del dolor és reconegut com un dret humà. Així mateix, els professionals de la salut tenen l'obligació professional, i ètica de vetllar per l'ús efectiu de mitjans per a garantir el benestar i alleujament del dolor dels pacients (Taínta et al., 2020). Quan unim el dolor a pacients crònics complexos augmenta aquesta situació de complexitat, vulnerabilitat i fragilitat amb difícil control de símptomes, amb increment en la morbimortalitat (Montes-Santiago, 2012).

Entre les competències que han de tenir les infermeres distingim les següents:

- Comprendre la complexitat del dolor en tots els seus aspectes.
- Conèixer les eines per a maneig del dolor en àrees intrahospitalàries i extrahospitalàries.
- Actuar adequadament en la cura de persones amb dolor.
- Conèixer aspectes bàsics que es desenvolupen en les unitats de dolor.

D'igual manera i respecte a les malalties que fan que el pacient sigui un pacient crònic complex, les infermeres han de ser capaces de reconèixer i interpretar signes normals

o canviants de la seva salut, patiment i incapacitat produïda per les seves malalties cròniques. Així com tenir la capacitat per a emprendre valoracions completes i sistemàtiques utilitzant les eines i marcs adequats per a cada pacient.

El fet que els resultats d'aprenentatge en quant als pacients crònics complexos, no estiguin ben definits ni contextualitzats, també suposen una barrera i fan les competències infermeres associades a la presa de decisions siguin inadequades. Les barreres per al seu maneig es relacionen amb la falta de formació, l'ús inadequat d'eines de valoració i les seves pròpies creences (Prat-Martínez, M., et al, 2021).

Actuacions de la infermera comunitària envers el dolor crònic i els pacients

Tot i que el dolor és un símptoma freqüent en pacients crònics complexos en molts casos no s'arriba a detectar ni tractar, oblidant-nos que, el maneig del dolor és un dels criteris més importants per proporcionar una atenció segura (Peñaloza et al., 2018).

Pel correcte maneig infermeria ha de realitzar les següents accions (Elsevier, 2019):

- Recopilar dades objectives i subjectives pertinents, avaluar i revisar l'historial mèdic i la medicació actual; revisar la comunicació i conducta del pacient, la cultura i les seves creences.
- Elaborar plans d'atenció personalitzats, per a això és necessari coordinar-se amb metges, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i la família.
- Realitzar una bona intervenció farmacològica amb l'objectiu que l'analgèsia sigui el màxim d'efectiva. Per a això s'ha de revisar la via d'administració de l'analgèsic, possibles reaccions adverses, i monitoritzar al pacient per si desenvolupa aquestes reaccions adverses.
- Incloure intervencions no farmacològiques i fomentar l'autocura.

També és important i necessari realitzar un genograma complet, identificar al cuidador principal i el grau de coneixements i implicació que aquest té sobre la cura que necessita el pacient. També és important identificar els valors del malalt i les seves preferències respecte a les cures que desitja rebre i els objectius terapèutics a establir, fet que ens ajudarà a valorar i identificar el nivell d'adherència terapèutica tant farmacològica com no farmacològica. Com a actuació final, una vegada establert el seu pla d'atenció i autocura

és necessari reavaluar al pacient, duu a terme el seguiment i assegurar la continuïtat assistencial (Prat-Martínez, M., et al, 2021).

3.4. Teoria de mitjà rang dels símptomes desagradables

Una teoria és una guia essencial per explicar i comprendre les pràctiques infermeres ens ajuden a examinar, organitzar, analitzar i interpretar les dades del pacient, donant suport i facilitant la presa de decisions.

La Teoria dels Símtomes Desagradables va ser dissenyada per analitzar i integrar coneixement sobre diferents símptomes que poden donar-se de forma simultània perquè tenen característiques clares en diferents poblacions i situacions variades. Es tracta d'una teoria de rang mitja que treballa mitjançant un model col·laboratiu idoni per les pacients crònics complexos i l'abordatge del dolor. El va iniciar amb dues investigacions sobre fatiga i dispnea, un grup nord-americà d'infermeres, liderat per Lenz, que va trobar que les seves observacions podrien ser aplicables a altres símptomes desagradables, com el dolor.

Identifica tres components, que són (Sánchez-Herrera, 2003):

- Factors relacionats amb símptomes desagradables.
- Formes d'expressions dels símptomes relacionats.
- Impacte de l'experiència d'un símptoma.

Factors relacionats amb els símptomes desagradables	<p>Factors fisiològics estan relacionats amb els sistemes orgànics normals, les patologies i els nivells de nutrició, etc.</p> <p>Factors psicològics s'associen amb l'estat anímic, la personalitat i el grau d'ansietat.</p> <p>Factors situacionals es relacionen amb les experiències personals, l'estil de vida i el suport social.</p>
Formes d'expressions dels símptomes relacionats	<ul style="list-style-type: none"> - La durada i freqüència del símptoma. - La qualitat del símptoma. - La intensitat del símptoma.

	- L'angoixa.
Impacte de l'experiència d'un símptoma	- A nivell funcional o rendiment del rol. - A nivell físic o d'activitat. - A nivell cognitiu.

Taula 5. Elaboració pròpia. Components que afecten als símptomes desagradables.

Com es pot evidenciar de manera clara, aquesta teoria. A diferència d'altres permet analitzar l'experiència dolorosa contextualitzada, i li dóna una connotació que a la vegada té la totalitat per poder fer un anàlisi com l'exigència de la pràctica de la infermeria en cada situació en la qual s'aborda el cuidatge envers l'experiència de cada persona. D'una altra part, per ser una teoria de rang mitjà, té un alt nivell d'aplicabilitat a la pràctica, on és evident que l'aparició, expressió i conseqüències del dolor s'associen. Aquesta característica va fer més evident el seu ús per a la investigació, comparant-se amb la classificació internacional de diagnòstic per a la pràctica infermera (NANDA) i amb la classificació internacional d'intervencions (NIC) (Achury-Saldaña, 2007).

4. METODOLOGIA

Aquest treball busca donar veu a les infermeres d'atenció primària que treballen amb l'abordatge i cura dels pacients crònics complexos, per conèixer i comprendre la realitat des de la seva perspectiva de les necessitats per l'abordatge del dolor crònic en aquests pacients.

Per dur-lo a terme s'ha optat per la metodologia qualitativa, ja que aquest tipus d'investigació es centra en la comprensió d'una realitat considerada des dels seus aspectes particulars i l'escolta dels participants. Ens permet buscar el raonament inductiu i el descobriment de nous conceptes, dins d'una perspectiva holística (Pérez, 2006).

4.1. Cerca bibliogràfica

Des d'un principi, s'ha optat per fer una cerca bibliogràfica per tal d'enfocar el tema i establir un marc conceptual. Hem utilitzat articles i documents oficials d'evidència científica.

Les bases de dades que hem utilitzat són: Dialnet (base de dades que conté articles, revistes, tesis doctorals, llibres... publicats a Espanya, Llatinoamèrica i Estats Units); el cercador Google scholar; SciELO (Base de dades bibliogràfica digital i model de publicació electrònica cooperativa de revistes i d'accés obert); biblioteca digital del CRAI a través del SABIDI; Pubmed.

La recerca es va iniciar triant les paraules clau, que van ser: dolor, dolor crònic, pacient, Enfermería de Atención Primaria, Atención primaria de salud; també es va utilitzar les paraules clau en anglès: pain, chronic pain, patient, Primary Care Nursing, Primary Health Care.

En quant a l'elecció dels articles que s'han inclòs en l'estudi, s'ha concretat la recerca amb els següents criteris d'inclusió i exclusió:

- S'han cercat les publicacions que s'hagin realitzat en els últims 25 anys. Tot i així la majoria d'articles inclosos han estat publicats entre l'any 2010 i 2022.
- S'han inclòs només aquells articles que disposaven el text complet i estaven publicats en català, castellà i / o anglès.
- Hem seleccionat articles d'Espanya ja que descriuen i ens aporten dades d'Espanya i/o la resta d'Europa.
- S'ha prioritzat aquells estudis que desenvolupen una metodologia qualitativa.
- S'han desestimat el articles que no aportaven informació actualitzada o d'aprofundiment del tema investigat.
- També s'han exclòs tots els articles que no responien als objectius de la investigació.

4.2. Tipus d'estudi

El present estudi és de caràcter fenomenològic, on s'aprofundeix en les experiències viscudes dels i de les participants. Així doncs, el disseny es centra en l'anàlisi del coneixement i d'abordatge de les infermeres envers el dolor crònic dels pacients crònics complexos des d'una perspectiva qualitativa. Per tant, aquest disseny d'investigació es presenta flexible i inductiu, la qual cosa ens permetrà detectar altres fenòmens que ens ajudaran a entendre millor l'objectiu de l'estudi.

L'estudi s'ha dut a terme entre els mesos de setembre del 2022 a l'abril del 2023 i la recollida de dades del grup focal es va realitzar el 12 d'abril del 2023.

4.3. Unitat d'observació i participants

La població d'estudi que hem determinat es basa en infermeres que treballen en l'àmbit de l'atenció primària, a la comarca de l'Alt Penedès. L'obtenció de la mostra ha estat intencionada, els participants s'han seleccionat de tal manera que estiguessin representats per infermeres formades, amb experiència amb cuidatges a pacients crònics complexos amb dolor crònic.

Infermeres	Edat	Anys d'experiència	Àmbit de treball	Especialitat Si/No
INF 1	60	10 anys	Atenció primària	No
INF 2	47	20 anys	Atenció primària	Si
INF 3	62	43 anys	Gestora de casos atenció primària	Si
INF 4	55	31 anys	Gestora de casos atenció primària	Si
INF 5	29	7 anys	Atenció primària	Si
INF 6	31	4 anys	Atenció primària	No

Taula 6. Elaboració pròpia.

Característiques de les infermeres seleccionades pel grup focal.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Infermeres que treballin en consultes d'atenció primària d'adults. Que portin treballant més de 4 anys.	Infermeres que treballin en consultes d'atenció primària de pediatria.
Infermeres que duguin a terme el seguiment de pacients crònics complexos i de malaltia avançada.	Infermeres que no hagin acceptat el consentiment informat.

Taula 7. Elaboració pròpia.

Criteris d'inclusió i exclusió de les infermeres seleccionades pel grup focal.

4.4. Tècnica de recollida de dades

Amb l'objectiu d'identificar les necessitats envers les cures a les infermeres envers el dolor en els pacients crònics, es va optar per la tècnica del grup focal. El grup focal és una tècnica dintre del mètode qualitatiu; aquest es caracteritza per formar part del procés i permet estudiar el fenomen (Berenguera, A., et al, 2014).

Segons criteris actuals entorn a la investigació qualitativa, es recomana establir un grup focal amb una mostra total d'entre 6 i 8 participants. Així doncs, si en el grup focal es dona una dinàmica entre poques persones, pot fer que la conversa que es doni sigui mínima. En canvi, si al grup focal hi participen masses persones, pot desencadenar que els participants s'interrompin entre si i que la conversa sigui poc fluida. És per aquesta raó per la qual hem considerat establir una mostra total del grup focal de 6 participants.

Els grups focals són entrevistes que es realitzen en el mateix espai físic per a recaptar informació en el marc dels estudis qualitius. Els grups focals es realitzen en un context d'interacció social i amb base en la conversa que entaulen i s'origina amb les preguntes que llança el moderador, els participants construeixen coneixement en interacció amb qui entrevista i amb els altres entrevistats (Benavides-Lara, M. A., 2022).

La metodologia en si constarà d'una sèrie de preguntes obertes per tal de recaptar els continguts i les dades sobre les experiències viscudes pels professionals sanitaris. Durant una sessió d'aproximadament una hora, tindrem en compte tots els punts de vista expressats sobre els cuidatges d'infermeria envers el dolor crònic en pacients

crònics complexos. A més a més dels 6 professionals sanitaris que intervindran al grup focal, com membres de l'estudi tindrem el rol de moderador i observador.

D'una banda, el moderador és la persona que té com a responsabilitat dirigir el grup i dinamitzar i estimular el debat entre els participants. Ha d'intervenir en situacions que dificultin el discurs del grup, ja sigui perquè el grup calla, es desvia del tema a tractar, o perquè un participant monopolitza la reunió. Així doncs, el moderador participa o intervé el menys possible i deixa que els participants del grup parlin.

D'altra banda, el rol de l'observador consisteix en prendre notes sobre els participants, la dinàmica grupal, les intervencions de cada persona, etc. L'observador és qui ha de romandre en un segon pla, sense intervindre en cap moment en la discussió.

En realitzar un esquema de la composició del grup, determinant la ubicació exacta dels participants l'observador podrà identificar fàcilment les intervencions dels participants i el paper que han desenvolupat aquests durant la sessió. En el cas que alguna persona arribés tard, l'observador seria l'encarregat de facilitar la seva entrada, per tal d'evitar trencar la dinàmica del grup. Així com ajudar si sorgís algun problema en la gravació de l'àudio o entre els participants (Berenguera, A., et al, 2014).

La sessió del grup focal es va fer en una sala del CAP Nord de Vilafranca del Penedès, es va reservar una sala de les instal·lacions, on hi havia una taula i cadires, una pissarra de paper, llum natural, una càmera per filmar i un aparell d'àudio per enregistrar la sessió i facilitar la recollida del material que posteriorment s'hauria d'analitzar.

Amb el consentiment previ dels participants, es va dur a terme la gravació en àudio i vídeo, i un registre de notes de l'observació i se'ls va informar que la transcripció no inclouria el nom dels participants, per preservar-ne la confidencialitat i l'anonimat, i que es poguessin expressar lliurement.

4.5. Categorització de les dades i anàlisi de resultats

L'anàlisi de les dades obtingudes a partir de la multiplicitat de respostes consistirà en la identificació i la classificació de les intervencions en relació als objectius de l'estudi. El procés inclourà els següents passos: reducció de les dades, transformació de les dades i obtenció de resultats.

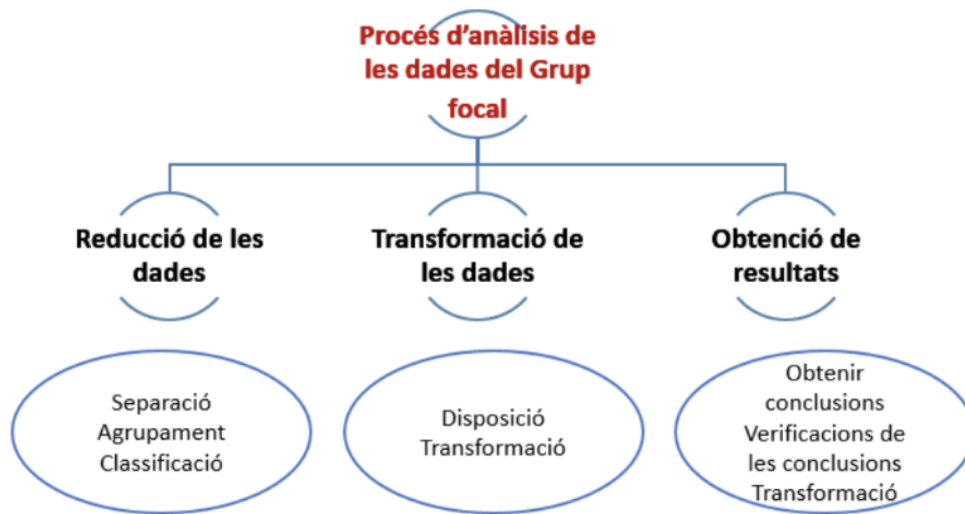


Figura 6. Adaptació. Procés general d'anàlisi de dades qualitatives
(Sabiote, Quiles & Torres, 2005).

4.6. Aspectes ètics

Aquest treball compleix tot els requisits del comitè d'ètica del CEIPSA, Codi CEIPSA: CEIPSA-2023-TFG-0038.

Per garantir que totes les persones que contribueixin en aquest estudi ho facin de forma voluntària i puguin escollir lliurement tant la seva participació com la retirada en qualsevol moment, es proporcionarà un full informatiu (Annex 3) i un consentiment informat (Annex 4). En aquests documents s'explicaran els objectius del projecte i es podrà decidir si estan d'acord amb la filosofia de l'estudi.

En tot moment, es mantindrà la confidencialitat de la informació que s'ha obtingut, mantenint l'anonimat dels participants. Tanmateix, s'oferirà als participants l'oportunitat de conèixer els resultats de l'estudi.

5. RESULTATS I DISCUSSIÓ

Els resultats s'han obtingut a partir de les dades transcrits de l'observació i l'enregistrament de l'entrevista al grup d'infermeres seleccionades. Les seves experiències personals han ajudat a conèixer les necessitats i els inconvenients en front de l'abordatge del dolor crònic en els pacients crònics complexos. Amb tota la informació proporcionada s'ha fet l'anàlisi descriptiu dels resultats amb les següents categories, d'acord amb el guió de les preguntes plantejades:

Categories	Subcategories
1. Factors que influeixen i en la vivència de les infermeres en el tractament del dolor crònic	
2. Tractament del dolor	2.1. Seguiment del pacient crònic complex amb dolor crònic
3. Treball interdisciplinari envers el dolor crònic	3.1. Recursos d'infermeria envers el maneig del dolor crònic
4. Abordatge de les infermeres en el dolor crònic	4.1. Vivències infermeres envers el dolor crònic
5. Sexualitat en el dolor crònic	

Taula 8. Categories i subcategories de l'anàlisi dels resultats. Elaboració pròpia

5.1. Factors que influeixen en la vivència del dolor crònic

En quant als factors que influeixen en el fenomen del dolor la literatura científica coincideix en que és un fenomen complex i multifactorial que depèn de la interacció entre factors fisiològics, psicològics i socioculturals (Pérez Muñoz, M., et al., 2018).

Taula 9. 1. Factors estressants envers el dolor crònic.		
CODI	Nº LÍNIA	TEXT
INF4	248	Si solament fos físic, posaries l'analgèsia i marxaria...
INF5	241 282 - 283	Les relacions amb els cuidadors... I a més, és lo que jo deia abans, lo del peix que es mossega la cua, no? Tens dolor, et poses trist, no? I t'estàs trist perquè tens dolor i et costa sortir d'aquest espirall. I és molt important tenir un entorn que t'entengui, no? Que ho, que ho accepti, no? I t'entengui...
INF3	240 189 - 191	Les condicions d'habitatge pot influir... Sí! Negativament o positivament en la, en l'assumir el dolor... És veritat que quan nosaltres fem visites domiciliàries mmm, visualitzes també l'entorn. L'entorn familiar també és molt important. Si és un entorn que li està donant suport o és un entorn que li dóna pel sac.
INF1	273 - 276	Una persona que està, que està deprimida, el seu sistema immunològic està molt baix. És un peix que es mossega la cua i al revés, si tens el sistema immunològic baix per lo que sigui, perquè el teu entorn no tens els estímuls que necessites, també fas una depressió. Penso que la gent en depressió, tenen més dolor.
INF2	278 - 280	Jo la majoria de pacients que he tingut en la consulta amb repercussions emocionals amb el seu dolor, ha anat a pitjor. No m'he trobat gairebé cap cas que em digui: "Miri que m'ha passat una cosa bona,estic la mar de bé! He millorat!" La majoria de vegades són etapes vitals o circumstàncies que fan empitjorar.

Totes les infermeres coincideixen en el fet que existeixen múltiples factors que condicionen el dolor, un dels primers factors que aborden és el dolor físic, totes manifesten que no és un dels factors més importants, la “**INF4**” diu “Si solament fos físic posaries l’analgèsia i marxaria...”.

L’habitatge i l’entorn o el fet de disposar d’un cuidador també és un dels factors importants a tenir en compte. La “**INF3**” i la “**INF5**” comenten que l’entorn no tan sols físic sinó que el fet de disposar d’un cuidador pot ser un factor a tenir molt en compte, ja que tant pot ser positiu com negatiu.

Investigacions realitzades en població amb malaltia crònica, mostren l’impacte que el suport social té, i documenten resultats positius en relació amb el desenvolupament de mecanismes d’afrontament, control d’estrès, disminució de l’ansietat i la depressió, generats per l’experiència de la cronicitat. S’evidencia un gran impacte en el suport social sobre la taxa de mortalitat de les persones amb malaltia crònica (Amaya-Romero, et al., 2015).

Un dels factors que influencien en el dolor crònic que han abordat durant la dinàmica grupal ha estat els aspectes psicològics. La “**INF1**” manifesta que la depressió pot afectar al sistema immunitari i, que les persones amb depressió manifesten més dolor. La “**INF2**” reafirma la situació i comenta que la majoria de pacients amb depressió no milloren envers la percepció del dolor, donat que moltes vegades senten que aquest dolor va a pitjor. Les infermeres coincideixen en que no sempre és així, però sí que expressen que moltes vegades coincideixen amb moments estressants del cicle vital. Totes les infermeres afirmen sota les seves vivències que els factors psicològics i socials els qual estiguin sotmesos els pacients, influeixen directament en la percepció del dolor crònic.

Els processos emocionals han demostrat la seva rellevància en alteracions del sistema immunitari i en la perpetuació del dolor. S’ha demostrat que quan l’atenció es centra en el dolor augmenta considerablement la percepció d’aquest, contribuint a la seva magnificació, mentre que atendre altres estímuls disminueix la percepció del dolor.

Les emocions negatives activen diverses regions cerebrals vinculades al processament del dolor. Aquestes emocions negatives augmenten les respostes inflamatòries per via

descendent, fet que porten a una amplificació de la intensitat del dolor.

Per contra, les emocions positives han demostrat exercir beneficis sobre la salut tant en persones sanes com en persones que pateixen dolor crònic. Aquestes al contrari exerceixen efectes positius sobre la intensitat del dolor, promouen respostes cognitives adaptatives sobre aquest i milloren la capacitat de persistir aquestes condicions de dolor (Pérez Muñoz, M., et al., 2018).

5.2. Tractament del dolor crònic

El tractament del dolor crònic es basa en totes aquelles intervencions envers el pacient que poden alleujar el seu patiment. Aquestes mesures poden ser o bé farmacològiques o no farmacològiques.

Taula 10. 2. Tractament del dolor crònic.		
CODI	Nº LÍNIA	TEXT
INF 3	249 - 252	Hi ha algun component, clar, parlem diferent quan és d'un dolor agut que d'un dolor crònic. Un dolor agut, si prens un paracetamol o un ibuprofeno, o si tens un còlic nefrític, algo molt més fort. I saps que al cap d'unes hores estaràs bé. Amb un dolor crònic, mmm... És el peix que es mossega la cua, has d'estar sempre...
INF 1	253 - 255	I la medicació del dolor crònic és molt més forta i té molts més efectes secundaris, que prenent-te un enantyum per exemple. O el tramadol que hi ha gent que li senta bé o no i ja entres en una altre, en un altre estil de vida...
INF 5	49 - 52	Volen, volen la píldora màgica, no? Jo penso. Igual que quan volen deixar de fumar, no? Venen pel "Todacitan", i ja volen

		que això els hi tregui el desig. Amb el dolor volen la pastilla directament i tots els hàbits que poden canviar per millorar la seva i la qualitat de vida els hi costa més, perquè això els hi requereix un esforç de la persona.
	265	S'ha de mirar de forma més holística, no?
	267 - 268	I s'han de mirar tots els factors, i no només mirar la cama que et fa mal, no? Mirar més endins, més capes.
	471 - 472	...a cadascú li anirà bé una cosa. No això li anirà bé a tothom, però un tractament més individualitzat, que cadascú busqui lo que li va bé, no?
INF 2	47 - 48	Encara que tu li expliques, que li dius que tindrà un benefici, és molt... hi ha molta resistència.
INF 4	366 - 367	Tothom ho creu que el tractament psicològic és important aquesta... Consideren que és important, però sempre hi ha altres prioritats.

Totes les infermeres coincideixen en que no existeix un tractament exacte i únic. La "INF5" indica que els pacients "volen la pildora màgica". "INF3" comenta que el dolor crònic, contràriament al dolor agut, es mes intens i no desapareix a les hores després d'haver pres una medicació com per exemple paracetamol o ibuprofè. Seguidament la "INF1" comenta que la medicació és molt més forta i té més efectes secundaris. La "INF5" indica que al pacient se l'ha de mirar de forma holística i que s'han de mirar tots els factors, i no només valorar "la cama que et fa mal". Ella mateixa acaba dient que "a cadascú li anirà bé una cosa" i que el tractament hauria de ser més individualitzat, buscant el que és millor per cada persona.

A part de les mesures farmacològiques que es poden instaurar al pacient, seguint l'escala analgèsica de medicació, hi ha dos factors més a tenir en compte, la primera és no jutjar la intensitat del dolor que ens esta referint el pacient, en segon lloc, tenir en

compte utilitzar mesures i tractaments no farmacològics un cop l'analgèsia instaurada no dona els resultats desitjats (García Lucas, P., et al., 2021).

Respecte a les mesures no farmacològiques comenta la “INF2” que els pacients es resisteixen a noves formes de tractament, que “hi ha molta resistència” tot i explicar els beneficis d'altres formes de tractament. Sobre aquest tema més endavant la “INF4” explica que “Tothom ho creu que el tractament psicològic és important...” Però que poden sorgir altres prioritats que li resten importància.

El tractament integral del dolor crònic ha d'incloure intervencions psicològiques orientades a la gestió de l'estrès, l'ansietat i la depressió. Entre les mesures no farmacològiques amb més eficàcia destaquen les tècniques psicològiques i la relaxació a més d'incloure altres tècniques complementàries com mobilitzacions actives (exercici) i passives, com l'aplicació de fred o calor, estimulacions nervioses, acupuntura, musicoteràpia, i aromateràpia (García Lucas et al., 2021).

5.2.1. Adherència i seguiment del pacient crònic complex amb dolor crònic

El problema principal dels programes multicomponent és la seva complexitat en termes de durada i d'exigència al pacient. Els programes multicomponent estan dirigits a pacients fràgils, i/o pacients amb diverses malalties cròniques i tenen com a objectiu incorporar una sèrie d'exercicis que en conjunt amb la resta de recomanacions i tractament, optimitzen la qualitat de vida, milloren la salut, i prevenen la fragilitat.

La quantitat de tasques que ha de dur a terme, el nombre de canvis que ha de fer en la seva forma de vida, la necessària supervisió i ajuda per a aquest esforç fa que els pacients abandonin o rebutgin el tractament (Vallejo, 2005).

Taula 11. 2.1 Adherència i seguiment del pacient crònic complex amb dolor crònic		
CODI	Nº LÍNIA	TEXT

INF 3	510 - 514	Jo crec que hi ha molta gent que s'equivoca. Emm.. és allò de la comparació del paracetamol amb el gelocatil, no? En els domicilis et trobes que persones que tenen el paracetamol en la recepta i tenen el gelocatil en la farmaciola. I dius: "I això?" I et diuen: "No perquè quan no se que, l'altre". I dius: "Però si és el mateix!" A vegades hi ha persones que no fan bé els tractaments, o per equivocació.
INF 1	528 - 532	Doncs jo i pregunto. Dic: "Què prens pel dolor tu?" I tens tu allà davant la mediació amb la recepta electrònica. I et diuen: "Ah jo pel matí em prenc això, després em prenc això". I dic: "Vale, saps que entre aquest i aquest si tens mal també et pots prendre un altre d'aquests?" I et contesten: "Ah vale, doncs no ho sabia." I els hi dius: "Doncs sí clar!"
INF 5	392 397 - 399 539 540	Fem seguiments, bueno trucades de seguiment... Telefònic ho fem molt, si hi ha un canvi de medicació o si té té més dolor o lo que sigui, o sigui, no els deixem només un pastilla i ja està, no no! Fem trucades telefòniques... I hi ha altres persones que no volen prendre medicació... No volen prendre medicació perquè no es volen acostumar.
INF 2	523 - 527	I aquí a vegades també els hi diem: "Porteu totes les caixes de medicaments perquè a vegades no és lo mateix". Perquè a vegades no et saben dir que prenen. Però si la porten a la consulta amb una bossa: "Aquesta per l'esmorzar". I amb la recepta electrònica anem mirant lo que prenen, lo que no prenen, lo que prenen bé.
INF 6	400	Estem a vegades parlant mitja hora amb el pacient...

En general totes les infermeres han estat d'acord en el fet que no hi ha una bona adherència al tractament, i que hi ha moltes errades en quant a la medicació, ja que els pacients confonen i barregen medicaments de marques diferents però amb el mateix principi actiu. **"INF3"** diu "és allò de la comparació del paracetamol amb el *gelocatil*, no? En els domicilis et trobes que persones que tenen el paracetamol en la recepta i tenen el *gelocatil* en la farmaciola". **"INF5"** també comenta que hi ha persones que no volen prendre la medicació, comenta que els pacients "No volen prendre medicació perquè no es volen acostumar."

El tractament farmacològic és fonamental per al control del dolor crònic, encara que la resposta del pacient a aquests tractaments moltes vegades no és òptima i apareix una mala adherència sobre el tractament. La manca d'adherència al tractament analgèsic oscil·la entre el 8 i el 53%. A Europa s'han relacionat amb el baix compliment que un pacient amb dolor crònic té, del tractament analgèsic prescrit, factors com tenir una edat més gran de 60 anys, ser dona, ser de raça no caucàsica, la presència de comorbiditats i el nivell alt d'estrès (Palomo-Osuna, et al., 2021).

Per altra banda, i de manera important estan els errors de medicació. Aquest es troben entre les 10 principals causes de mort al món i la majoria són prevenibles. Aquests errors estan associats a una taxa d'hospitalització més gran i a un augment de la morbiditat i mortalitat.

Entre els factors que predisposen a l'aparició d'aquests errors trobem que estan directament associats a: als professionals de la salut i els pacients, per una falta de comunicació i escolta activa entre ells; els medicaments, la seva complexitat tant per comprendre la seva actuació com per poder complir amb la pauta indicada pels professionals i els sistemes informàtics d'atenció primària i especialitzada, on no s'enregistra riscos o potencials riscos que poden afectar el compliment del tractament (Oñatibia-Astibia, 2021).

Les infermeres comenten que si fan seguiment als pacients. **"INF5"** comenta que fan trucades de seguiment. Explica que truquen als pacients "si hi ha un canvi de medicació o si té més dolor o el que sigui, o sigui, no els deixem només una pastilla i ja està..." Després **"INF2"** diu que els programa cites a consulta i els demana que portin de manera presencial la medicació que es prenen i els hi pregunta per què serveix i en quin moment del dia ho prenen. **"INF1"** també ho corrobora i explica que en les trucades de seguiment amb tota la medicació en pantalla els pregunta de manera directa "Què prens

pel dolor tu?”.

Molts articles coincideixen en que el seguiment acompanyat amb l'educació sanitària afavoreix a l'adherència al tractament. Segons l'OMS, les estadístiques realitzades mostren que realitzar estratègies per reduir aquests errors i mala adherència podrien donar lloc a una reducció de 95.000 morts per any a Europa. Les estratègies proposades inclouen la realització d'educació sanitària als pacients, revisió continua i conciliació de medicaments, i l'ús de sistemes automatitzats en quant a la preparació i administració de la medicació (Oñatibia-Astibia, 2021).

5.3. Treball multidisciplinari envers el dolor crònic

Aproximadament l'any 1990 va sorgir un nou concepte assistencial, que va consistir fonamentalment a integrar un grup de diferents especialistes dedicats interdisciplinàriament a l'estudi, el diagnòstic, el control i el tractament de quadres dolorosos crònics.

Taula 12. 3. Treball multidisciplinari envers el dolor crònic.		
CODI	Nº LÍNIA	TEXT
INF 1	326	Jo crec que sí.
INF 5	327	Jo crec que no ehh, jo crec que queda un camí llarguíssim, que no estem ni al principi.
INF 4	331	Jo penso que es pot fer molt millor del que es fa.
INF 2	377 - 379	Hi ha varies persones que tenen aquest rol comunitari que és un grup motor i jo penso que sí, que nosaltres en aquest CAP per lo menys hem tingut sort i estan fent, estan fent treball.
	402 - 406	Jo penso que lo del multidisciplinari sí que ho fem, sí que ho fem en part el treball multidisciplinari. Potser no som

	409 - 411	<p>conscients que ho estem fent dirigit al dolor. Però aquella persona que té dolor, que normalment té una circumstància al voltant diferent, si una persona està vivint en aquestes circumstàncies doncs potser li dic a la gestora de casos, o potser li dic a la treballadora social, o... Sí que fas xarxa o treball en equip.</p> <p>I és com que infermeria té aquesta missió jo crec. Segur! Aquesta visió holística del pacient i fer un treball multidisciplinari gairebé sempre.</p>
--	-----------	--

Respecte el treball multidisciplinari sorgeix controvèrsia entre les infermeres, ja que **"INF 1"** diu "Jo crec que sí" el mateix que corrobora **"INF 2"**. Per contra **"INF 5"** indica no i comenta que "jo crec que queda un camí llarguíssim, que no estem ni al principi". **"INF 4"** pensa que sí que hi ha treball multidisciplinari perquè "es pot fer molt millor del que es fa".

Pel tractament del pacient amb dolor crònic, l'equip multidisciplinari hauria d'incloure un metge, una infermera especialista en el tractament del dolor, un psicòleg, un especialista en teràpia ocupacional i un fisioterapeuta. (De Andrés, 2005). Si més no, hi ha una falta de consens en el maneig i en el tractament del dolor crònic. Aquest tractament requereix un abordatge individualitzat, multidisciplinari amb un enfoc biopsicosocial, en el qual els pacients crònics es tingui en compte el gènere, conèixer els factors precipitants i el context psicosocial en el qual està el pacient (Jiménez-Trujillo et al., 2019).

"INF 2" desenvolupa una mica més la seva opinió i comenta que "lo del multidisciplinari sí que ho fem, sí que ho fem en part el treball multidisciplinari. Potser no som conscients que ho estem fent dirigit al dolor. Però aquella persona que té dolor, que normalment té una circumstància al voltant diferent, si una persona està vivint en aquestes circumstàncies doncs potser li dic a la gestora de casos, o potser li dic a la treballadora social, o... Sí que fas xarxa o treball en equip" a part destaca que com a infermeres s'inclou la missió en quant a treballar de manera multidisciplinari.

El centre d'atenció primària Vilafranca nord compta amb una àmplia cartera de professionals entre els quals hi ha metges, infermeres, administratius, psicòlegs, treballadors socials entre altres. A més, des de l'any 2017 amb la inauguració de les

noves instal·lacions es va incorporar al centre el CSMA. Aquesta incorporació va implicar que els processos de derivació de pacients de salut mental fossin més eficaços i que hi hagi una relació més fluida entre els professionals en tots dos nivells assistencials, fet que repercuteix en una millor atenció al pacient.

Tot i que l'organització i la funció de la Unitat del Dolor pot variar d'acord amb les condicions particulars d'un determinat centre sanitari, el concepte bàsic multidisciplinari és essencial per aconseguir més eficàcia en l'abordatge del dolor.

5.3.1. Recursos d'infermeria envers el maneig del dolor crònic

Entenem per recursos terapèutics tots els remeis, eines i ajudes necessàries per tractar problemes de salut i per fer possible la cura de la malaltia, o la millora d'aquesta. Aquests recursos estan orientats a abordar tant aspectes físics com psicològics, i fan referència a tot allò que calgui per al control, maneig de la malaltia.

Taula 13 5.3.1 Recursos d'infermeria envers el maneig del dolor crònic.

CODI	Nº LÍNIA	TEXT
-------------	-----------------	-------------

INF 5	146 - 148	Perquè clar, tenim a l'abast prescriure medicaments, no? Això és un moment. Però clar, no tenim a l'abast una psicòloga, un especialista, una infermera naturopata. No!
	150 -151	Tots aquests recursos, teràpies naturals, teràpies alternatives, complementàries, psicoconductuals, no les tenim.
	312 - 314	A la vegada que es prescriu per un dolor crònic una medicació, també s'haurien de prescriure no? Això, no? Doncs un psicòleg, però clar, no tenim els recursos,
	316 - 317	Cada dimarts, doncs un psicòleg, no? A més de prescriure doncs l'analgèsia que... sí això! Doncs, no ho tenim, no ho tenim bé.
	337 - 339	Si que hi ha aquestes medicaments, la facilitat per prescriure, però no tenim a l'accés a aquests psicòlegs o aquests naturòpates.
INF 1	541 - 542	Pues aquí el que podríem recomanar és fitoteràpia, que també és una teràpia alternativa, però també la podríem tenir a l'abast i no la tenim la fitoteràpia.
INF 4	153 - 154	I en general, en general, no dic en tothom, però penso que no s'escolta al pacient. Pues per aquest motiu, perquè hi ha molt poc temps.
	331	Jo penso que es pot fer molt millor del que es fa.

INF 3	348 - 349	Només hi ha dos hospitals, en l'entorn d'aquí de metropolitana que tinguin psicòleg dins de la seva unitat de dolor.
	351 - 353	A l'Alt Penedès i al Garraf no hi ha psicòleg a la unitat de dolor. Només hi ha a Vall d'Hebron, a Can Ruti i a Sant Pau. Als altres llocs, no n'hi ha, n'han tingut un temps, després no n'han tingut.
	543	La fitoteràpia fins ara ha sigut privada...

Totes les infermeres coincideixen en que els recursos que disposen són insuficients, i que també es podrien utilitzar millor del que s'està fent actualment. **"INF5"** fa diverses intervencions en les quals diu "Perquè clar, tenim a l'abast prescriure medicaments, no? Això és un moment. Però clar, no tenim a l'abast una psicòloga, un especialista, una infermera naturòpata. No!" Afegeix que tots els recursos, teràpies naturals, teràpies alternatives, complementàries, psicoconductuals, no les tenen. Més endavant comenta que "A la vegada que es prescriu per un dolor crònic una medicació, també s'haurien de prescriure no? Això, no? Doncs un psicòleg, però clar, no tenim els recursos" indica que no tenen accés a psicòlegs o naturòpates. **"INF 1"** suggereix recomanar fisioteràpia com a teràpia alternativa indica que "també la podríem tenir a l'abast i no la tenim la fitoteràpia".

En la situació actual al sistema nacional de salut, malgrat l'evidència i les recomanacions de les guies clíniques més prestigioses a favor de la psicoteràpia, com les del National Institute for Health and Clinical Excellence, la resposta assistencial predominant continua sent la farmacològica, degut a la falta de accessibilitat i al alt cost que suposa accedir-hi per la via privada. A Espanya el preu de la consulta privada oscil·la entre els 50 i 75 euros. Normalment, recomanen realitzar un mínim de 6 sessions de consulta, i per tant es parla d'un mínim de 300 euros, cost que moltes persones no es poden permetre (García-Haro, J., et al., 2014).

Com a puntualització respecte el centre **"INF 3"** diu que "només hi ha dos hospitals, en l'entorn d'aquí de metropolitana que tinguin psicòleg dins de la seva unitat de dolor." Continua explicant que "A l'Alt Penedès i al Garraf no hi ha psicòleg a la unitat de dolor. Només hi ha a Vall d'Hebron, a Can Ruti i a Sant Pau. Als altres llocs, no n'hi ha, n'han tingut un temps, després no n'han tingut" i que la fisioteràpia com a recurs fins ara ha

sigut privada.

La situació actual que comenta la societat espanyola de psicologia és que, actualment la ràtio de psicòlegs per habitant en el sistema públic és de 6 professionals per cada 100.000 habitants. Catalunya estaria situada per damunt la mitjana, ja que hi ha de 15 a 18 psicòlegs per cada 100.000 habitants. Aquesta manca de professionals fa que les llistes d'espera per rebre suport psicològic, trigin una mitjana d'entre 4 a 6 mesos per a una primera cita i que el seguiment es pugi realitzar cada dos o tres mesos.

Un altre aspecte que dificulta a les derivacions, i col·lapsa el sistema són els criteris de derivació i de seguiment, ja que en l'àmbit dels serveis públics de salut mental es tendeix a derivar a psicoteràpia tot aquell que ho sol·liciti. I més tard, sovint també, qui determina si la psicoteràpia ha de continuar o no, no és el terapeuta, sinó algú que ignora que s'hi ha fet i el que encara es pot fer en benefici del pacient (García-Haro, J., et al., 2014).

La importància del dolor, des del punt de vista social, ve determinat fonamentalment perquè és una entitat d'alta prevalença, amb importants repercussions laborals, econòmiques i administratives. El tractament del dolor, tant agut com crònic, suposa avui dia una partida important de la despesa global d'un país; no només pel consum de recursos per al seu control, sinó com a conseqüència del seu infractament, i la significativa repercussió en forma de baixes laborals, jubilacions, pensions anticipades i invalideses. És per això que el maneig d'aquests recursos és una tasca difícil, i fins i tot insuficients, ja que a vegades no es corresponen amb la demanda de l'usuari (De Andrés, 2005).

5.4. Abordatge de les infermeres en el tractament del dolor crònic

L'abordatge del dolor crònic abasta un maneig de tècniques per tractar aquest tipus de dolor, tenir en compte que s'haurà d'abordar mitjançant diferents nivells assistencials i s'haurà de tractar al pacient de forma holística.

La demanda en els serveis per tal de disminuir el dolor, fa que els professionals d'infermeria hagin d'ampliar els seus coneixements sobre el tema, per poder oferir i proporcionar cuidatges de qualitat. És imprescindible identificar i reconèixer el dolor crònic per tal de saber quines accions s'hauran de dur a terme pel seu abordatge (Uranga Arpide, S., et al., 2016).

Actualment, tot i disposar d'avenços tecnològics encara no s'aborda i no hi ha un maneig

òptim dels pacients amb aquesta malaltia. Per un correcte abordatge, s'ha de comprendre que el dolor crònic no es viu solament com un procés biològic que es pot tractar amb fàrmacs, sinó que s'han de tenir en compte incloure mesures no farmacològiques a més d'individualitzar els plans d'actuació (Uranga Arpide, S., et al., 2016).

Taula 14. 4. Abordatge de les infermeres en el tractament del dolor crònic.		
CODI	Nº LÍNIA	TEXT
INF 1	705 - 708	I a vegades lo que has de fer és aquesta escolta activa perquè puguin explicar, a veure que els hi passa, el dolor que és. I moltes vegades veuràs que no és un dolor físic, que es reflexa ehh a nivell físic. És un dolor que porten a dins i aquí els hi pots oferir això, vull dir, un psicòleg...
	709 - 710	... ja saps que amb la medicació no, no li solucionaràs. O potser sí, però a dosis altes que tindrà tots aquests altres efectes
	742	I educació sanitària!
INF 2	8 - 10	Jo penso que per exemple una infermera de PADES, una gestora de casos, que fan més domiciliària de cronicitat, potser tracten i viuen el dolor una infermera a consulta de primària que potser no tenim.
	22 - 24	A vegades una simple anamnesi, no? Des de quan? Com caniva aquest dolor? Com afecta emocionalment? Valorar si l'emoció està afectant al dolor. No tens aquesta, aquest temps per fer aquest anàlisi.
	640 - 642	És un repte, és complicat, és difícil, que la persona que ve queixant-se de dolor crònic a la consulta dia rere dia.

	796 - 797	Tens la formació i tens l'experiència. Perquè l'abordatge del dolor crònic no deixa de ser el que hem comentat, una escolta activa, un tractament emocional.
	799	Un suport emocional, sí! I uns bons hàbits de vida saludables.
INF 3	29 - 33	No hi ha temps per fer tot aquest abordatge que com a infermeres podríem fer, que és l'abordatge psicològic, l'abordatge de... de com assolim aquest dolor crònic, el tema d'altres coses, no? Emmm el tema de, de salut en general, de la relació amb el pes, l'alimentació, l'exercici. Perquè hi ha molts factors que estan vinculats al dolor crònic.
INF 4	715 - 718	Un repte evidentment. La falta de comunicació que hi ha perquè no hi ha els espais per escoltar el pacient, bàsic. I fer un enfoc multidisciplinari per poder abordar els diferents aspectes que estan allà ajudant a que a que aquest dolor no desaparegui.
	766	S'aborda el dolor crònic com si fos un dolor agut, ja està, com un dolor físic.
	768	El dolor emocional no es valora, i jo per mi és més emocional que físic.
INF 5	13	Els veus o potser no tens el temps suficient a la consulta.
	15 - 17	Com per abordar-lo com ens agradaria. Jo crec que és una qüestió més d'això, no? Que et venen a lo millor a la consulta per anar al podòleg i diuen que tenen allà dolor, però no, no

		tenim el temps suficient com per abordar-lo com ens agradaria...
INF 6	748 - 749	una mica més de temps en la consulta, fer una mica d'escolta activa i teràpies...
	749 - 750	...la fomentació de la higiene del son.

Totes les infermeres comenten que hi ha una falta de temps per abordar a pacients amb dolor crònic, i que això representa un gran problema que repercuteix directament en el pacient. “**INF2**” indica que “una infermera de PADES, una gestora de casos, que fan més domiciliària de cronicitat, potser tracten i viuen el dolor una infermera a consulta de primària que potser no tenim” en referència al temps. “**INF 5**” diu “els veus o potser no tens el temps suficient a la consulta... com per abordar-lo com ens agradaria”.

En la mateixa directriu d'opinió “**INF 3**” comenta “no hi ha temps per fer tot aquest abordatge que com a infermeres podríem fer, que és l'abordatge psicològic, l'abordatge de... de com assolim aquest dolor crònic”. En la mateixa línia d'opinió “**INF 4**” comenta que “La falta de comunicació que hi ha perquè no hi ha els espais per escoltar el pacient, bàsic. I fer un enfoc multidisciplinari per poder abordar els diferents aspectes que estan allà ajudant a que aquest dolor no desaparegui”, indica també falta de temps “S'aborda el dolor crònic com si fos un dolor agut”.

Actualment a Espanya encara existeix una àmplia disparitat en els temps assignats, la mitjana de temps s'estableix entre uns 10 i 15 minuts per consulta, on Saragossa i Madrid es situarien en pols oposats amb mitges de 20 minuts i 10 minuts respectivament, i Catalunya entraria dins de la mitjana amb 12 minuts per consulta (Outomuro, et al., 2013).

La definició de qualitat que fa l'OMS indica que la qualitat en assistència sanitària és assegurar que cada pacient rebi el conjunt de mitjans diagnòstics i terapèutics més adequats per aconseguir una atenció sanitària òptima tenint en compte tots els factors i coneixements del pacient i del servei mèdic i aconseguir el mínim risc d'efectes adversos i la màxima satisfacció del pacient amb el procés. En aquesta definició el temps de

consulta s'emmarca dins de la satisfacció i integritat dels usuaris. Una disminució en el temps de consulta disminueix la satisfacció dels usuaris, redueix els abasts de la prevenció mèdica, condiona una mala prescripció terapèutica i incrementa el risc de mala praxi. Diversos estudis suggereixen que les consultes haurien de tenir una durada relativa de 20 minuts per satisfer els usuaris i complir els estàndards de qualitat assistencial. De la mateixa manera, es considera que dedicar temps insuficient s'hauria de constituir com una falta a l'ètica i acceptar que s'atenen els pacients en temps inadequats (Outomuro, et al., 2013).

Totes elles indiquen aspectes a tenir en compte pel correcte abordatge. **"INF 1"** comenta que "a vegades lo que has de fer és aquesta escolta activa perquè puguin explicar, a veure que els hi passa, el dolor que és. I moltes vegades veuràs que no és un dolor físic, que es reflexa ehh a nivell físic. És un dolor que porten a dins i aquí els hi pots oferir això, vull dir, un psicòleg..." afegeix indicant que per aquest motiu "... ja saps que amb la medicació no, no li solucionaràs" i que dintre de tot aquest abordatge s'ha d'incloure fer educació sanitària. **"INF 6"** també diu que s'ha de fer escolta activa i incloure teràpies així com la fomentació de la higiene del son. **"INF 2"** també parla de l'escolta activa i diu que "L'abordatge del dolor crònic no deixa de ser el que hem comentat, una escolta activa, un tractament emocional. Un suport emocional, sí! I uns bons hàbits de vida saludables". Sobre els factors a tenir en compte per aquest abordatge **"INF 4"** diu "la relació amb el pes, l'alimentació, l'exercici. Perquè hi ha molts factors que estan vinculats al dolor crònic".

Per completar de manera correcta l'abordatge d'aquest tipus de pacients, la literatura destaca la importància en l'educació sanitària com a eina fonamental per al maneig correcte de la malaltia. Aquesta educació sanitària ha d'estar orientada a assolir la màxima implicació dels pacients per així assolir i poder sostenir les metes de millora de la salut. S'ha demostrat que l'educació no pot modificar moltes de les condicions objectives de la malaltia, però sí que pot aconseguir canviar la manera com els pacients encaren les condicions objectives. Aquesta educació sanitària s'ha de basar a fer èmfasi en totes aquelles característiques que aplicades en conjunt tindran un efecte directe en la millora respecte del dolor (Briceño-León, 1996).

S'haurà de fomentar el pacient en el maneig d'una alimentació correcta així com la pràctica de l'exercici. L'exercici proporciona múltiples beneficis sobre els pacients amb dolor crònic. L'exercici aeròbic moderat realitzat de manera regular per almenys 30

minuts al dia reverteix la hipersensibilitat per augment dels opioïdes endògens, suprimeix l'excés de substància P i citocines al gangli de l'arrel dorsal, activant les vies inhibidores del dolor a nivell central i aconseguint modular la percepció del dolor. És així com les persones que realitzen activitat física de manera constant presenten augment del llindar del dolor i més tolerància a aquest (Urtubia, V., et al. 2015)

Pel que fa als nivells d'atributs del son, alguns estudis defensen que els trastorns del son presenten una relació directa i recíproca amb la intensitat de dolor que pateix el pacient. El dolor produeix mala qualitat del son i això, alhora, comporta una reducció de les hores de descans (Van-der Hofstadt Román, et al., 2017)

5.4.1. Vivències infermeres envers el dolor crònic

La percepció de cada professional condiona l'actitud que mostrarà, la qual cosa suposa un obstacle afegit a l'abordatge eficaç del dolor. No s'ha demostrat que els professionals amb major experiència tinguin més coneixements sobre el dolor, però aquesta experiència si resulta eficaç i útil en quant a l'abordatge de les seves malalties cròniques. El fet d'abordar el dolor de manera incorrecta pot explicar-se, com apunten Keen i col, a que és més difícil eliminar mites i prejudicis en infermeres amb major trajectòria professional. Per contra, si s'ha demostrat que, a major formació específica, concretament especialitzada en dolor, les infermeres tenen millor nivell de coneixements i menys barreres per a l'abordatge d'aquest (Taínta, M., et al, 2020).

Taula 15. 4.1 Vivències infermeres envers el dolor crònic..		
CODI	Nº LÍNIA	TEXT
INF 4	82 - 83	Jo dono fe d'això. Fa 15 anys vaig fer una fractura de sacre i porto 15 anys amb dolor crònic. El dolor no ha marxat, el dolor està allà.
	85 - 88	És constant, sí. Que passa que, aconsegueixo oblidar-me en segons quins moments. Quan estic sentada, em fa mal i el

		dormir és lo pitjor. La nit és lo pitjor. De dia conseqüeix distreure'm. La intensitat varia una mica perquè, perquè és així, no? Vull dir, et distreus, t'estàs pendent d'una cosa i estàs pendent d'allò, no?
INF1	91 - 92	Jo tinc un dolor crònic, és una risoartrosis aquí i vaig estar temps que em feia molt de mal, perquè és va complicar amb una tendinitis...
	93 - 96	jo treballo com a infermera i has d'agafar unes pinces, per exemple, per treure punts, jo no podia, jo no tenia força, vale? És la mà esquerra, em vaig apanyar com vaig poder, de les dos feines que tenia vaig tenir de deixar una, que era la que més feia anar. I ara poc a poc veig que segueix estant el dolor.
	97	...vaig fer una rehabilitació, bueno, és una artrosi, vull dir, ho tindrè sempre.
	98 - 101	...hi ha un moment que ho has integrat. Jo vaig passar un dol ehh, vull dir, jo de cop vaig pensar que havia perdut, que havia perdut algU. Vull dir, de ser jove i pensar que tot funciona, de cop, donar-se compte de que no és així...

“**INF 4**” explica que va patir un fractura de sacre i que des de fa 15 anys pateix dolor crònic, ella diu “El dolor no ha marxat, el dolor està allà.” Afegeix que el dolor “És constant, sí. Que passa que, conseqüeix oblidar-me en segons quins moments. Quan estic sentada, em fa mal i el dormir és lo pitjor. La nit és lo pitjor. De dia conseqüeix distreure'm. La intensitat varia una mica perquè, perquè és així, no? Vull dir, et distreus, t'estàs pendent d'una cosa i estàs pendent d'allò, no?”. A part d'aquesta propia vivència “**INF 1**” també diu que ella també pateix dolor crònic, i explica la seva experiència, i finalitza dient que “hi ha un moment que ho has integrat...” Però que va haver de passar per un “dol”.

És lògic que el pacient es resisteixi a assumir que una determinada malaltia li

acompanyarà sempre i que només pot aprendre a “convivre” de la millor manera amb ella, però aquesta és la realitat de moltes síndromes de dolor crònic, incloent determinades malalties reumàtiques i processos degeneratius, o el mer envelliment.

Aquest aspecte, el de la impossibilitat de curació, és difícilment acceptat pel pacient i, fins i tot, pel personal sanitari. Això suposa que el que s'haurà de fer entendre es que el que es busca no és curar la malaltia, sinó trobar aquelles eines que ajudin a millorar la qualitat de vida del pacient (Vallejo, 2005).

L'oportunitat quotidiana d'estar a prop d'experiències vitals pròpies, associades al patiment físic i afectiu dels pacients, ofereix l'oportunitat única de mantenir el contacte amb una dimensió humanística i també en el sentit espiritual perquè els seus propis conceptes i experiències humanes són la base del suport que en aquest sentit pugui donar als pacients.

Des d'un punt de vista tècnic, el professional que se centra només en els fenòmens orgànics del pacient i es distancia de la dimensió personal de qui pateix, perd la possibilitat d'influir en l'aspecte únic de cada individu davant del dolor. Per contra, el professional que acull i integra tots els camps aconseguix entendre millor el pacient.

Com a resultat, aquestes experiències pròpies i personals fan que els professionals tinguin un control sobre la situació més ampli que fa potenciar el seu horitzó cultural, social i filosòfic, i per tant beneficiarà directament el pacient (Bejarano, 2016).

5.5. Sexualitat en el dolor crònic

El dolor crònic i els tractaments associats poden afectar negativament el funcionament i la satisfacció sexual. Els factors físics i psicològics associats a la vivència de dolor crònic afecten de manera significativa en la salut sexual i, com a conseqüència, en la qualitat de vida (Ruiz. E, et al., 2022).

Taula 16. 5. Elaboració pròpia. Sexualitat en el dolor crònic.

CODI	Nº LÍNIA	TEXT
INF 3	654 - 661	Una part important és la sexualitat, perquè les medicacions que prenen poden afectar molt a aspectes sexuals de la, de les persones. Però en persones joves que tenen altres patologies i que prenen medicacions d'aquestes fortes pot afectar molt a la seva manera, a la seva manera de percebre l'afectivitat i les relacions personals amb la seva parella i en moltes coses. I és un tema tabú que no acabem de parlar.
INF 5	673 - 675	Potser també de que si tens dolor clarament, doncs segurament el teu desig minva. Si d'això, tens un dolor no estaràs pensant, perquè la teva prioritat és que s'alleugi el dolor, no?
	681 - 682	La millora del control del dolor milloraria la sexualitat, no? I a lo millor la millora de la sexualitat, també ajudaria, no? Al control del dolor.

Les infermeres coincideixen en que l'experiència del dolor crònic influència en la sexualitat dels qui la pateixen. La **"INF5"** expressa que "La millora del control del dolor milloraria la sexualitat...". La mateixa **"INF5"** també refereix que "...si tens dolor clarament, doncs segurament el teu desig minva." El dolor crònic afecta diferents components de la sexualitat com la reducció o eliminació de l'activitat sexual, problemes sexuals relacionats amb el desig sexual, l'excitació o l'orgasme.

Les infermeres riuen i accepten el fet que "la millora de la sexualitat també ajudaria al control de la sexualitat", tal com expressa la **"INF5"**. I és que una sexualitat satisfactòria pot influir positivament en altres esferes de la vida del pacient amb dolor crònic com l'autoestima, el benestar psicològic, les relacions personals o el suport social (Ruiz. E, et al. 2022).

La **"INF3"** refereix que "...les medicacions que prenen poden afectar molt a aspectes sexuals..." i que "pot afectar molt a la seva manera, a la seva manera de percebre

l'afectivitat i les relacions personals amb la seva parella i en moltes coses.”

Els problemes comuns que s'associen a la medicació comprenen manca de desig a l'home i la dona, pèrdua d'erecció a l'home i manca d'orgasme o orgasme a l'home i la dona. Tots aquests problemes solen preocupar els pacients i aquests pacients pot ser que no atribueixin el problema a la medicació, de manera que deixen de consultar-ho al seu metge.

Els trastorns orgànics veritables normalment es desenvolupen gradualment, mentre que els trastorns provocats per la medicació es desenvolupen d'una manera força sobtada. En general, si un trastorn apareix poc després d'iniciar un medicament (o un canvi en la dosificació), es desenvolupa gairebé sobtadament i es manté en les diverses situacions, s'hauria de sospitar que és un efecte secundari de la medicació.

La medicació que s'utilitza en el tractament de la hipertensió i de les pertorbacions psiquiàtriques són els que tenen més probabilitats de causar canvis en el funcionament sexual. La medicació psiquiàtrica que apareix més sovint com a causant de trastorns sexuals són els antidepressius.

Pel que fa a la medicació associada al dolor crònic, analgèsics com la morfina, la metadona i la indometacina, poden desencadenar efectes secundaris relacionats amb la sexualitat i l'afectivitat. Alguns dels símptomes relacionats són: disminució del desig, els trastorns de l'erecció, l'alteració hormonal i/o falta d'orgasme (Finger, et al., 1999).

6. LIMITACIONS DE L'ESTUDI I FUTURES LÍNIES DE RECERCA

Entre les limitacions que hem trobat a l'hora de realitzar aquest estudi, destaquem la dificultat per poder fer coincidir al grup d'infermeres per participar. Totes les infermeres amb les quals vam contactar van mostrar una bona predisposició i interès, però, al treballar en el mateix centre va haver dificultat en poder concretar les dates per la realització de l'entrevista. Per altra banda, una altra limitació va ser trobar infermeres que estiguessin incloses dins dels criteris que vam proposar, finalment vam decidir modificar lleugerament els nostres criteris d'inclusió per tal de poder realitzar el grup focal.

Com a futures línies de recerca proposem la realització d'entrevistes a grups d'infermeria d'altres àrees de salut per poder saber si es troben en la mateixa situació de les infermeres d'atenció primària de la comarca de l'Alt Penedès. Per altra banda, proposem també poder realitzar i consensuar amb les infermeres un procés d'actuació per pacients crònics complexos amb dolor crònic. Dintre d'aquest protocol s'hauria d'incloure el control de la medicació i l'adherència al tractament, ja que molts pacients abandonen el tractament per creences pròpies.

7. CONCLUSIONS

Considerant els resultats obtinguts a través de les aportacions de les infermeres membres del grup focal i creuant aquests resultats amb la informació exposada al marc conceptual de l'estudi i els objectius establerts es presenten les següents conclusions respecte a l'abordatge del dolor crònic en pacients crònics complexos.

Les infermeres tenen els coneixements necessaris per tal d'abordar el dolor crònic en pacients crònics complexos. Tenen molt clar que un correcte abordatge implica proposar tant mesures farmacològiques com mesures no farmacològiques.

La falta de temps dintre de les consultes d'atenció primària és el factor principal que té un impacte directe en quant a l'abordatge. El relacionen amb la qualitat assistencial, i ocasiona no poder valorar ni revalorar les necessitats que té el pacient i, per tant, no poder donar el enfoc adequat orientat a la millora de la qualitat de vida del pacient a llarg termini. Aquest dèficit en el temps de consulta també el relacionen amb una falta de comunicació, fet que afecta a l'adherència del tractament proposat i provoca errades en la medicació. Molts pacients abandonen el tractament de manera voluntària, en observar i patir efectes secundaris que no els permeten acabar de portar una vida dins la normalitat que desitgen. Per tant, el control de la medicació i l'adherència al tractament resulta una tasca molt important i clau a treballar per part d'infermeria.

Entre les intervencions que realitzen, destaquen veure al pacient de manera holística juntament amb un enfoc multidisciplinari, en cas contrari saben que aquest tipus de pacient tornarà a la consulta referint agreujament de la seva malaltia. L'escolta activa és fonamental i proporciona molts beneficis tant pel pacient com per la infermera que podrà orientar i personalitzar el tractament. Juntament amb el tractament farmacològic

suggereixen la realització d'educació sanitària i fomentar els hàbits saludables (exercici, alimentació, son...). El enfoc multidisciplinari és necessari pel correcte abordatge, però actualment hi ha recursos que no estan disponibles o que són de difícil accés; com és el cas de les consultes de psicologia amb llistes d'espera llargues, o de costos econòmics elevats en cas de voler accedir per la via privada.

La percepció que tenen les infermeres del tractament del dolor crònic en pacients crònics complexos, la plantegen com un repte assistencial tant per la complexitat en el maneig dels pacients, com pels mateixos pacients que esperen poder controlar la malaltia amb fàrmacs i es resisteixen en aplicar aquelles mesures no farmacològiques.

No hi ha un consens de com realitzar el seguiment d'aquest tipus de pacient, per la qual cosa cada infermera realitza el seguiment focalitzant-lo en el que creu més important. El que sí és un fet és que totes les infermeres realitzen un seguiment en l'adherència al tractament.

8. BIBLIOGRAFIA

Achury-Saldaña, D. M. (2007). Aplicación De La Teoría De Los Síntomas Desagradables En El Manejo Del Dolor. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(1), 7–18. Recuperat el 14 de Març de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145212858002.pdf>

Achury-Saldaña, D. M. (2008). Dolor: la verdadera realidad. *Aquichan*, 8(2), 146–158. Recuperat el 2 de febrer de 2023, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n2/v8n2a04.pdf>

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS). (2022). Dolor crònic no oncològic i maneig exclusivament farmacològic. *Gencat.cat*, 1(1), 1-2. Recuperat el 26 de gener de 2023, de https://essencialsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/essencial/fitxes_cercador/2022/essencial_dolor_cronic_no_oncologic_aquas2022.pdf

Amaya-Romero, M. C., Carrillo-González, G. M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461–474. Recuperat el 5 de maig de 2023, de <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. Recuperat el 20 d'abril de 2023, de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/fulltext)

Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. & Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Wordpress.com. Recuperat el 1 de desembre de 2022, de <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

Bejarano, P. (2016) Reflexiones alrededor del dolor como experiencia personal y profesional. *ARS Médica - Revista de ciencias médicas*. 29(2), 41–46. Recuperat el 15 de maig de 2023, de <https://doi.org/10.11565/arsmed.v29i2.334>

Blanco, E. G., Chavarría Campos, G. F., & Garita Fallas, Y. M. (2021). Manejo multimodal del dolor crónico. *Revista Medica Sinergia*, 6(4), e625. Recuperat el 2 de febrer de 2023, de <https://doi.org/10.31434/rms.v6i4.625>

Berrocoso M. A., De Arriba M, L., & Arcega B, A. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3), 154–159. Recuperat el 10 de desembre de 2023, de <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v11n3/1699-695X-albacete-11-03-00154.pdf>

Benavides-Lara, M. A., Pompa Mansilla, M., De Agüero Servín, M., Sánchez-Mendiola, M., & Rendón Cazales, V. J. (2022). Los grupos focales como estrategia de investigación en educación: algunas lecciones desde su diseño, puesta en marcha, transcripción y moderación. *CPU-e Revista de Investigación Educativa*, 34, 163–197. Recuperat el 10 de desembre de 2023, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=834995>

Briceño-León, R. (1996) Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Saúde Públ.* 12(1), 7–30. Recuperat el 30 d'abril de 2023, de <https://www.scielo.br/j/csp/a/tw8B7pKvThTr59yz3gyYqjx/?lang=pt&format=pdf>

Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Porcel-Gálvez, A. M., & Cabrera-León, A. (2020). Consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico en la edad adulta. *Rev Saude Publica*, 54(39), 1–13. Recuperat el 30 d'abril de 2023, de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qPyvWgN4SPwmxvGZYQ3wStD/?lang=es&format=pdf>

Batet, C., Bonet, S., de Prado, L., Limón, E., Madrudejos, R., Mayoral, V., Opisso, L., Pozo, M.A., Samper, D., San José, J., Serrano, G., Sintés, D., Val, M., Gelabert, M.A., Pelaez, J., Rey, M.E., Rod, M. & Tamarit, L.. (2016). Abordatge del dolor crònic no oncològic. *E-Fama*, 4. Recuperat el 3 de març de 2023, de http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_6326.pdf

Catalunya, G. de. (2010). *Model d'atenció al Dolor Crònic a Catalunya: Maneig del pacient amb dolor neuropàtic a l'atenció primària Criteris de Planificació de les Unitats de Dolor*. Recuperat el 3 de març de 2023, de

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5695/model_d_atencio_al_dolor_cronic_a_catalunya_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cid, J., Acuña, J., Andrés, J. De, Díaz, L., & Gómez, L. (2014). ¿Qué Y Cómo Evaluar Al Paciente Con Dolor Crónico? *Rev. Med. Clin Condes*, 25(4), 687–697. Recuperat el 12 de gener de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700902>

De Andrés, J. (2005). Tratamiento dolor. Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. *Boletín de Psicología*, 84(1), 11–21. Recuperat el 18 de maig de 2023, de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-2.pdf>

Elsevier. (2019). Proceso de enfermería en el manejo del dolor. Elsevier Connect. Recuperat el 3 de març de 2023, de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-enfermeria-manejo-del-dolor>

Ferrán Reinoso, D. J. (2021). El dolor. Umbral del dolor. Novedades de tratamiento en pacientes con dolor. 35(4): 4-30; 2021. Recuperat el 30 de novembre de 2023, de <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/60266532168d0art1.pdf>

Finger, W. W. & Slage M. A. (1999). Cambios en la función sexual secundaria por los efectos de la medicación. *RET, revista de toxicomanías*. 1(20), 32–44. Recuperat el 10 de maig de 2023, de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET20_3.pdf

Garcia-Haro, J. & Fernández-Briz, N. (2014). Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia: una propuesta. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 41(4), 214-220. Recuperat el 12 de maig de 2023, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.01.011>

Garcia Lucas, P., Monge Pelegrín, E., Aguerri Matute, M., Cucalón Leciñena, G., Garín Portero, N., Gran Embid, S. (2021). *Importancia de las medidas no farmacológicas como tratamiento coadyuvante del dolor*. Revista sanitaria de investigación. Recuperat el 3 de maig de 2023, de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-las->

[medidas-no-farmacologicas-como-tratamiento-coadyuvante-del-dolor/](#)

Garzón Sánchez, A., Rodríguez Arenas M.A., Garzón, J. C., Díaz García R.S., Sánchez Montero, F.J. & Fresneña López, N. (2022). Estudio transversal sobre factores relacionados con el dolor crónico y su atención, según sexo. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 29(2), 61–70. Recuperat el 21 de febrer de 2023, de <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v29n2/1134-8046-dolor-29-02-61.pdf>

González-Rendón, C., & Guadalupe Moreno-Monsiváis, M. (2007). Chronic pain management and limitation in the activities of the daily life. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 14(6), 422–427. Recuperat el 17 de gener de 2023, de <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n6/original3.pdf>

Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3, 32–41. Recuperat el 14 de març de 2023, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a06.pdf>

Jiménez-Trujillo, I., López-De-Andrés, A., Del Barrio, J. L., Hernández-Barrera, V., Valero-De-Bernabé, M., & Jiménez-García, R. (2019). Gender Differences in the Prevalence and Characteristics of Pain in Spain: Report from a Population-Based Study. *Pain Medicine (United States)*, 20(12), 2349–2359. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz004>

Infante Vargas, P., (2002). Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de psicologia. 4–30. Recuperat el 13 de desembre de 2023, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5423/piv1de4.pdf?sequence=1>

Liddy, C., Blazkho, V., & Mill, K. (2014). Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions. *Canadian Family Physician*, 60(12), 1123 LP – 1133. Recuperat el 4 de febrer de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264810/>

Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 26(4), 209–210. Recuperat el 5 de Març de 2023, de <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3752/2019>

Mora, E., Pujal I Llombart, M., & Albertín, P. (2017). The gender vulnerability contexts of chronic pain. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), e058–e058. Recuperat el 27 de gener de 2023, de <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/672/823>

Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. Recuperat el 4 de febrer de 2023, de <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>

Oñatibia-Astibia, A., Aizpurua-Arruti, X., Malet-Larrea, A., Gastelurrutia, M. A. & Goyenechea E. (2021). El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharmaceutica*, 62(1), 15-39. Recuperat el 30 d'abril de 2023, de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/65306/15901-50844-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Outomuro, D. & Mariel Actis, A. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista médica de Chile*. 141(1), 361-366. Recuperat el 18 de maig de 2023, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012>

Palomo-Osuna, J., De Sola, H., Moral-Munoz, J.A., Dueñas, M., Salazar, A. & Failde, I. (2021). Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico: revisión sistemática de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(4), 181–193. Recuperat el 5 de maig de 2023, de <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3922/2021>

Pérez Muñoz, M. & Pérez Martín, Y. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*. 3(1), 39–53. Recuperat el 6 de febrer de 2023, de https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/33092/factores_perez_RIECS_2018_v.%203%2c_n.%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, (5), 7–37. Recuperat el 20 de maig de 2023, de http://www.observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf

Peñaloza, A., Contreras, K., Beltrán, G., & Michilena, B. (2018). Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad,"* 2(2), 26–35. Recuperat el 15 de gener de 2023.

Ruiz Palomino, E., García Montoliu, C., Castro Calvo, J., Giménez García, C. & Ballester Arnal, R. (2022). La vivencia de la sexualidad en un grupo de adultos mayores españoles con y sin dolor crónico. *Revista INFAD de psicología*. 2(1), 27-34. Recuperat el 9 de maig de 2023, de <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2312>

Sabiote, C. R., Quiles, O. L., & Torres, L. H. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 15(2), 133–154. Recuperat el 16 d'abril de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>

Sánchez Jiménez, J., Tejedor Varillas, A., García García, C. R., Gómez García, S., González Sánchez, M., Gallo Vallejo, J., Hermosa Hernán, J. C., & Vargas Negrín, F. (2015). *La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP)*. Recuperat el 7 de desembre de 2023.

Taínta, M., Arteché, Y., Martín, I., Salas, V., & Goñi, R. (2020). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. Knowledge and attitudes of intensive care unit nurses regarding pain in patients. *An. Sist. Sanit. Navar*, 43(2), 177–187. Recuperat el 2 de febrer de 2023, de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v43n2/1137-6627-asisna-43-02-177.pdf>

Torralba, A., Miquel, A., & Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa "pain Proposal." *Revista de La Sociedad Espanola Del Dolor*, 21(1), 16–22. Recuperat el 7 de desembre de 2022, de <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>

Torres, M., Fabrellas i Padrès, N., Solà Pola, M., Rubio Merchán, A., Camañes Garcia, N., & Berlanga-Fernández, S. (2015). Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. *Revista de enfermeria (Barcelona, Spain)*. Recuperat el 29 de gener de 2023, de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/107064>

Uranga Arpide, S. & Santa Maria Maestro, S. (2016). Visión antropológica del dolor crónico. *Fundación de la enfermería de cantabria*. 1(1). 41–45. Recuperat el 9 de maig de 2023, de <http://www.index-f.com/nuberos/2016pdf/1939.pdf>

Urtubia, V. & Miranda A. L. (2015). Ejercicio para manejo del dolor crónico. *Revista Hospitalaria Clínica Universidad de Chile*. 26(1), 156–166. Recuperat el 7 de maig de 2023, de <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Ejercicio-para-manejo-del-dolor-cr%C3%B3nico.pdf>

Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84(1), 41-58. Recuperat el 15 de desembre de 2022, de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>

Van-der Hofstadt Román, C. J., Leal-Costa, C., Alonso-Gascon, M.R. & Rodríguez-Marín, J. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universidad Psychologica Colombia*. 16(3). 1–7. Recuperat el 17 de maig de 2023, de <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-3.cven>

Zegarra Piérola, Jaime Wilfredo. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 35-38. Recuperat el 23 de maig de 2023, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n2/a07v24n2.pdf>

9. ANNEXES

9.1. Annex 1: Cronograma

CURS 2022-2023											
	Set.	Oct.	Nov.	Des.	Gen.	Feb.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	
Tutories											
Escollir tema i planificació											
Formulació d'objectius											
Justificació											
Cerca bibliogràfica											
Marc conceptual											
Metodologia											
Anàlisi de dades											
Redacció del borrador											
Bibliografia i referències											
Resum i abstract											
Conclusions											
Realització i entrega TFG											
Presentació i defensa TFG.											

9.2. Annex 2: Guió Grup Focal

- Presentació
- Preguntes:
 - Com fan l'abordatge les infermeres del dolor crònic en els pacients crònics complexos?
 - Us heu trobat casos de pacients crònics complexos amb dolor mal controlat? Què succeeix en aquests situacions? Què us comenta el pacient? Com heu gestionat aquesta situació com a infermeres?
 - Creieu que el dolor és solament físic?
 - Com creieu que influeixen els factors psicològics en la percepció del dolor?
 - La situació del pacient pot influir en el dolor?
 - Penseu que els pacients estan molt medicats?
 - Considereu que es podrien fer altres estratègies per abordar el dolor?
 - Com es fa el seguiment dels pacients crònics complexos amb dolor crònic? Es fa de forma multidisciplinar? Si no es fa considereu que es podria fer?
 - Hi ha una bona adherència al tractament envers el dolor crònic? Quins problemes heu vist en l'adherència al tractament del dolor crònic? Com determineu l'adherència al tractament?
 - Com resumirieu en breus paraules l'abordatge d'infermeria comunitària envers el dolor crònic en pacient crònic complex?
 - Des de la vostra percepció com a infermeres, considereu que es fa un bon maneig del dolor crònic?
- Agraïments
- Comiat

9.3. Annex 3: Fulls Informatius per a les participants del Grup Focal



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Edifici Rectorat
Carrer de l'Escorxadó, s/n
43003 – Tarragona
Tel. +34 977 558 021
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

TÍTOL DE L'ESTUDI

Abordatge del dolor crònic en el pacient crònic complex.

INVESTIGADOR PRINCIPAL / DOCTORAND / ESTUDIANT

Silvia Diala Luseni – silvia.diala@estudiants.urv.cat – Telèfon: 691760601
Eudald Seuma Pujol – Eudald.seuma@estudiants.urv.cat – Telèfon: 644972167

CENTRE

Seu Baix Penedès – Universitat Rovira i Virgili (URV).

GRUP DE RECERCA

Infermeres d'atenció primària de les comarques de l'Alt Penedès.

FONT DE FINANÇAMENT

Font de finançament personal.

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar.

Aquest estudi ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (**CEIPSA-2023-TFG-0038**) de la Universitat Rovira i Virgili.

La nostra intenció és que rebí la informació correcta i suficient perquè pugui avaluar i decidir si vol o no participar en aquest estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir. Addicionalment, li informem que vostè es lliure de consultar amb les persones que consideri oportú abans de decidir sobre la seva participació a l'estudi.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Edifici Rectorat
Carrer de l'Escorxador, s/n
43003 – Tarragona
Tel. +34 977 558 021
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI

Aquest estudi té com a objectiu Identificar els coneixements i les actituds que tenen sobre el dolor crònic les infermeres d'atenció primera de les comarques de l'Alt Penedès, que intervenen en la cura dels pacients crònics complexos.

En el treball, s'utilitzarà metodologia qualitativa i, es realitzarà un grup focal en el mes d'abril. La selecció de les infermeres sera mitjançant una mostra intencional, contactant amb elles per correu electrònic on s'inclourà el full informatiu de l'estudi i el full de consentiment informat. **Criteris d'inclusió:** Infermeres que treballin en consultes d'atenció primària d'adults. Que portin treballant mes de 5 anys. Infermeres amb l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària. Infermeres que duguin a terme el seguiment de pacients crònics complexos i de malaltia avançada. **Criteris d'exclusió:** Aquelles infermeres que no hagin acceptat el consentiment informat. La recollida de dades es realitzarà a través de l'enregistrament de la sessió, la transcripció dels diàlegs mantenint en tot moment la confidencialitat i l'anonimat de les participants.

BENEFICIS I RISCOS

Els beneficis que esperem obtenir son pogué donar resposta al nostre objectiu d'investigació principal al mateix temps que aportar informació actualitzada en front del dolor crònic en els pacients crònics complexos.

Aquest estudi no suposa cap risc per al participant. S'oferirà donar a conèixer els resultats als participants

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Tota la informació recopilada sobre les persones participants en el marc d'aquest estudi es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents mesures de seguretat que garanteixin, a més de la seva confidencialitat, la seva integritat, disponibilitat, autenticitat i traçabilitat.

Les dades personals recollides per a l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només l'investigador principal o els seus col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb els participants. Mai s'identificarà a les persones participants en cap informe, presentació ni publicació que sorgeixi d'aquest estudi. Per tant, la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte quan sigui requerit pel Comitè d'Ètica al que es sotmet l'estudi amb la finalitat de comprovar les dades i procediments de l'estudi.

La persona participant podrà interrompre la seva participació a l'estudi o estudis futurs relacionats retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense que sigui necessària la seva justificació. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però sí que quedaran codificades de manera que no sigui possible vincular-les a la seva persona.

MOSTRES A RECOLLIR

La mostra a recollir seran les dades i experiències que obtindrem a través de l'enregistrament de la entrevista.

9.4. Annex 4: Consentiment Informat per a les participants del Grup Focal



Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: Abordatge del dolor crònic en el pacient crònic complex.

Dades de contacte de l'investigador principal:

Silvia Diala Luseni – silvia.diala@estudiants.urv.cat – Telèfon: 691760601

Eudald Seuma Pujol – Eudald.seuma@estudiants.urv.cat – Telèfon: 644972167

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:
 - NO autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
 - Sí autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
- Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació a aquestes, s'ofereixen les següents opcions:
 - La **destrucció** de la mostra sobrant.
 - La seva **utilització en futurs projectes** d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

9.5. Annex 5: Fotografies Grup Focal Cap Nord de Vilafranca del Penedès



Sala reunió amb les 6 infermeres de comunitària



CAP Nord de Vilafranca del Penedès