

**Georgiana Cosovei
Sara Torruella Bretón**

**EL MANEIG INFERMER EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTS
PAL·LIATIUS. UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA**

TREBALL FI DE GRAU

Tutoritzat per: Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

Infermeria



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2026

“ No siempre podemos añadir días a la vida, pero sí vida a los días”

Cicely Saunders

***“El dolor es para la humanidad un tirano más terrible que la misma
muerte”***

Albert Schweitzer

AGRAÏMENTS

Aquest treball d'investigació és el resultat de mesos de dedicació, esforç i aprenentatge continu. La seva elaboració ha estat possible, en primer lloc, gràcies a la Universitat Rovira i Virgili i, especialment, a la nostra tutora, per la seva orientació, disponibilitat, paciència i dedicació constant al llarg de tot el procés.

En segon lloc, volem agrair als nostres pares i germans el suport, els ànims i l'acompanyament que ens han brindat durant totes les fases d'aquest projecte.

Finalment, agraïm a totes aquelles persones que, d'una manera o altra, han contribuït a fer possible la realització d'aquest Treball de Fi de Grau.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

RESUM.....	8
ABSTRACT.....	9
1. INTRODUCCIÓ.....	10
1.1. Pregunta d'investigació.....	12
2. OBJECTIUS.....	12
2.1. Objectiu general.....	12
2.2. Objectius específics.....	12
3. MARC TEÒRIC.....	13
3.1. Definició, fisiopatologia i característiques del dolor.....	13
3.2. Escales i eines d'avaluació del dolor.....	14
3.3. Estratègies terapèutiques en el maneig del dolor.....	15
3.3.1. <i>Estratègies no farmacològiques</i>	16
3.3.2. <i>Estratègies farmacològiques</i>	16
3.3.2.1. La sedació pal·liativa.....	17
3.3.2.2. Context clínic en què s'inicia la pauta de sedació.....	17
3.3.2.3. Mirada de la població vers la sedació pal·liativa.....	18
3.3.3. <i>Rotació i substitució d'opioides</i>	20
3.4. Barreres que limiten el control del dolor.....	22
3.5. Línies futures de millora en l'abordatge del dolor en cures pal·liatives.....	24
4. METODOLOGIA.....	27
4.1. Introducció als mètodes de cerca i tipus de disseny.....	27
4.2. Estratègies de cerca.....	29
4.3. Criteris d'inclusió i d'exclusió.....	31
4.4. Instruments.....	32
4.4.1. <i>Diagrama de flux de PRISMA</i>	32
5. RESULTATS.....	33
5.1. Anàlisi bibliomètrica: segons el tipus d'estudi.....	33
5.2. Anàlisi bibliomètrica: segons el seu origen.....	34
5.3. Anàlisi temàtica.....	35

5.3.1. Objectiu 1: Identificar les principals estratègies farmacològiques i no farmacològiques emprades per al maneig del dolor en pacients pal·liatius.....	35
5.3.2. Objectiu 2: Examinar quines són les barreres que dificulten un control analgèsic adequat o que contribueixen a la inframedicació del dolor.....	37
5.3.3. Objectiu 3: Conèixer el rol que té la infermera en el maneig del dolor i proposar línies de millora basades en l'evidència per a afavorir la seva optimització i la qualitat de l'atenció infermera.....	40
6. DISCUSSIÓ.....	42
7. CONCLUSIONS.....	52
8. LIMITACIONS.....	53
9. DECLARACIÓ DE TRANSPARÈNCIA.....	54
10. APLICABILITAT DE L'ESTUDI.....	55
11. CRONOGRAMA D'ACTIVITATS.....	56
12. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	57
13. ANNEXOS.....	64
13.1. Annex I: Escales analgèsiques.....	64
13.2. Annex II: Escala analgèsica de la OMS.....	66
13.3. Annex III: Esclaons, acció i efectes adversos dels fàrmacs inclosos en l'escala analgèsica de la OMS.....	67
13.4. Annex IV: Efectes adversos més freqüents dels opioïdes.....	71
13.5. Annex V: Fàrmacs del tercer esglaió.....	72
13.6. Annex VI: Taula d'equivalència entre opioïdes.....	73
13.7. Annex VII: Taula de resultats.....	74

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Pregunta d'investigació en format PICO	12
Taula 2. Classificació del dolor	14
Taula 3. Escales i eines d'avaluació del dolor	15
Taula 4. Estratègies no farmacològiques	16
Taula 5. Rotació i substitució d'opioides	20
Taula 6. Bases de dades emprades	27
Taula 7. Relació dels termes MeSH i DeCs utilitzats en la cerca	27
Taula 8. Estratègies de cerca utilitzades per la revisió bibliogràfica	29
Taula 9. Criteris d'inclusió i criteris d'exclusió	31
Taula 10. Barreres, dificultats associades i línies de millora proposades	55
Taula 11. Cronograma d'activitats	56
Taula 12. Fàrmacs del primer esglaó, dosis i vies d'administració	67
Taula 13. Primer esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS	67
Taula 14. Fàrmacs del segon esglaó, dosis i vies d'administració	68
Taula 15. Segon esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS	68
Taula 16. Fàrmacs del 3r esglaó	69
Taula 17. Tercer esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS	69
Taula 18. Quart esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS	70
Taula 19. Efectes adversos més freqüents dels opioides	71
Taula 20. Fàrmacs del 3r esglaó, presentacions i pauta	72
Taula 21. Equivalència aproximada entre les dosis d'opioides	73
Taula 22. Taula de resultats	74

ÍNDEX D'IMATGES

Imatge 1. Procés de rotació dels opioides	21
Imatge 2. Diagrama de Flux	32
Imatge 3. Escala Visual Analògica (EVA)	64
Imatge 4. Escala Numèrica Verbal (EN)	64
Imatge 5. Escala Categòrica (EC)	64
Imatge 6. Escala de Wong i Baker	64
Imatge 7. Qüestionari de McGill	65
Imatge 8. Escala analgèsica de la OMS actualitzada	66

ÍNDIX DE GRÀFICS

Gràfic 1. Gràfic segons el tipus d'estudi	33
Gràfic 2. Gràfic segons l'origen	34

ÍNDIX D'ACRÒNIMS I ABREVIATURES

ABVD	Activitats Bàsiques de la Vida Diària
ACA	Assaig clínic aleatoritzat
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DAM	Desig d'Avançar la Mort
DeCS	Descriptors en Ciències de la Salut
EC	Escala Categòrica
EN	Escala Numèrica
EVA	Escala Visual Analògica
IASP	International Association for the Study of Pain
MeSH	Medical Subject Headings
OCI	Restrenyiment induït per opioïdes
OMS	Organització Mundial de la Salut
PAINAD	Pain Assessment in Advanced dementia
PICO	Pacient/ població, intervenció, comparació, outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
ROP	Rotació d'opioïdes
SECPAL	Societat Espanyola de Cures Pal·liatives
semFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

RESUM

OBJECTIU: *Analitzar l'evidència científica disponible sobre el maneig del dolor en pacients pal·liatius per identificar les estratègies terapèutiques i les limitacions que afronten els professionals d'infermeria en les Unitats de Cures Pal·liatives.*

METODOLOGIA: *S'ha dut a terme una revisió sistemàtica de la literatura seguint les directrius PRISMA. La cerca s'ha realitzat entre setembre del 2025 i maig del 2026 a Pubmed, CINAHL, Dialnet i Scopus mitjançant cinc equacions de cerca. S'han inclòs deu articles publicats entre 2020 i 2026, en català, castellà i anglès, amb accés a text complet i centrats en el paper de la infermera en el maneig del dolor en pacients adults en context pal·liatiu. S'han exclòs estudis pediàtrics, revisions sistemàtiques, metaanàlisi i articles no relacionats amb l'objecte d'estudi.*

RESULTATS: *L'anàlisi permet identificar les principals estratègies farmacològiques i no farmacològiques emprades en el maneig del dolor a final de vida. També s'identifiquen diverses limitacions com la manca de formació especialitzada, la reticència a l'ús d'opioides per part del pacient i la família, les creences personals i culturals i les barreres institucionals. Es posa en relleu el paper fonamental de la infermera i la importància d'un abordatge multidisciplinari i integral en el context de les cures pal·liatives.*

CONCLUSIONS: *Els resultats confirmen el paper clau d'infermeria en el control del dolor pal·liatiu. No obstant això, les barreres detectades poden comprometre l'eficàcia de les intervencions i la qualitat de vida dels pacients. És necessari reforçar la formació especialitzada, millorar els protocols assistencials i potenciar la comunicació interdisciplinària per optimitzar l'atenció a final de vida.*

Paraules clau: control, dolor, cures pal·liatives, infermeria, qualitat de vida.

ABSTRACT

OBJECTIVE: *To analyse the available scientific evidence on pain management in palliative patients to identify therapeutic strategies and the limitations faced by nursing professionals in Palliative Care Units.*

METHODOLOGY: *A systematic review of the literature has been carried out following the PRISMA guidelines. The search was carried out between September 2025 and June 2026 in Pubmed, CINAHL, Dialnet and Scopus using five search equations. Ten articles published between 2020 and 2026, in Catalan, Spanish and English, have been included, with access to full text and focused on the role of the nurse in the management of pain in adult patients in a palliative context. Pediatric studies, systematic reviews, meta-analysis and articles not related to the object of study have been excluded.*

RESULTS: *The analysis allows to identify the main pharmacological and non-pharmacological strategies used in the management of end-of-life pain. Several limitations are also identified, such as the lack of specialized training, reluctance to use opioids by the patient and the family, personal and cultural beliefs and institutional barriers. It highlights the fundamental role of the nurse and the importance of a multidisciplinary and comprehensive approach in the context of palliative care.*

CONCLUSIONS: *The results confirm the key role of nursing in the control of palliative pain. However, the barriers detected may compromise the effectiveness of interventions and the quality of life of patients. It is necessary to strengthen specialized training, improve care protocols and promote interdisciplinary communication to optimize end-of-life care.*

Keywords: *control, pain, palliative care, nursing, quality of life.*

1. INTRODUCCIÓ

Al llarg de les pràctiques clíniques hem pogut constatar que el dolor és un dels símptomes més freqüents entre les persones malaltes, especialment en les Unitats de Crítics i de Cures Pal·liatives. El seu abordatge constitueix un dels pilars fonamentals i prioritaris de l'atenció sanitària.

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) defineix el dolor com una experiència sensorial i emocional desagradable associada a un dany tissular real o potencial, o ocasionat per la mateixa lesió. Es tracta d'un símptoma subjectiu, complex i multidimensional que, en moltes ocasions, la seva intensitat no arriba a quantificar-se de manera real, fet que pot conduir als professionals sanitaris a infravalorar-lo o a interpretar-lo erròniament (1).

Quan el dolor no es controla adequadament, no només s'incrementa el patiment físic i emocional de la persona atesa, sinó que també es poden arribar a vulnerar drets essencials com la dignitat, el confort i el benestar, afectant negativament la seva qualitat de vida, especialment, en les etapes finals de la malaltia. Per aquest motiu, s'ha de tenir sempre present que, davant tota intervenció terapèutica aplicada, l'alleujament del patiment ha de ser superior al malestar que poden arribar a ocasionar les nostres actuacions com a professionals d'infermeria (2).

Aquest treball va enfocat a la consolidació d'unes bases teòriques sòlides que permetin comprendre la importància del maneig correcte del dolor en el context de les cures pal·liatives. Factors com una valoració inadequada (infradiagnòstic), la manca de formació específica pel seu abordatge i la presència de barreres culturals o institucionals poden dificultar el control analgèsic òptim que, com a conseqüència, pot derivar en un patiment innecessari i discomfort, tant en el pacient com en el seu entorn més proper, generant experiències negatives relacionades amb el procés de morir.

Per aquest motiu, l'objectiu principal d'aquest estudi està orientat en analitzar l'evidència científica actual sobre el control del dolor en pacients pal·liatius o en situació de final de vida, concretament, en les Unitats de Cures Pal·liatives, amb la finalitat de conèixer les principals estratègies emprades pels professionals d'infermeria i identificar els factors o limitacions que poden interferir en un maneig adequat d'aquest.

En l'àmbit sanitari, és essencial la formació continuada per actualitzar els coneixements i garantir la millor assistència possible, així com la millora de la pràctica clínica. Això implica conèixer les diferents estratègies farmacològiques i no farmacològiques disponibles amb l'objectiu d'individualitzar les cures en funció de les necessitats, desitjos, valors i preferències de cada pacient.

La literatura científica mostra com la manca de formació afecta significativament la qualitat de les intervencions aplicades. Un estudi transversal exposa que moltes infermeres presenten dèficits de coneixement en l'àmbit de cures pal·liatives, cosa que repercuteix negativament en el maneig efectiu del dolor i en la seguretat del pacient (3).

Sovint la por a la sobremedicació, la falta de recursos assistencials o l'ús deficient d'opioides potents en l'àmbit assistencial són algunes de les causes principals d'inframedicació en les Unitats de Cures Pal·liatives. A això s'hi afegeix el desconeixement generalitzat de la població sobre el mecanisme d'acció d'aquests fàrmacs, juntament amb la informació transmesa per part dels mitjans de comunicació o entorn urbà, on s'associen els opioides a un risc elevat de mort o com a inductors de la mort, incidint directament en la consecució d'un bon control del dolor.

Davant aquesta realitat resulta necessari realitzar una revisió bibliogràfica rigorosa que permeti analitzar l'evidència científica existent sobre el control del dolor en pacients pal·liatius, identificar les principals estratègies emprades, els factors que condicionen la seva eficàcia i les recomanacions recollides a les guies clíniques més actualitzades i recents.

1.1. *Pregunta d'investigació*

Quines estratègies terapèutiques i quines limitacions troben actualment els professionals d'infermeria a l'hora de controlar el dolor en pacients pal·liatius o en situació de final de vida?

P	Pacients pal·liatius o en situació de final de vida
I	Implementar estratègies terapèutiques per part dels professionals d'infermeria per aconseguir un control adequat del dolor
C	No s'estableix comparació
O	Millora del maneig del dolor en el context de les cures pal·liatives

Taula 1: Pregunta d'investigació en format PICO

Font: Elaboració pròpia

2. OBJECTIUS

2.1. Objectiu general

- Analitzar l'evidència científica disponible sobre el maneig del dolor en pacients pal·liatius o en situació de final de vida en les Unitats de Cures Pal·liatives.

2.2. Objectius específics

- Identificar les principals estratègies farmacològiques i no farmacològiques emprades per al maneig del dolor en pacients pal·liatius.
- Examinar quines són les barreres que dificulten un control analgèsic adequat o que contribueixen a la inframedicació del dolor.
- Conèixer el rol que té la infermera en el maneig del dolor i proposar línies de millora basades en l'evidència per a afavorir la seva optimització i la qualitat de l'atenció infermera.

3. MARC TEÒRIC

3.1. Definició, fisiopatologia i característiques del dolor

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) defineix el **dolor** com una experiència sensorial o emocional desagradable, associat a un dany real o potencial que afecta una o diverses esferes personals (física, psicològica, social o espiritual).

El dolor és descrit com un concepte **subjectiu**, únic per a cada persona i moment, que pot ser modulats per diferents emocions, comportaments o fenòmens externs i existeix sempre que un pacient refereix que alguna cosa li fa mal. Es tracta d'un problema de salut pública de gran importància a escala mundial que afecta de forma rellevant la qualitat de vida de la població general i es consolida com un dels motius més freqüent d'utilització dels serveis de salut (4, 5).

El dolor és un símptoma comú experimentat per una gran part de les persones amb malalties avançades i progressives que té un **impacte directe en la qualitat de vida**. La seva percepció es veu modificada per factors psicològics, socials i espirituals. Per tant, és important comprendre les seves idees, preocupacions i expectatives, sobretot en el context del pacient pal·liatiu (6).

FISIOPATOLOGIA: Tradicionalment, s'ha considerat que el dolor és directament proporcional a l'estat dels teixits, de manera que com més dany tissular hi ha, més intens és el dolor percebut. No obstant això, aquesta relació no sempre es compleix. En l'actualitat, el dolor no es concep com un indicador fidel del dany tissular, sinó com una resposta protectora del sistema nerviós dirigida a alertar l'organisme davant una possible amenaça. Aquesta amenaça pot correspondre a un **dany tissular real**, però també **pot no existir de manera objectiva**. En aquest cas, el nostre sistema nerviós interpreta una situació com a perillosa quan en realitat no ho és, generant una experiència dolorosa sense la presència d'un dany estructural demostrable. Això explica per què algunes persones presenten dolor tot i no haver-hi una lesió evident.

L'experiència dolorosa no s'origina habitualment en la zona del cos on es percep, és a dir, no es genera en el teixit lesionat, sinó que el dolor emergeix de l'activació d'una xarxa neuronal complexa distribuïda a escala cerebral, coneguda com a **matriu del dolor**, on s'integra tota la informació sensorial, emocional, cognitiva i contextual que dona lloc a la percepció dolorosa.

Finalment, el dolor està estretament relacionat amb els **processos d'aprenentatge**. Aquest aprenentatge modula la sensibilitat del sistema nerviós, condicionant com, quan i amb quina intensitat s'experimenta el dolor. D'aquesta manera, el nostre organisme identifica les amenaces a partir de les experiències individuals, l'observació de la resta i la informació cultural, social i professional adquirida al llarg de la vida (5). Cal saber que és la gravetat del dolor i no el pronòstic el que ha d'indicar el grau d'analgèsia a administrar en cada etapa de la malaltia (1).

CLASSIFICACIÓ: Existeixen diferents classificacions. Segons la *Revista Clínica de Medicina de Família* i l'Institut Madrileny d'Oncologia San Francisco de Asís es classifica segons (1, 7):

Localització	<u>Somàtic</u> : excitació dels nociceptors somàtics. És un dolor localitzat, punxant i irradiant. <u>Visceral</u> : excitació dels nociceptors viscerals. És un dolor continu i profund que pot irradiar-se a altres zones i sovint va acompanyat de símptomes neurovegetatius.
Cronologia	<u>Agut</u> (<6 mesos i escàs component psicològic), <u>crònic</u> (>6 mesos i acompanyat de component psicològic) i <u>episòdic</u> .
Curs	<u>Continu o basal</u> : augmenta o disminueix sense desaparèixer per complet. <u>Disruptiu</u> : exacerbació aguda transitòria, amb desencadenant o sense, habitualment de 15-30 minuts de duració, amb un nombre variable de crisis diàries i un dolor controlat.
Tipus	<u>Nociceptiu</u> (somàtic o visceral), <u>neuropàtic</u> (lesió d'estructures nervioses, cremant o punxant i sovint acompanyat de parestèsia i disestèsia, hiperalgèsia, hiperestèsia i al·lodínia ¹), <u>psicogen</u> (relacionat amb l'entorn psicosocial de l'individu) i <u>mixt</u> .
Intensitat	<u>Lleu</u> (permet la realització de les activitats habituals), <u>moderat</u> (interfereix en les activitats habituals) i <u>sever</u> (interfereix en el descans).

Taula 2: Classificació del dolor

Font: Elaboració pròpia

3.2. Escales i eines d'avaluació del dolor

Una de les intervencions essencials que es realitza en la pràctica assistencial és l'avaluació exhaustiva del dolor, sobretot en pacients pal·liatius, ja que es tracta d'un dels símptomes més comuns. Hi ha una complexitat afegida quan s'intenta avaluar el dolor de manera unànime pel fet que es tracta d'una experiència subjectiva i individual. Això provoca que no existeixin eines per poder mesurar-lo quantitativament perquè va acompanyat de matisos i sensacions heterogènies que poden modificar-lo (8).

¹ Dolor produït per un estímul que habitualment no estimula els nociceptors.

L'avaluació del dolor no ha de dependre únicament de les escales de valoració aplicades, sinó que s'ha **d'explorar de forma global**, tenint en compte tant els símptomes físics, com els factors socials, psicològics i espirituals associats, això és el que es coneix com a dolor total. Per a una correcta avaluació és important tenir en compte els següents ítems: **anamnesi** (antecedents, comorbiditats, tractaments, símptomes desencadenants, agreujants, atenuants), **exploració física completa** i **proves complementàries diagnòstiques**.

Existeixen diferents instruments per a l'avaluació del dolor. És important que el pacient entengui el funcionament de l'escala per a poder obtenir resultats amb la màxima fiabilitat possible. Aquests són (8):

ESCALES UNIDIMENSIONALS <i>(Annex I)</i> <i>Les més senzilles, però les més emprades. Mesuren si el tractament és efectiu a l'hora de reduir la intensitat del dolor (9)</i>	Escala Visual Analògica (EVA)	Línia de 10 cm on cada extrem representa la menor (0) i major (10) intensitat de dolor.
	Escala Numèrica (EN)	Va del 0 (no dolor) al 10 (major intensitat).
	Escala Categòrica (EC)	Expressa la intensitat del dolor en categories.
	Pain Assessment in Advanced dementia (PAINAD)	Avalua el dolor en persones amb demència avançada o deteriorament cognitiu greu que no poden comunicar-se verbalment (del 0 al 10).
	Escala d'expressions facials (Wong i Baker)	Cares amb diferents expressions que van de l'alegria (0= no dolor) al plor (6= màxim dolor).
ESCALES MULTIDIMENSIONALS	Qüestionari de McGill	Explora les esferes sensorial i afectiva mitjançant la discriminació entre els diferents tipus de dolor.

Taula 3: Escales i eines d'avaluació del dolor

Font: Elaboració pròpia

3.3. Estratègies terapèutiques en el maneig del dolor

L'avaluació integral del dolor és la clau per al seu maneig exitós. El tractament farmacològic aplicat ha de seguir un abordatge sistèmic basat en l'**escala analgèsica de la OMS** que requereix revaloracions periòdiques per tal d'ajustar-ne la dosi i assolir una eficàcia i tolerància adequada. En tots casos, és de rellevant importància trobar un equilibri entre els beneficis esperats i els possibles efectes adversos de les intervencions aplicades, on el benefici sempre sigui superior al risc.

Un altre punt a destacar és la importància de proporcionar informació detallada i verídica sobre el pla terapèutic, incloent-hi el maneig dels efectes secundaris, les

implicacions dels fàrmacs administrats per a la vida diària, com la conducció, i la importància d'establir un horari regular de presa de medicació. Davant la prescripció d'opioides potents s'han d'abordar les possibles barreres que poden sorgir, com són l'addicció, la tolerància i l'associació a la mort imminent (6).

3.3.1. Estratègies no farmacològiques

A part de les intervencions farmacològiques convencionals prescrites, el pacient pal·liatiu requereix més intervencions pel maneig simptomàtic que completin el seu tractament. Infermeria és una part fonamental de l'equip multidisciplinari encarregat del maneig del dolor. És qui coneix millor les preferències del pacient i permet adaptar les intervencions aplicades. Hi ha diversos tipus d'estratègies no farmacològiques en funció d'on se situa el focus d'actuació. Les podem classificar en: **cognitives**, teràpies **biològiques**, **físiques o manipulatives corporals** i teràpies **energètiques** (10, 11).

COGNITIVES <i>Requereixen un cert grau d'atenció i es basen en la ment humana (11)</i>	Relaxació	Generalment, les instruccions es transmeten mitjançant un format audiovisual. Exemple: respiració rítmica i relaxació mandibular .
	Artteràpia (10)	Hi ha evidència sobre que sessions d'artteràpia de 60 minuts redueixen significativament el dolor. Exemple: pintura, escultura, etc.
	Hipnoteràpia (12)	Canvi en l'estat de consciència (augment de la relaxació, atenció i concentració). Permet la disminució del tractament amb opioides.
	Musicoteràpia	Experiència sensorial que produeix la música en l'individu (13).
	Mindfulness	Atenció plena i conscient al moment present per regular les emocions, disminuir l'estrès i millorar el benestar.
BIOLÒGIQUES	Aromateràpia	Ús d'olis, plantes aromàtiques, flors, fulles o llavors. L'evidència no la considera suficient (10).
ENERGÈTIQUES		

Taula 4: Estratègies no farmacològiques

Font: Elaboració pròpia

3.3.2. Estratègies farmacològiques

L'OMS (Organització Mundial de la Salut) va publicar l'any 1986 una estratègia terapèutica dirigida a l'assoliment d'un control òptim del dolor oncològic/ pal·liatiu, anomenada "*Cancer Pain Relief*" o més coneguda com a **Escala Analgèsica de l'OMS** (*Annex II* i *Annex III*). Aquesta s'ha anat modificant al llarg dels anys i s'ha afegit un quart esglaó, tot i que la seva estructura bàsica no ha presentat canvis rellevants (14). Aquesta escala es basa en tres principis fonamentals:

- Administrar la **medicació regularment**.
- Sempre que sigui possible prioritzar la **via oral**.
- Si no s'aconsegueix una analgèsia adequada, **progressar a nivells superiors** d'analgèsia (pas d'un esglaó a un altre) (6).

Els aspectes a tenir en compte davant el seu ús són els que hi ha a continuació (1):

- Sempre cal quantificar la intensitat del dolor abans d'administrar un fàrmac analgèsic fent ús d'escales unidimensionals (EVA) o multidimensionals.
- El pas d'un esglaó a un altre ve determinat per la fallada terapèutica amb dosis plenes d'un fàrmac.
- Davant un dolor difícil existeix la possibilitat de pujar directament al 3r esglaó.
- No associar analgèsics d'un mateix esglaó, excepte quan s'associen fàrmacs del tercer esglaó per al dolor disruptiu. Tampoc s'ha de combinar un analgèsic del segon esglaó amb altres del tercer (1).
- Els coadjuvants són fàrmacs molt heterogenis sense propietats analgèsiques específiques que complementen i potencien l'acció dels analgèsics. Es poden afegir en qualsevol etapa del procés i la seva prescripció varia en funció de la causa del dolor, sent independents als possibles canvis d'esglaó terapèutic. Poden ser: antidepressius, anticonvulsivants, neurolèptics, ansiolítics, corticoides, entre d'altres (15).
- Els pacients amb un bon control analgèsic amb opioides poden requerir dosis de rescat (estimació aproximada: 1/10-1/6 part de la dosi total diària).
- Davant efectes adversos severes es requereix un canvi d'opioide. Aquest fenomen rep el nom de **rotació d'opioïdes** (2).
- Els efectes adversos més freqüents es poden visualitzar a l'[Annex IV](#).

3.3.2.1. La sedació pal·liativa

La SECPAL (Societat Espanyola de Cures Pal·liatives) defineix la sedació pal·liativa com la disminució deliberada de la consciència del malalt amb l'objectiu d'evitar un sofriment insostenible causat per un o més símptomes refractaris (16).

3.3.2.2. Context clínic en què s'inicia la pauta de sedació

Actualment, la sedació pal·liativa s'ha de considerar un tractament mèdic indicat en pacients que presenten una sensació de patiment extrem derivat d'un dolor mal controlat i que no han respost adequadament als tractaments prèviament aplicats. Aquest patiment, sovint associat al **dolor sever, la dispnea o el deliri**, pot afectar

profundament la qualitat de vida i la dignitat de la persona en situació de final de vida. Quan els símptomes no responen adequadament als tractaments disponibles, malgrat els esforços dels professionals sanitaris per identificar un tractament eficaç i tolerable que no comprometi la consciència del pacient, es parla de **síntoma refractari** (17).

En aquest context, el patiment sostingut, tant físic com psicològic i existencial, pot generar en alguns pacients el desig d'avançar la mort (DAM) per escapar d'una situació percebuda com a insuportable, normalment produïda per un dolor intens i mal controlat. Factors com la **pèrdua d'autonomia**, la **dependència progressiva** i la **sensació de ser una càrrega**, la sensació de **manca de control**, la **por al deteriorament** o a la **mort prolongada i dolorosa**, així com la percepció de **pèrdua de dignitat** i la **desesperança**, poden contribuir a augmentar aquest desig (18).

En aquests casos, i un cop valorades totes les alternatives, l'administració supervisada de fàrmacs sedants es planteja com a últim recurs terapèutic per alleujar el patiment. Aquest procediment es coneix com a **Sedació Pal·liativa** i té com a objectiu reduir el nivell de consciència del pacient mitjançant el nivell mínim de sedació per aconseguir un control simptomàtic adequat que preservi el màxim confort. No obstant això, és fonamental no confondre aquest context amb l'eutanàsia pel fet que responen a principis, objectius i marcs ètics clarament diferenciats (16).

El punt més crucial a l'hora d'abordar aquest tòpic és conèixer les diferències principals entre sedació pal·liativa i eutanàsia, ja que existeix una clara i rellevant diferència si s'observa des de l'Ètica i la Deontologia Mèdica. La frontera entre ambdues es troba en la **intenció**, en el **procediment emprat** i en el **resultat**.

- Amb la **sedació** es vol disminuir el nivell de consciència, amb la dosi mínima necessària de fàrmacs per a evitar que es percebin els símptomes refractaris.
- Amb l'**eutanàsia** es busca deliberadament la mort anticipada després de l'administració de fàrmacs a dosis letals, per acabar amb el patiment (16).

La sedació pot ser **intermitent** o **contínua** (fins a assolir la mort) i el grau de profunditat s'ajusta de forma individualitzada segons la resposta clínica i les necessitats de cada pacient (17).

3.3.2.3. Mirada de la població vers la sedació pal·liativa

Un estudi transversal nacional va recopilar dades sobre creences, coneixements, pors i opinions relacionades amb el consum d'opioides, identificant tres perfils principals:

- Grup amb actitud positiva: Conformat principalment per >65 anys. Mostraven poca por respecte al tractament del dolor amb opioides, sense associar-los directament a addiccions o dependència.
- Grup amb actitud intermèdia o ambivalent: Format principalment per joves i persones amb nivell educatiu més elevat. Coneixien millor els efectes secundaris, creant una postura més prudent respecte a la seva administració.
- Grup amb actitud negativa: Format per persones amb nivell educatiu més baix. Coexistien més creences errònies i incompletes, cosa que afavoria el rebuig.

D'una banda, la por que experimenten els familiars davant la sedació pal·liativa pot estar relacionada amb l'associació freqüent entre l'administració d'opioïdes, com la morfina (fàrmac més conegut) i la proximitat de la mort. Diversos estudis han demostrat que alguns pacients perceben la prescripció d'aquests fàrmacs com un indicador de malaltia terminal i mort imminent. Aquesta percepció, influïda per factors socials, culturals i històrics, així com pel paper dels mitjans de comunicació, ha contribuït al desenvolupament de què es coneix com a **opiofòbia**: un conjunt d'actituds i creences errònies sobre els efectes nocius dels opioïdes en l'alleujament del dolor. Com a conseqüència, aquesta situació ha derivat en la reducció de la prescripció i de l'ús d'aquests fàrmacs i, per tant, en un control subòptim del dolor (19).

D'altra banda, no existeix una opinió homogènia respecte a l'administració d'aquests fàrmacs analgèsics. Tanmateix, es reconeix que fins i tot en els grups amb més coneixement existeix una certa por a la dependència, tolerància o possible addicció.

Com a infermeres, per evitar aquests biaixos, és important estar capacitades per proporcionar informació als pacients tenint en compte el seu nivell de comprensió, ja que pot ajudar a augmentar l'adherència al tractament amb opioïdes quan són necessaris, reduir l'ús inapropiat i prevenir-ne el rebuig. També és important saber identificar creences prèvies i corregir mites (19).

3.3.3. Rotació i substitució d'opioides

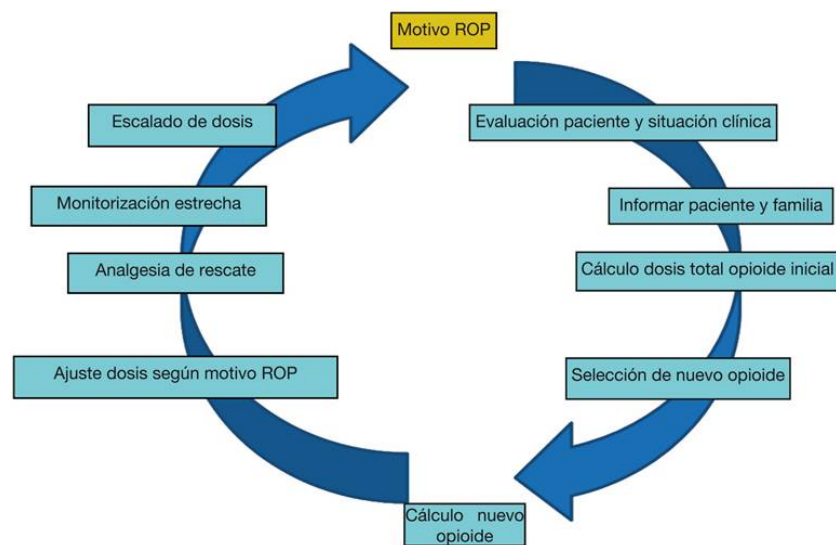
La rotació d'opioides fa referència a la substitució de l'opioide previ per obtenir un equilibri entre l'eficàcia analgèsica i l'aparició d'efectes secundaris. El moment de la primera presa del nou opioide dependrà de les modalitats d'alliberament i del moment programat per a fer el canvi. Aquesta rotació està indicada quan hi ha: **mal control** del dolor, **tolerància** i **hiperalgèsia**, **toxicitat** secundària a opioides (1).

SITUACIÓ/ TIPUS DE CANVI	ACTUACIÓ RECOMANADA	MOMENT D'INICI DEL NOU OPIOIDE
Canvi d'opioide oral d'alliberació prolongada ja administrat		
<i>Morfina/ Oxycodona/ Hidromorfina oral</i>	Iniciar el nou opioide oral.	8-12 hores després de l'última dosi.
<i>Fentanil/ Buprenorfina transdèrmica</i>	Col·locar el pegat transdèrmic.	Coincidint amb l'última dosi de l'opioide oral d'alliberació prolongada previ.
<i>Metadona oral</i>	Introduir metadona oral.	4, 6, 8 hores després de la morfina/ oxycodona i 8 hores després dels opioides transdèrmics.
Substitució programada per a iniciar "l'endemà" en pacients amb opioides orals d'alliberació sostinguda	Ometre l'opioide oral previ.	Iniciar el tractament oral nou a les 8h-9h del matí següent.
<i>D'opioide transdèrmic a oral</i>	Retirar el fàrmac previ i iniciar el nou.	Segons pauta mèdica.
<i>D'opioide oral a parenteral</i>	Suspendre l'opioide oral i iniciar el parenteral.	2-4 hores després (menys temps si hi ha dolor moderat-intens).
<i>D'opioide parenteral a un oral</i>	Suspendre el parenteral i iniciar l'oral.	Immediatament (Primera presa: 50% de la dosi prescrita).
<i>D'opioide parenteral a transdèrmic</i>	Iniciar l'opioide transdèrmic mantenint el fàrmac previ.	Mantenir el fàrmac previ entre 6 i 8 hores.
<i>D'opioide transdèrmic a parenteral</i>	Retirar el fàrmac previ i iniciar l'opioide parenteral.	Entre 4 i 8 hores posteriors, segons la intensitat del dolor.

D'opioide parenteral a parenteral	Retirar el fàrmac previ i iniciar l'administració del nou.	Immediatament.
Substitució progressiva a tres dies	Primer dia ($\frac{2}{3}$ de la dosi prèvia + $\frac{1}{3}$ de la dosi nova), segon dia ($\frac{1}{3}$ de la dosi prèvia + $\frac{2}{3}$ de la dosi nova), tercer dia (si no hi ha dolor en les últimes 48 hores s'administra el 85% de la dosi de l'opioide nou. Si n'hi ha, s'administra la totalitat de la dosi).	
Fàrmacs de rescat durant el canvi d'opioides	- Introduir el fentanil transmucosa com a fàrmac de rescat durant el canvi d'opioide, excepte si el canvi es deu a neurotoxicitat per fentanil, en aquest cas s'utilitza el nou opioide en formulacions d'alliberació ràpida com a rescat. - En la substitució de qualsevol opioide per metadona es pot fer servir com a fàrmac de rescat la mateixa, administrant 1/10 part de la dosi diària, cada 90 minuts, màxim 3 dosis/ dia (2). Visualitzar Annex VI.	

Taula 5: Rotació i substitució d'opioides

Font: Elaboració pròpia



Imatge 1: Procés de rotació dels opioides.

Font: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)²

² Torcal Baz M, Ventoso Mora S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2020 [citad el 9 de novembre de 2025];13(3):203–11. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203

3.4. Barreres que limiten el control del dolor

La Societat Nord-americana d'Infermeria per al Maneig del Dolor (*American Society for Pain Management Nursing*) i l'Associació d'Infermeres de Cures Pal·liatives i Hospicis (*Hospice and Palliative Nurse Association*) destaquen la necessitat urgent d'identificar i abordar les barreres existents i solucions necessàries per a garantir que tot professional de la salut proporcioni un maneig segur, eficaç i eficient del dolor i dels símptomes associats, assegurant l'alleujament del patiment de la població.

El maneig del dolor és un element imprescindible i fonamental des del moment del diagnòstic d'una malaltia greu i, especialment, al llarg de la seva evolució. En general, el dolor associat a una malaltia avançada es pot prevenir o alleujar mitjançant una atenció òptima, basada en intervencions farmacològiques i no farmacològiques ajustades a les necessitats de cada pacient. Tanmateix, **la prevalença del dolor mal controlat continua sent elevada i mostra una tendència creixent**. Diversos estudis evidencien que molts pacients experimenten dolor intens i mal controlat durant les últimes setmanes, dies i hores de vida a causa d'aquestes barreres (20).

Els **opioides** continuen sent una de les principals i excel·lents eines per a obtenir un control òptim del dolor al final de vida. No obstant això, les polítiques dissenyades per a abordar l'epidèmia en salut pública relacionada amb l'ús inadequat d'opioides i les morts per sobredosi han contribuït, de manera no intencionada, a la seva infrautilització en l'àmbit de cures pal·liatives.

En moltes ocasions, els pacients i familiars refereixen haver experimentat estigmatització associada a l'ús d'aquests fàrmacs, de manera que pot arribar a generar reticències tant en l'acceptació del tractament com en la seva continuïtat, donant lloc a l'abandonament del tractament. Paral·lelament, el personal d'infermeria tem que l'ús d'opioides pugui accelerar la mort, provocar addicció o comportar conseqüències legals o disciplinàries. A aquesta situació s'hi afegeix la **manca de formació** específica i d'experiència clínica en el maneig del dolor en pacients en situació de final de vida, la qual cosa pot conduir a una prescripció i administració insuficient i, consegüentment, a un augment del patiment i dels símptomes associats.

Entre les barreres institucionals hi destaca la **falta de personal sanitari**, que comporta una sobrecàrrega assistencial, una gestió inadequada del temps i dificultats en la comunicació entre equips, afectant directament la qualitat del maneig del dolor. En

moltes ocasions, els professionals mèdics es veuen condicionats per les polítiques reguladores estrictes. La pressió normativa i la por a les sancions legals deriva en una prescripció més restrictiva d'opioides. En alguns contextos, determinades lleis limiten les competències dels professionals de pràctica avançada, com ara la capacitat de prescriure opioides, fet que restringeix encara més l'accés a un tractament òptim (21).

Cal remarcar que les **companyies asseguradores** també constitueixen una barrera rellevant. Aquestes han imposat obstacles a través de mecanismes administratius i econòmics que dificulten l'accés a determinats tractaments i medicaments, obligant el pacient a pagar aquells fàrmacs que no estan assegurats, assumint-ne el cost.

D'altra banda, l'**escassetat d'opioides** i el **rebuig per part de les farmàcies** a mantenir-ne estoc o dispensar-los per por a les regulacions i controls legals han agreujat el problema. Aquestes restriccions dificulten encara més l'accés als opioides necessaris per al control del dolor, especialment en l'etapa final de la vida. En conseqüència, moltes persones amb malalties avançades reben dosis inferiors a les necessàries, fet que contribueix a un empitjorament del control del dolor (20).

En menor grau, però amb un impacte significatiu, l'**abandonament del tractament** per part del pacient, la **manca de continuïtat assistencial** i la **desconnexió entre els centres** d'atenció primària, hospitalària, residencial i especialitzada conformen una barrera addicional en el maneig del dolor (22).

En últim lloc, se sumen les **creences culturals, religioses i personals** com una barrera rellevant i gairebé sempre infravalorada. En alguns contextos culturals, el dolor es pot percebre com una part inevitable de la malaltia que s'ha de suportar amb resignació. També, altres creences engloben el dolor com una prova espiritual o es percep com un signe de debilitat. Tot això pot comportar una **inexpressió del dolor**, una **baixa adherència al tractament** o el **rebuig de mesures analgèsiques** (23).

ESTRATÈGIES PER SUPERAR LES BARRERES EXISTENTS: Per tal de superar els obstacles existents que afavoreixen el mal control del dolor al final de la vida és fonamental incidir en els següents aspectes:

1. Formació dels professionals sanitaris:

- Formació basada en l'evidència científica.
- Consciència plena sobre la importància de l'avaluació integral, continuïtat assistencial i maneig òptim del dolor i dels símptomes en tots els pacients, especialment, davant les dificultats de comunicació verbal.

- Reconèixer la necessitat d'utilitzar les diferents vies d'administració de medicaments durant el procés de morir.
- Acceptar els desitjos, valors i objectius del pacient i el seu entorn.
- Dissenyar i aplicar plans de tractament multimodals que incloguin la prevenció del risc de trastorn per ús de substàncies.

2. Ètica i educació:

- Reconèixer el maneig del dolor com un valor fonamental de l'atenció sanitària i com un dret humà.
- Acceptar que tot dolor expressat pel pacient ha de ser tractat.
- Educar a la població sobre les barreres i els efectes del dolor no tractat.
- Sensibilitzar als professionals de la salut i ciutadania que la lluita contra la crisi dels opioides no ha de comprometre l'atenció del dolor.

3. Accés a l'atenció:

- Accés equitatiu a tractaments farmacològics i no farmacològics.
- Accés dels pacients de forma precoç a les Unitats de Cures Pal·liatives i derivació a cures d'hospici quan sigui necessari.
- Accés a especialistes en dolor i trastorns per consum de substàncies.
- Promoure canvis legislatius i normatius que facilitin el maneig del dolor.

4. Investigació: Continuar investigant com abordar el dolor en persones amb malalties avançades o en situació de final de vida (24).

Malgrat que un tractament adequat permetria controlar el dolor en el 75-90% dels casos, aquest percentatge no s'assoleix en la pràctica clínica habitual. Diversos estudis revelen deficiències importants en el control simptomàtic tant en l'àmbit hospitalari com domiciliari i residencial. Més del 50% dels pacients presenten un control inadequat del dolor abans de la seva mort, sent l'edat avançada, especialment a partir dels setanta anys, un dels principals factors de risc (20).

3.5. Línies futures de millora en l'abordatge del dolor en cures pal·liatives

Les estratègies futures en l'abordatge del dolor en cures pal·liatives van encaminades a desenvolupar un nou model assistencial integrat, coordinat i centrat en la persona, tal com recull el *Pla estratègic d'atenció pal·liativa especialitzada de Catalunya*. Aquest model té com a punt de partida el model clàssic de l'atenció integrada centrat a donar la resposta adequada, en el moment i lloc adequats, per parts dels equips més idonis, amb la finalitat de reduir el patiment evitable i millorar la qualitat de vida.

Una de les principals línies de millora a destacar és l'abordatge integral del dolor mitjançant una **actuació coordinada de professionals multidisciplinaris** capaços de donar resposta a la complexitat del dolor en el context de la malaltia avançada. Per això, és necessari **garantir la continuïtat assistencial i la transversalitat de l'atenció**, basada en un **model biopsicosocial** i espiritual, **centrat en les necessitats de la persona** i respectant en tot moment els seus valors, preferències i voluntats. Aquest enfocament permet millorar el seguiment del dolor, evitar les discontinuïtats en el tractament i adaptar les intervencions a l'evolució clínica de la persona. Cal remarcar la importància d'avaluar de forma sistemàtica i continuada el dolor, fent ús d'escales validades i tenint en compte totes les seves dimensions.

Una altra línia clau de millora és la formació homogènia i continuada dels professionals, donant-los **les eines, el temps i els recursos** necessaris per al maneig del dolor complex, així com per participar de forma activa en **processos d'innovació** i en el **disseny de projectes de millora de la qualitat assistencial** per a la seva posterior implementació i seguiment.

Ahora que cal que les organitzacions disposin d'un marc conceptual i estratègic concret que els permeti enfocar els serveis assistencials pal·liatius des d'un punt de vista **centrat en la persona**. A més, tinguin facilitats per implementar **iniciatives de bones pràctiques i d'innovació organitzativa**, així com de disposar **d'estratègies d'avaluació de resultats** i models que ajudin a monitorar l'eficàcia del control del dolor i promoure la millora continua de l'atenció pal·liativa.

En resum, aquest model de futur aposat per la presa de decisions compartida, el respecte pels valors de la persona i del seu entorn afectiu, així com per la implementació d'estratègies i recursos que facilitin el bon maneig del dolor al final de la vida (25).

ALTRES LÍNIES EMERGENTS DE MILLORA EN EL CONTROL DEL DOLOR

Altres estratègies de millora inclouen la **identificació precoç de les necessitats pal·liatives** que permetin iniciar abans les mesures de control del dolor i reduir el patiment evitable, la importància de la **individualització del tractament analgèsic**, adaptat a l'evolució clínica, pronòstic i preferències del pacient, la **millora de la comunicació i la planificació anticipada de decisions** que garanteixi el confort i la presa de decisions compartida. També és rellevant potenciar la **participació i el**

suport als familiars i persones cuidadores, formant-los en la detecció del dolor i en el maneig bàsic dels símptomes associats.

A més, es considera essencial l'ús de **protocols clínics actualitzats** que tinguin en compte la **prevenció dels efectes adversos** dels analgèsics, **l'accés equitatiu** als recursos sanitaris i la incorporació d'una **perspectiva ètica** orientada a prioritzar l'alleujament del patiment i el confort en el tram final de la vida (26).

Finalment, com a competència pròpia d'infermeria és essencial instruir a les famílies sobre què poden fer per acompanyar al seu ésser estimat durant un procés de final de vida. Alguns exemples serien: **cuidar l'ambient**, afavorir una **bona postura**, adaptar la **higiene**, millorar la **comunicació**, afavorir **l'espiritualitat**, **respectar les decisions, desitjos i preferències**, **incloure els més petits** de la família, **cuidar-se** a un mateix (27).

4. METODOLOGIA

4.1. Introducció als mètodes de cerca i tipus de disseny

Per a la consecució dels objectius plantejats s'ha considerat realitzar un estudi de revisió bibliogràfica seguint un procés sistemàtic de cerca, selecció i anàlisi crítica de la literatura científica, mitjançant la consulta d'articles en les següents bases de dades indexades:

Ciències de la salut	Multidisciplinàries
PubMed (3)	Dialnet Plus (1)
CINAHL (3)	Scopus (3)

Taula 6: Bases de dades emprades

Font: Elaboració pròpia

La cerca d'informació es realitzarà entre el mes de novembre i el mes de maig de l'any 2025-2026.

Per a l'elaboració de les estratègies de cerca s'ha fet ús de **paraules clau** en llenguatge natural i descriptors en terminologia DeCS (Descriptors en Ciències de la Salut) i MeSH (*Medical Subject Headings*), amb la finalitat d'ampliar i optimitzar la recerca. Els termes seleccionats responen a tres grups o eixos principals: **dolor, cures pal·liatives i maneig infermer.**

Llenguatge natural	DeCS	MeSH
Cures Pal·liatives	Cuidados Paliativos	Palliative Care
Final de Vida	Atención al Final de la Vida	Terminal Care
Dolor Crònic	Dolor Crónico	Chronic Pain
Maneig del Dolor	Manejo del Dolor	Pain Management
Infermeria Pal·liativa	Enfermería de Cuidados Paliativos	Hospice and Palliative Care Nursing
Sedació Pal·liativa	Sedación Paliativa	Hypnotics and Sedatives
Mètodes	Métodos	Methods
Efectes Adversos	Efectos Adversos	Pain management/ adverse effects

Taula 7: Relació dels termes MeSH i DeCs utilitzats en la cerca

Font: Elaboració pròpia

Les estratègies de cerca emprades resulten de la combinació de descriptors i paraules clau (*Taula 7*) mitjançant els operadors booleans **AND**, **OR** i **NOT**, amb variacions segons cada base de dades. S'empraran cinc equacions de cerca, que un cop aplicats els filtres d'elegibilitat i, conjuntament amb l'ús dels criteris **PRISMA**, ens permetran obtenir una mostra final de deu articles ajustada als criteris de selecció (criteris d'inclusió i exclusió).

4.2. Estratègies de cerca

Per a dur a terme les estratègies o equacions de cerca s'han utilitzat les paraules clau/ descriptors mencionats en la taula anterior (*Taula 7*) i els operadors booleans *AND*, *OR* i *NOT*.

PARAULES CLAU	BASE DE DADES	EQUACIÓ DE CERCA		Nº ARTICLES TROBATS SENSE APLICAR FILTRES	Nº ARTICLES TROBATS UN COP APLICATS ELS FILTRES
<i>Hospice and Palliative Care Nursing / Terminal Care / Chronic Pain / Pain Management / Methods / Neoplasms / Palliative Sedation</i>	PubMed	1a estratègia de cerca	("Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh]) AND ("Pain Management/adverse effects"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/classification"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/ethics"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/methods"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/mortality"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/nursing"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/standards"[Mesh:NoExp] OR "Pain Management/statistics and numerical data"[Mesh:NoExp])	1a estratègia n= 22 2a estratègia n= 201 3a estratègia n= 61 4a estratègia n= 2 5a estratègia n= 136 n= 422	1a estratègia n= 0 2a estratègia n= 7 3a estratègia n= 1 4a estratègia n= 0 5a estratègia n= 16 n= 24
	CINAHL	2a estratègia de cerca	("Hospice Care"[Mesh]) AND "Pain Management"[Mesh] NOT "Pediatrics"[Mesh]	1a estratègia n= 8 2a estratègia n= 791 3a estratègia n= 17 4a estratègia n= 314 5a estratègia n= 10 n= 1140	1a estratègia n= 0 2a estratègia n= 62 3a estratègia n= 0 4a estratègia n= 48 5a estratègia n= 0 n= 110
		3a estratègia de cerca	((("Palliative Care"[Mesh]) AND ("Pain/classification"[Mesh] OR "Pain/etiology"[Mesh])		

	Dialnet Plus		"Pain/nursing"[Mesh])) AND "Pain Management"[Mesh)) AND "Terminal Care"[Mesh)) NOT "Pediatrics"[Mesh]	1a estratègia n= 0 2a estratègia n= 11 3a estratègia n= 15 4a estratègia n = 14 5a estratègia n = 1	1a estratègia n= 0 2a estratègia n= 1 3a estratègia n= 10 4a estratègia n = 2 5a estratègia n = 0
		4a estratègia de cerca	(((((("Nurses"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) AND "Methods"[Mesh]) AND "Pain Management"[Mesh]) AND "Palliative Care"[Mesh]) NOT "Pediatrics"[Mesh]	<i>n= 41</i>	<i>n= 13</i>
	Scopus	5a estratègia de cerca	(Palliative sedation) AND (end of life OR cancer OR neoplasms) AND (prevalence OR frequency OR predictors OR determinants) AND (palliative care unit)	1a estratègia n= 423 2a estratègia n= 1908 3a estratègia n= 400 4a estratègia n = 764 5a estratègia n = 59	1a estratègia n= 20 2a estratègia n= 65 3a estratègia n= 14 4a estratègia n = 84 5a estratègia n = 4
				<i>n= 3554</i>	<i>n= 187</i>

Taula 8: Estratègies de cerca utilitzades per la revisió bibliogràfica

Font: Elaboració pròpia

4.3. Criteris d'inclusió i d'exclusió

Per tal d'obtenir major precisió de cerca i assegurar que els estudis analitzats fossin rellevants i de qualitat s'han establert els següents criteris d'inclusió i exclusió:

CRITERIS D'INCLUSIÓ	CRITERIS D'EXCLUSIÓ
• Articles científics publicats entre 2020-2026 • Població adulta: +19 anys • Investigacions primàries/ originals • Text complet disponible • Idiomes: català/ castellà/ anglès	• Estudis pediàtrics • Investigacions secundàries (revisions sistemàtiques, metaanàlisi, etc.) • Pacient no pal·liatiu • Pacient pal·liatiu sense dolor • Context domiciliari o d'Atenció Primària • Temàtiques no relacionades amb el control del dolor

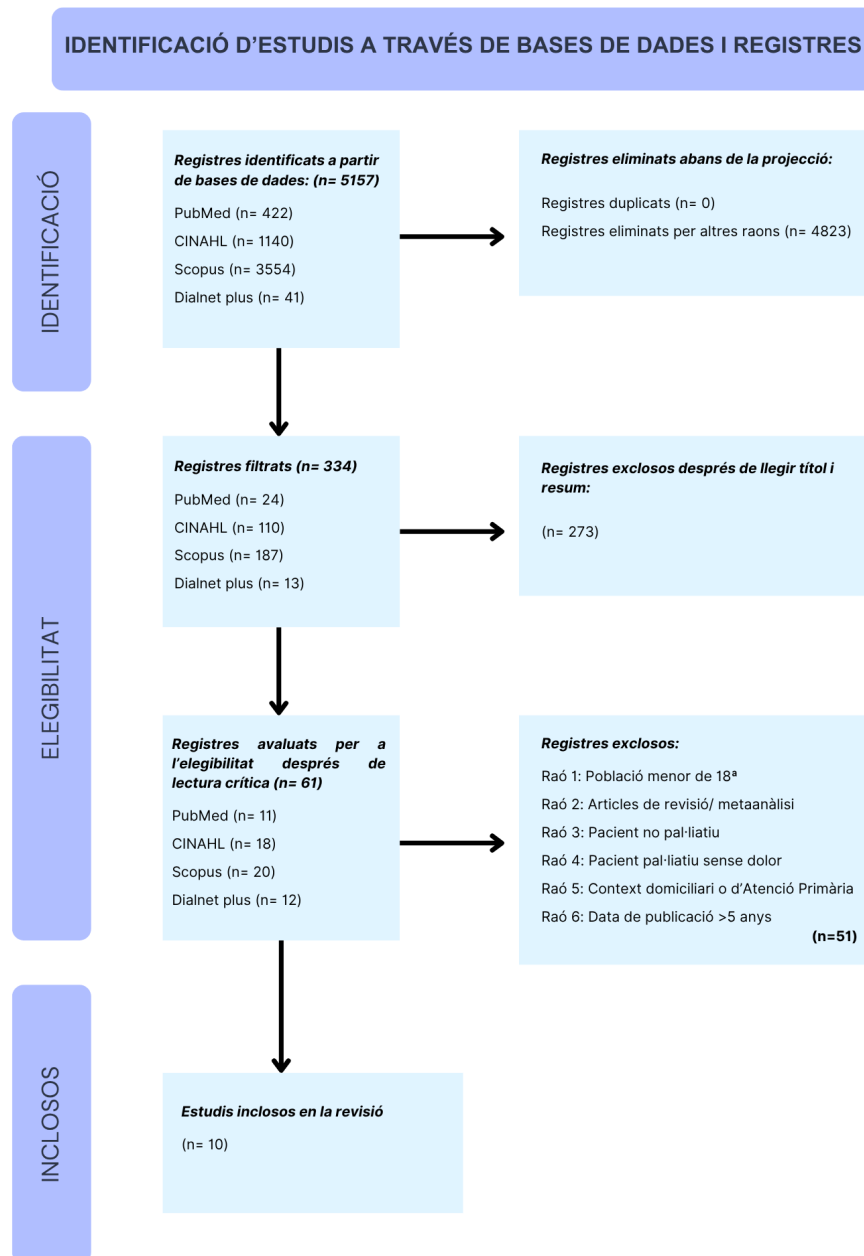
Taula 9: Criteris d'inclusió i criteris d'exclusió

Font: Elaboració pròpia

4.4. Instruments

4.4.1. Diagrama de flux de PRISMA

La selecció d'articles s'ha representat mitjançant el diagrama de flux de PRISMA. Finalment, s'han inclòs deu articles per a l'anàlisi final.



Imatge 2: Diagrama de Flux

Font: Elaboració pròpia³

³ Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. La declaració PRISMA 2020: una guia actualitzada per a informar revisions sistemàtiques. BMJ 2021 [cit el 19 d'abril de 2026];372:n71. Disponible a: <https://www.prisma-statement.org/>

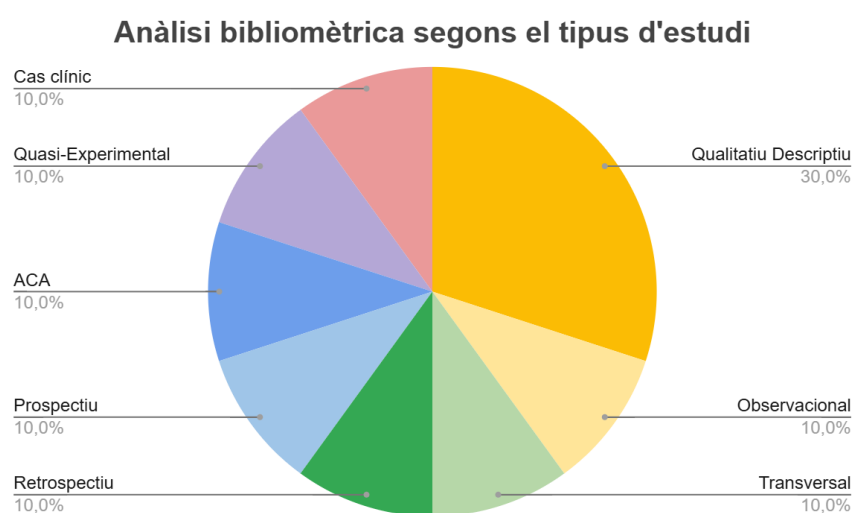
5. RESULTATS

Per tal de facilitar la redacció i l'anàlisi dels articles seleccionats s'ha elaborat una taula en la qual es destaca la metodologia, els objectius, els resultats i les conclusions d'aquests ([Annex VII](#)).

5.1. Anàlisi bibliomètrica: segons el tipus d'estudi

Per comprendre com influeix el maneig del dolor en les Unitats de Cures Pal·liatives, es van seleccionar estudis amb metodologies diverses. Hi predominen els estudis qualitius, centrats en les experiències de professionals, pacients i familiars en relació amb el control del dolor. Dels deu articles inclosos hi ha tres amb metodologia qualitativa descriptiva, un observacional, un transversal, un retrospectiu, un prospectiu i multicèntric, un assaig clínic aleatoritzat (ACA), un quasiexperimental i un cas clínic.

En conjunt, aquests estudis aporten dades qualitatives i quantitatives procedents de diferents contextos geogràfics sobre els recursos i barreres existents en el control del dolor. També s'han incorporat estudis analítics que ofereixen una perspectiva experimental sobre l'efectivitat de les intervencions d'infermeria dins d'aquest camp. Els resultats evidencien la necessitat de continuar investigant, al mateix temps que contribueixen a reforçar les troballes i l'elaboració d'estratègies d'intervenció basades en l'evidència.



Gràfic 1: Gràfic segons el tipus d'estudi

Font: Elaboració pròpia

5.2. Anàlisi bibliomètrica: segons el seu origen

Els estudis revisats presenten una gran heterogeneïtat geogràfica amb més prevalença d'estudis europeus i nord-americans. Dos d'ells s'han realitzat a Espanya, dos a Itàlia, dos als Estats Units (Michigan i Califòrnia), un a Cuba (l'Havana), un a Zàmbia (Livingstone), un a la Xina (Nanjing) i un a Austràlia (New South Wales).

Els estudis italians destaquen les barreres en el control del dolor i la necessitat de reforçar la formació dels professionals. A Espanya es fa èmfasi en la sedació pal·liativa com a últim recurs davant el dolor refractari. A Amèrica es remarca la importància d'un abordatge multidimensional que combini estratègies farmacològiques i no farmacològiques. L'article asiàtic insisteix en reforçar les cures pal·liatives hospitalàries per garantir una atenció integral. En el cas d'Àfrica, es remarca el valor del vincle infermera-pacient mentre que a Oceania s'identifiquen els obstacles en el control dels símptomes pal·liatius i la necessitat de millorar la formació infermera.

Tots els estudis reflecteixen un interès global per millorar el maneig del dolor en cures pal·liatives i per comprendre els obstacles que influeixen en l'aplicació de tractaments en funció de les característiques socials, econòmiques i sanitàries de cada país.



Gràfic 2: Gràfic segons l'origen

Font: Elaboració pròpia

5.3. Anàlisi temàtica

A continuació, s'exposen els resultats obtinguts dels deu articles seleccionats en relació amb cada un dels objectius plantejats.

5.3.1. *Objectiu 1: Identificar les principals estratègies farmacològiques i no farmacològiques emprades per al maneig del dolor en pacients pal·liatius*

Els estudis analitzats exposen els següents resultats a l'hora de conèixer quines són les estratègies farmacològiques i no farmacològiques emprades en el maneig del dolor en el pacient pal·liatiu. L'ús de fàrmacs pel control del dolor és citat en l'estudi d'Antonuzzo A., et al. Respectivament, l'ús de sedació pal·liativa s'esmenta en els articles de Carrasco MI., et al. i Torres-Tenor JL., et al. Mentrestant, l'ús de teràpies no farmacològiques, inclosa l'aromateràpia, és una part del tractament mencionada en els estudis de Munkombwe WM., et al. i Cullen G., et al. (28, 17, 29, 30, 31).

L'estudi de Munkombwe WM., et al. es va centrar en l'anàlisi de les respostes proporcionades per quinze infermeres sobre la relació associada entre l'ús adequat de teràpies no farmacològiques pel maneig del dolor en pacients en situació pal·liativa i la relació terapèutica infermera-pacient basada en la comprensió i confiança. En l'estudi es descriu la relació entre la qualitat de les intervencions no farmacològiques adaptades a les necessitats del pacient i el vincle establert entre el professional sanitari i el pacient (30).

Les infermeres entrevistades en aquest estudi exposen que el millor maneig del dolor s'obté mitjançant la combinació de mètodes farmacològics i no farmacològics. Entre els mètodes no farmacològics es pot destacar l'aromateràpia.

En un article publicat l'any 2023 s'explora l'ús de teràpies naturals (aromateràpia), juntament amb les teràpies farmacològiques com a mètode per disminuir el dolor i la percepció d'aquest en pacients amb càncer ingressats en una Unitat de Cures Pal·liatives. Els resultats de la investigació mostren una disminució considerable del dolor post teràpia en comparació amb els nivells registrats inicialment. Aquestes diferències són estadísticament significatives segons confirma l'estudi. També es va avaluar l'ús de morfina oral pre i post implementació, ocasionant una disminució de la dosi administrada després de l'aplicació de la teràpia, és a dir, la disminució de la quantitat d'opioide emprat per pal·liar el dolor (31).

Antonuzzo A., et al. destaca que els factors associats a la selecció del fàrmac més adequat estan estretament relacionats, en primera instància, amb les comorbiditats del pacient i, en segon lloc, per l'ús concomitant de múltiples fàrmacs.

També es mencionen les principals teràpies farmacològiques que s'utilitzen per reduir el dolor i mantenir-ne un control adequat en les Unitats de Cures Pal·liatives. S'argumenta que els fàrmacs més emprats pel maneig del dolor són els que estan inclosos dins del tercer esglaió de l'Escala Analgèsica de la OMS. En primer lloc, és l'oxícodona, seguit del fentanil i del clorur mòrfic i, posteriorment del tapentadol i la buprenorfina, sent la metadona i la hidromorfina els menys utilitzats. A més, la via d'administració d'elecció és la via oral. Es descriu la consideració de vies alternatives d'administració en aquells casos en què els opioïdes orals causen efectes adversos significatius.

S'exposa que pràcticament la totalitat d'entrevistats va respondre que el restrenyiment és el principal efecte advers derivat d'aquestes teràpies farmacològiques. En consonància amb aquesta observació, la majoria dels professionals de la salut administraven mesures preventives, principalment l'ús de laxants (28).

En relació amb la sedació pal·liativa, aquesta es defineix com a recurs d'última línia per alleujar el dolor intolerable derivat de símptomes físics o psicològics que han esdevingut refractaris. Tal com s'indica, la sedació pal·liativa constitueix una de les estratègies farmacològiques destinades a pal·liar el dolor insofrible que impacta directament en la qualitat de vida del pacient pal·liatiu i del seu entorn. Aquesta pot ser intermitent o contínua en funció de l'objectiu terapèutic i del nivell de confort que es pretén assolir, determinat pel grau de profunditat de la sedació.

Així mateix, s'assenyala que aproximadament el 80% dels pacients ja rebien algun analgèsic fort abans d'iniciar aquest procediment, sent el més utilitzat el fentanil, seguit del clorur mòrfic i, en menor mesura, l'oxícodona-naloxona i, posteriorment, es mantenia el seu ús durant el procediment de sedació. De la mateixa manera, les autores assenyalen que a l'entorn hospitalari hi ha més probabilitat de rebre sedació pal·liativa. Es confirma que el midazolam és el fàrmac d'elecció per iniciar la sedació. D'altra banda, davant un dolor mal controlat és freqüent l'aparició de deliri actiu, fet que justifica l'ús de levomepromazina com a fàrmac d'elecció.

L'estudi descriu els factors associats a l'administració de sedació pal·liativa, els quals se centren a haver iniciat prèviament ja un tractament amb opioïdes forts i amb la

presència d'una menor dependència de les ABVD, segons l'índex de Barthel, sent l'estat funcional un dels factors determinants en la decisió d'iniciar o no el tractament sedant. A més, les autores associen la probabilitat de rebre sedació pal·liativa amb la presència de símptomes refractaris i la complexitat de la situació clínica (17).

Dins d'aquest mateix context, Torres-Tenor J.L., et al. argumenta que l'inici de la sedació pal·liativa està estretament relacionat amb diversos factors, com ara tenir una edat més jove, estades hospitalàries més llargues, un millor coneixement del pronòstic per part dels pacients, la presència de directives anticipades, tenir la parella com a cuidador principal i un nivell més elevat de malestar emocional.

S'esmenta que el lloc més comú per rebre fàrmacs sedants és l'hospital i s'exposa que davant l'aparició de deliri, un dels efectes secundaris relacionat amb el dolor mal controlat, es fa ús de la levomepromazina com a fàrmac de primera línia per assolir una sedació adequada. En el cas contrari, el midazolam seria el fàrmac d'elecció.

En la mateixa línia, l'estudi confirma que la majoria dels pacients que reben sedació pal·liativa requereixen únicament un fàrmac, mentre que una petita proporció en necessita dos. En aquests casos, s'associa a sedacions més prolongades, un manteniment més elevat de la hidratació parenteral i l'ús de levomepromazina com a fàrmac d'elecció. Així, doncs, els resultats descriuen diferències entre l'ús de midazolam i levomepromazina en el context estudiat (29).

5.3.2. Objectiu 2: Examinar quines són les barreres que dificulten un control analgèsic adequat o que contribueixen a la inframedicació del dolor

Els estudis seleccionats ens proporcionen els següents resultats a l'hora d'identificar quines són les barreres que contribueixen a un incorrecte control analgèsic i a la inframedicació del dolor. Les barreres pel maneig del dolor en cures pal·liatives que més es destaquen se centren en els professionals sanitaris, els pacients i les institucions sanitàries.

La por és una constant a la qual es refereixen els estudis de Gerber K., et al. i Huang S., et al. La manca de coneixement és una barrera citada en els estudis de Gerber K., et al., Carbonara L., et al. i Antonuzzo A., et al. D'altra banda, les barreres socioculturals s'expliciten en els articles de Gerber K., et al. i Huang S., et al. La manca de comunicació o comunicació interdisciplinària deficient és una de les barreres

mentenades en els estudis de Gerber K., et al., Huang S., et al. i Antonuzzo A., et al. Finalment, les barreres en l'àmbit institucional s'esmenten en l'article de Gerber K., et al. (32, 33, 34, 28).

S'identifiquen **cinc obstacles** que incideixen directament en el maneig del dolor:

1. POR A L'ADDICCIÓ

Els estudis revisats descriuen la presència de pors relacionades amb l'ús d'opioides, tant en els pacients com en el seu entorn, especialment en relació amb la possibilitat d'addicció, l'acceleració de la mort i la pèrdua de consciència. Així mateix, s'assenyala la por a l'addicció com una de les principals barreres associades al tractament analgèsic (32, 33).

2. MANCA DE CONEIXEMENT, EXPERIÈNCIA I FORMACIÓ

D'una banda, es fa referència a la manca de coneixements, experiència i formació per part de l'equip de professionals sanitaris encarregats de l'atenció del pacient pal·liatiu. Les llacunes més rellevants descrites se centren en la falta d'habilitats en la prescripció d'analgèsia i sedació, en la identificació de símptomes associats al seu procés fisiopatològic i el retard en l'actuació facultativa (32).

D'altra banda, s'exposa que l'atenció mèdica es confia a metges amb diverses especialitats, entre ells, facultatius amb experiències diverses en cures pal·liatives i coneixements diferents en el maneig del dolor i administració d'opioides, incidint activament en la intensitat del dolor, la qualitat de vida i la satisfacció de la teràpia rebuda (34). Al voltant d'aquest mateix àmbit, es descriu la necessitat de formació progressiva dels professionals sanitaris en el context de l'avaluació del dolor, incloent-hi una formació bàsica inicial i una posterior especialització. Així mateix, es recull l'ús d'una àmplia varietat d'eines d'avaluació del dolor, així com la selecció d'un nombre reduït d'escala específiques en la pràctica clínica.

També es descriu la presència de limitacions en el coneixement sobre aquestes eines, juntament amb una infrautilització de qüestionaris específics d'avaluació del dolor (28).

3. CREENCES PERSONALS, CULTURALS I RELIGIOSES

En la literatura revisada es detallen els principals factors culturals que s'associen de forma directa a la inframedicació i a l'augment del dolor en el pacient pal·liatiu, sent les reticències mèdiques en la prescripció d'opioides i el rebuig per part dels pacients a informar del seu dolor o prendre la medicació pautaada els més destacats (32).

Addicionalment, en un estudi realitzat a la població asiàtica es descriu com la cultura esdevé una barrera a l'hora d'aplicar un tractament farmacològic. Es destaca que els pacients pal·liatius d'origen asiàtic es decanten més per remeis que provenen de la medicina xinesa, considerats per ells més holístics i naturals, que no pas els occidentals, com són els opioides, considerats purament químics (33).

4. FALTA DE COMUNICACIÓ FAMÍLIA-PACIENT-PROFESSIONAL

Pel que fa a la falta de comunicació, hi predomina el biaix en la transmissió d'informació per part de l'equip assistencial i el dèficit comunicatiu entre el personal, el pacient i la família. En diversos estudis es descriuen situacions relacionades amb la percepció d'inseguretat de les infermeres a l'hora de comunicar la seva opinió clínica respecte a procediments, prescripcions farmacològiques o la persistència de dolor en els pacients.

L'estudi de Gerber K., et al. descriu dificultats en la comunicació entre el personal sanitari, el pacient i la família. Entre els aspectes recollits s'inclou la presència d'idees errònies sobre la medicació i l'atenció al final de vida, els tabús relacionats amb la mort i les dificultats idiomàtiques observades en determinades situacions, especialment quan el pacient no es pot comunicar. Així mateix, una altra de les investigacions analitzades posa de manifest com la falta de cohesió en els tractaments, la demora en les decisions i l'atenció fragmentada accentuen aquest problema (32, 28).

A més, Huang S., et al. aborda la falta de comunicació dels pacients quan senten dolor i destaca una tendència a suportar-lo i no demanar analgèsia de rescat a les infermeres. Així mateix, assenyala la importància de proporcionar educació sanitària als pacients i familiars i explicar quins són els beneficis i riscos als quals s'exposen i la interdependència entre l'absència del dolor, el confort i la qualitat de vida (33).

5. BARRERES INSTITUCIONALS

Les principals barreres institucionals s'associen a la manca de recolzament ofert per les institucions al personal sense experiència, especialment, la falta de suport emocional en situacions difícils. D'altra banda, s'exposa que la limitació de temps provocada per la gran càrrega de treball de les infermeres, les responsabilitats contradictòries i l'accés limitat a recursos assistencials o serveis contribueixen de manera significativa a dificultar la pràctica assistencial i la presa de decisions, afectant tant la qualitat de l'atenció com el benestar del personal sanitari i, per consegüent, el benestar dels pacients (32).

5.3.3. *Objectiu 3: Conèixer el rol que té la infermera en el maneig del dolor i proposar línies de millora basades en l'evidència per a afavorir la seva optimització i la qualitat de l'atenció infermera*

Pérez AR., et al. relata que la intervenció infermera millora la qualitat de vida del pacient mitjançant el control de símptomes i el benestar general, alhora que ofereix suport a la família a través de l'acompanyament, la resolució de dubtes i el suport emocional (35).

Antonuzzo A., et al. reforça el caràcter multinivell i multidisciplinari de la infermera, el qual inclou la sinergia grupal en les cures aplicades i la necessitat de formació contínua amb l'objectiu de millorar el maneig del dolor. En aquesta línia, els estudis analitzats evidencien que les cures pal·liatives integrades (tractament farmacològic i no farmacològic, suport psicològic i implicació familiar) milloren significativament la qualitat de vida, l'optimisme i el confort dels pacients oncològics en fase terminal i sostenen la necessitat d'elaborar plans d'atenció personalitzats (28, 36, 35).

D'altra banda, diversos estudis constaten que la col·laboració entre professionals i la formació continuada són essencials per garantir una atenció holística i de qualitat, i subratllen la necessitat de desenvolupar eines educatives i enfocaments educatius transdisciplinaris orientats a la formació de futures generacions de professionals de totes les especialitats per millorar la pràctica clínica, així com l'elaboració de protocols clars i reunions interdisciplinàries per garantir que tots els membres de l'equip estiguin alineats en el seu enfocament del maneig del dolor (36, 28). En el mateix sentit, s'insisteix en la necessitat de reforçar la formació del personal sanitari per augmentar la seguretat en la seva pràctica clínica diària (32).

Com a línia de millora, la literatura revisada proposa iniciar el maneig del dolor de manera precoç i simultània als tractaments oncològics, garantint la continuïtat assistencial durant tot el procés. Així mateix, insisteix en la implementació d'un enfocament proactiu en l'avaluació del dolor mitjançant qüestionaris senzills que no requereixin formació avançada o d'alta complexitat (34, 28).

Pel que fa a l'educació, Antonuzzo A., et al. destaca la necessitat de millorar la comunicació amb els cuidadors i familiars, així com la seva instrucció en el maneig del dolor i l'ús d'opioides. L'estudi també assenyala la conveniència d'establir un diàleg obert per alinear les preferències del pacient amb el suport familiar i així facilitar l'expressió de necessitats i preocupacions. En relació amb aquest aspecte Huang S.,

et al. afirma que la formació dels cuidadors es correlaciona amb una millor adherència al tractament per part del pacient (28, 33).

Per concloure, Gerber K., et al. assenyala la influència negativa dels mitjans de comunicació en la percepció dels opioïdes, sovint associada a la por a l'addicció, i emfatitza la necessitat d'actuar per eliminar les barreres informatives. En la mateixa línia, Huang S., et al. destaca que el rebuig dels opioïdes sovint es basa en experiències alienes, és a dir, relats viscuts per terceres persones, fet que evidencia la importància de corregir aquests biaixos (32, 33).

A més, també es constata com la manca de comunicació entre metges i infermeres repercuteix negativament en el pacient i vincle terapèutic. L'autor defensa la necessitat de millorar el respecte, la coordinació i el suport mutu entre professionals, així com de garantir recursos i una formació adequada per assolir una atenció de qualitat (32).

Finalment, en els estudis revisats s'observa la relació terapèutica infermera-pacient com un element present en l'adherència al tractament analgèsic, així com en les preocupacions relacionades amb l'addicció i el suport emocional i espiritual proporcionat durant l'atenció. Així mateix, també es posa de manifest la relació entre el temps compartit entre la infermera i el pacient i el grau de confiança establert, juntament amb una major cooperació durant el procés assistencial, així com el coneixement de les necessitats del pacient i la individualització de les intervencions orientades al control del dolor (33, 30).

6. DISCUSSIÓ

A continuació, es presenta la discussió dels aspectes més rellevants tractats en els resultats obtinguts després de la revisió bibliogràfica.

Els resultats evidencien l'impacte negatiu d'un dolor mal controlat en la qualitat de vida de les persones en procés pal·liatiu. En aquest sentit, els estudis analitzats mostren que la combinació d'estratègies farmacològiques i no farmacològiques pel maneig del dolor té un efecte positiu sobre la qualitat de vida, l'estat anímic i les relacions interpersonals, tal com assenyalen Munkombwe WM., et al. i Cullen G., et al. (30, 31). No obstant això, s'identifiquen certs obstacles que dificulten l'aplicació d'aquestes intervencions, especialment en pacients no comunicatius, fet que complica l'avaluació dels resultats obtinguts amb relació a la reducció del dolor i dels símptomes associats.

En aquesta línia, l'estudi de Wang M., Ding X., et al. demostra que les cures pal·liatives integrades, que inclouen el tractament farmacològic i no farmacològic, el suport psicològic i la implicació familiar, milloren significativament la qualitat de vida, l'optimisme i el confort dels pacients oncològics en fase terminal. Aquests resultats reforcen la necessitat de millorar l'elaboració de plans d'atenció personalitzats. Aquesta evidència es veu reforçada pels resultats descrits per Pérez AR., et al., segons els quals l'aplicació d'un pla d'intervenció d'infermeria centrat en les necessitats individuals es tradueix en una millora important de l'estat general (36, 35).

Pel que fa a les intervencions no farmacològiques, Cullen G., et al. assenyalen que la implementació de l'aromateràpia pot ser una estratègia eficaç per a l'alleujament del dolor, ja que permet reduir la intensitat del dolor i la dosi de morfina oral utilitzada durant les vint-i-quatre hores posteriors. Els participants la descriuen com una mesura terapèutica calmant. Tanmateix, els resultats de Van Veen S., et al. difereixen parcialment pel fet que atribueixen efectes prometedors en relació amb el dolor a tècniques com la hipnosi, la relaxació muscular progressiva, les intervencions cognitivoconductuals, la reflexologia i la musicoteràpia, mentre que no observen millores significatives amb l'aromateràpia ni amb les teràpies basades en la consciència plena o la teràpia d'aromamassatge (31, 10).

Ambdues investigacions obtenen resultats molt diferents tot i abordar una mateixa problemàtica. Aquesta divergència de resultats posa de manifest l'heterogeneïtat de l'evidència científica disponible. D'acord amb l'evidència clínica revisada s'observa que aquesta variabilitat pot generar discrepàncies entre professionals i influir en la

freqüència d'aplicació d'aquestes teràpies, probablement a causa de la manca d'una evidència concloent.

D'altra banda, Munkombwe WM. et al. destaca la importància del paper de la infermera en l'atenció al pacient en situació de final de vida, especialment en relació amb el control del dolor i la qualitat de les cures aplicades. Per aquest motiu, l'autor destaca la necessitat d'establir un vincle terapèutic sòlid entre infermera i pacient per garantir l'efectivitat de les intervencions no farmacològiques aplicades. En aquest sentit, la qualitat de la intervenció està estretament relacionada amb el grau de confiança, fet que contribueix a una reducció més elevada del dolor i l'enfortiment del vincle terapèutic (30).

Des d'una perspectiva personal i professional, la infermera és el membre de l'equip assistencial que manté un contacte més continu amb el pacient, fet que li permet desenvolupar un rol clau i únic en el procés terapèutic. Aquesta proximitat facilita la creació de vincles més forts i purs i, per tant, afavoreix la identificació de necessitats i l'adaptació de les intervencions, garantint una atenció més individualitzada i efectiva.

Pel que fa a la valoració del dolor, l'estudi Antonuzzo A., et al. assenyala que l'Escala de Valoració Numèrica (EN) és la més utilitzada. No obstant això, Vicente Herrero M., et al. manifesta que, atesa la complexitat del dolor, cap escala és completament concloent, sent totes igual de vàlides. L'elecció d'una o altra depèn de l'experiència de la persona que la fa servir i de l'objectiu que persegueix (28, 8).

En relació amb el tractament farmacològic, Antonuzzo A., et al. indica que els fàrmacs més emprats en una Unitat de Cures Pal·liatives corresponen al tercer esglaió de l'Escala Analgèsica de la OMS, orientats al control del dolor oncològic/ pal·liatiu intens. En la mateixa línia, Benítez-Rosario M., et al. assenyala que aquests opioïdes s'usen davant el fracàs terapèutic dels esglaons inferiors, en situacions de dolor intens o difícil que requereix passar directament a aquest esglaió o quan es requereix una rotació d'opioïdes per la presència d'efectes adversos severos (28, 2).

Respecte a la via d'administració, Antonuzzo A., et al. comenta que la via oral és la d'elecció, tot i que en cas d'efectes adversos o dificultats d'administració es recomana recórrer a vies alternatives. En aquest context, la via subcutània, segons la *SECPAL*, és àmpliament utilitzada en pacients pal·liatius, especialment quan no és possible l'administració oral o l'accés venós és difícil (28, 37).

Pel que fa als opioïdes de referència existeixen discrepàncies en la literatura. Mentre que Pérez-Guisado R., et al. identifica la morfina com a fàrmac de primera elecció pel dolor oncològic, altres estudis, com el d'Antonuzzo A., et al. situen l'oxícodona com a opioïde principal, seguit del fentanil, relegant la morfina en un segon pla (21, 28).

Un dels efectes adversos més freqüents associats a l'ús d'opioïdes és el restrenyiment, amb una prevalença d'entre el 40% i el 90% dels pacients, com esmenta Antonuzzo A., et al. Per aquest motiu, la prescripció preventiva de laxants es considera una pràctica imprescindible en cures pal·liatives per evitar el restrenyiment induït per opioïdes (OCI). El mateix autor assenyala els agents osmòtics com a fàrmac de primera línia, seguits dels agents formadors de volum i, com a última opció a causa de la seva menor eficàcia terapèutica, els agents salins (28).

En consonància, Benítez-Rosario M., et al. sosté que el restrenyiment és l'efecte advers més freqüent dels opioïdes i defensa la prescripció preventiva de laxants. L'autor recolza l'ús d'agents osmòtics com a tractament de primera línia, seguit dels agents estimulants o la combinació d'ambdós. A més, sembla que l'efecte astringent és menor amb la metadona i l'oxícodona-naloxona. Finalment, Pérez-Guisado R., et al. dona suport a aquestes dues afirmacions i a la combinació de laxants com a estratègia més efectiva per evitar el restrenyiment induït per opioïdes (2, 21).

Així mateix, no existeix evidència concloent sobre la superioritat d'un laxant respecte a un altre, de manera que la seva elecció depèn de factors com la discreció del professional prescriptor, la preferència del pacient, la presentació i el cost del fàrmac, com bé recolza l'estudi d'Antonuzzo A., et al. i Benítez-Rosario M., et al. (28, 2).

Des d'un punt de vista preventiu resulta fonamental anticipar l'aparició del restrenyiment des de l'inici del tractament farmacològic, especialment en pacients amb factors de risc com la immobilitat, l'edat avançada o amb patologies gastrointestinals, ja que suposa un risc afegit que es pot evitar, com bé menciona l'autor anterior (2).

Finalment, la sedació pal·liativa es planteja com una estratègia farmacològica d'última línia en situacions de símptomes refractaris o de patiment intolerable derivat d'un dolor mal controlat, tot i els tractaments previs aplicats. La persistència d'aquests símptomes pot generar en el pacient un desig d'avançar la mort (DAM), fet que pot conduir a optar per aquesta intervenció amb l'objectiu de reduir el dolor i el patiment (18).

Els estudis de Carrasco Ml., et al. i Torres-Tenor J.L., et al. exposen que els símptomes

refractaris més freqüents per als quals s'indica la sedació pal·liativa són el deliri, el dolor, la dispnea i el malestar existencial, successivament. Contràriament, Benítez-Rosario M., et al. subratlla que la refractarietat no es defineix per criteris estrictes, sinó per la percepció del patiment intens per part del pacient o de la seva família i per la manca de resposta als tractaments convencionals. Tot i que alguns estudis descriuen el dolor com el símptoma refractari més freqüent, la major part de la literatura revisada identifica el deliri com el principal (17, 29, 2).

Pel que fa a l'entorn assistencial, gran part dels casos de sedació pal·liativa es duen a terme en l'àmbit hospitalari, com esmenta Torres-Tenor JL., et al. Aquesta afirmació coincideix amb els resultats obtinguts per Carrasco ML., et al. on es confirma que el principal entorn per rebre aquesta intervenció és l'hospital i les unitats específiques de cures pal·liatives (29, 17).

En relació amb el tractament, ambdós autors coincideixen que el midazolam és el fàrmac d'elecció per iniciar la sedació, seguit de la levomepromazina (fenotiazina), a excepció de les situacions de deliri actiu o refractari, en què aquest últim passa a ser el fàrmac de primera línia, tal com recullen Torres-Tenor JL. i la Guia de Sedació Pal·liativa del Ministeri de Sanitat. Benítez-Rosario M., et al. reforça aquesta afirmació, donant suport a l'ús de midazolam com a fàrmac d'elecció pel seu potent efecte hipnòtic, la rapidesa en l'inici d'acció i la seva fàcil administració per via subcutània i endovenosa (29, 38, 2).

El mateix autor assenyala que no existeix prou evidència per determinar un esquema terapèutic òptim en sedació pal·liativa, tot i que les guies recomanen el midazolam com a fàrmac sedant de referència. Així mateix, considera essencial descartar possibles problemes relacionats amb l'absorció o la tècnica d'administració abans de considerar una sedació difícil amb dosis estàndards de midazolam i, considerar l'associació amb fenotiazines i/ o l'ajust de dosi de midazolam en cas de resposta insuficient (2).

D'altra banda, el Ministeri de Sanitat descriu les combinacions de sedoanalgesia més habituals a l'hora d'iniciar una pauta de sedació pal·liativa, entre les quals destaquen: Midazolam + Morfina + Hioscina pura / Haloperidol + Morfina + Hioscina pura / Levomepromazina + Morfina + Hioscina pura. Aquestes recomanacions són coherents amb el que exposa Carrasco ML., et al. qui destaca l'associació de morfina i escopolamina (hioscina pura) com a combinació freqüent en aquest context (38, 17).

El mateix autor indica que, prèviament a l'inici de la sedació, la majoria dels pacients ja rebien tractament amb opioïdes per al control del dolor, el qual cal mantenir durant el procés de sedació per garantir un adequat control simptomàtic. En aquesta investigació, es descriu que l'opioïde més utilitzat és el fentanil, seguit del clorur mòrfic i, en menor mesura, l'oxicodona-naloxona. No obstant això, aquesta distribució no es veu reflectida de manera consistent en la resta d'articles seleccionats (17).

L'evidència indica la importància de combinar analgèsics i sedants durant el procés de sedació pal·liativa, ja que l'ús exclusiu d'opioïdes com a sedant (com el clorur mòrfic o el fentanil) constitueix una pràctica inadequada. De la mateixa manera, la utilització exclusiva de sedants sense una adequada cobertura analgèsica pot comprometre el control del dolor, de manera que l'estratègia terapèutica resultaria incompleta i potencialment ineficaç (38). Així doncs, és essencial comprendre que els fàrmacs sedants disminueixen el nivell de consciència, però no garanteixen un control òptim del dolor. Per aquest motiu, és fonamental incorporar opioïdes durant la sedació (29).

Les habilitats comunicatives del personal sanitari, juntament amb una formació adequada, l'eliminació d'estigmes i falses creences, així com el suport institucional durant el procés de final de vida, poden tenir un impacte significatiu en el benestar del pacient i del seu entorn. La reducció de les barreres associades a aquests factors permetria un millor control del dolor, major confort i qualitat de vida. Malauradament, aquestes barreres han augmentat en els darrers anys, en part com a resultat de les mesures adoptades per fer front a l'epidèmia de salut pública relacionada amb l'ús indegut d'opioïdes i les morts per sobredosi, tal com assenyala Coyne P., et al. (20).

En aquest context, l'estudi de Gerber K., et al. menciona que la por a l'addicció per part de pacients i familiars és freqüent en Unitats de Cures Pal·liatives. Aquesta preocupació també es reflecteix en el treball de Huang S., et al. on es descriu la por a la dependència associada a l'ús d'opioïdes. De manera similar, Coyne P., et al. exposa que els opioïdes estan sovint envoltats d'estigmatització, fet que genera reticències i, en alguns casos, l'abandonament del tractament (32, 33, 20).

Aquests resultats posen de manifest la importància d'una comunicació efectiva amb pacients i familiars, facilitant informació clara i adaptada que afavoreixi la participació activa en el procés terapèutic i millori l'acceptació dels tractaments farmacològics. És essencial oferir informació ajustada al nivell de comprensió per facilitar l'acceptació del tractament i reduir el rebuig i l'estigma associat als opioïdes.

A més, s'identifiquen certes reticències per part dels professionals d'infermeria a l'hora d'administrar opioïdes, motivades per la por d'accelerar la mort, generar addiccions o afrontar possibles conseqüències legals o disciplinàries, tal com descriu Coyne P., et al. Aquesta preocupació també és recollida per Gerber K., et al., especialment pel que fa al risc de repercussions legals, com denúncies o imputacions. Tot i que no es tracta d'una constant predominant, aquests factors poden influir en la pràctica clínica. En aquest sentit, una formació adequada i l'experiència professional contribueixen a augmentar la seguretat en la presa de decisions i a la reducció d'errors (20, 32).

En diversos articles analitzats, entre ells el d'Antonuzzo A., et al., es destaca la manca d'experiència dels professionals sanitaris, especialment en el cas dels recentment graduats, els quals sovint no disposen d'una formació sòlida en el maneig del dolor. Aquesta situació repercuteix negativament en el control simptomàtic. De manera similar, Gerber K., et al. assenyala que la falta d'habilitats en la prescripció de teràpies farmacològiques, la dificultat en la identificació de símptomes i la manca d'actuació precoç davant el dolor persistent són factors que limiten el seu maneig i poden contribuir a situacions de patiment no controlat i al desig d'avançar la mort (28, 32).

De manera concordant, Coyne P., et al. reforça aquesta idea, indicant que la manca de formació específica i d'experiència clínica en el maneig del dolor en pacients pal·liatius genera carències en la prescripció i administració d'analgèsics (20).

El pas de l'atenció oncològica activa a les cures pal·liatives especialitzades sovint no és immediat i requereix una fase intermèdia de tractament. En aquest sentit, Carbonara L., et al. remarca que durant aquest període els pacients poden ser atesos per facultatius amb diferents nivells d'experiència en cures pal·liatives, fet que comporta variabilitats en el maneig del dolor i una major insatisfacció per part dels pacients que són atesos per professionals no especialitzats. En la mateixa línia, Antonuzzo A., et al. subratlla la importància d'abordar adequadament el dolor al llarg de totes les fases del procés assistencial i no únicament en estadis avançats (34, 28).

Aquest autor també destaca la necessitat de formació progressiva del personal sanitari per potenciar els seus coneixements en cures pal·liatives, començant per eines bàsiques, com les escales d'avaluació del dolor, i avançant posteriorment cap a una formació més especialitzada. Aquest enfocament escalonat evita la sobrecàrrega cognitiva i afavoreix el maneig del dolor. De manera similar, Pérez-Guisado R. recolza que la formació en el maneig del dolor per part de medicina i infermeria és limitada, fet

que es tradueix en coneixements insuficients sobre l'avaluació, la fisiopatologia i la farmacologia del dolor oncològic o pal·liatiu. De manera anàloga, subratlla la manca de preparació dels cuidadors, fet que pot retardar la demanda d'assistència sanitària. L'autor posa en relleu la necessitat d'educar i formar els cuidadors sobre el pla terapèutic, els efectes adversos i la detecció precoç d'aquests (28, 21).

Les creences personals, religioses i culturals influeixen en la manera com els pacients interpreten la seva realitat, especialment en situacions de malaltia avançada. En aquest sentit, diversos estudis indiquen que aquestes creences poden constituir una barrera per al tractament adequat del dolor. Gerber K., et al. assenyala que els factors culturals s'associen a una inframedicació, amb consegüent augment del dolor. Addicionalment, Givler A., et al. descriu que les diferències culturals poden conduir a una infravaloració de la intensitat del dolor i a un tractament insuficient (32, 39).

Huang S., et al. també evidencia aquestes diferències, mostrant com pacients d'origen asiàtic tendeixen a preferir remeis de medicina xinesa en lloc dels opioides. Així mateix, Givler A., et al. reforça la idea que la percepció de la malaltia i de la mort varia significativament segons el context cultural del pacient i la família (33, 39).

Tot i que la comunicació amb el pacient i la família hauria de ser un pilar fonamental de les cures pal·liatives, diversos estudis reflecteixen que encara existeixen mancances importants. Pérez-Guisado R., et al. menciona que una comunicació ineficaç disminueix la confiança i l'adherència al tractament per part del pacient. De manera concordant, Gerber K., et al. afegeix que aquesta dificultat pot estar relacionada amb idees errònies sobre els fàrmacs, barreres idiomàtiques o la manca d'acceptació del diagnòstic. Pel que fa a la comunicació interdisciplinària, el mateix autor destaca que la por de les infermeres a donar la seva opinió o qüestionar decisions mèdiques pot afavorir la discontinuïtat assistencial. No obstant això, cap de la resta d'articles seleccionats en aquest projecte dona suport a aquest plantejament (21, 32).

Huang S., et al. exposa que alguns pacients tendeixen a no expressar el dolor per evitar un augment de la medicació analgèsica. Per aquest motiu, és important proporcionar educació sanitària adequada tant als pacients com a la família, explicant quins són els beneficis i riscos als quals s'exposen i la interdependència entre l'absència de dolor, el confort i la qualitat de vida. Aquest enfocament també és sostingut per Antonuzzo A., et al. (33, 28).

Finalment, diversos autors assenyalen la sobrecàrrega assistencial com una barrera institucional rellevant. Pérez-Guisado R., et al. i Coyne P., et al. la relacionen amb la manca de personal sanitari, fet que impacta directament en les cures aplicades. Gerber K., et al. dona suport a aquest plantejament, afegint que la manca de temps, les responsabilitats contradictòries i l'accés limitat a recursos condicionen la presa de decisions i la pràctica clínica (21, 20, 32).

En la mateixa línia d'investigació, Gerber K., et al. i Antonuzzo A., et al. coincideixen en què la manca de suport emocional institucional en situacions complexes, especialment en professionals amb poca experiència, juntament amb la pressió legal associada a l'ús d'opioides, contribueix a una sobrecàrrega física i emocional del personal. Aquesta situació repercuteix negativament en la pràctica clínica, generant carències en l'avaluació del dolor, l'educació sanitària i la coordinació de l'atenció amb l'equip clínic, fet que es recolza també en l'article de Pérez-Guisado R. (32, 28, 21).

Robles Agudo F., et al. destaca la manca de continuïtat assistencial i la desconexió entre dispositius com una barrera rellevant. De manera complementària, Pérez-Guisado R., et al. i Coyne P., et al. exposen que les limitacions imposades per les asseguradores i les dificultats en l'accés a determinats fàrmacs poden interferir en el tractament adequat del dolor, ja que en algunes ocasions, els pacients es veuen obligats a pagar. Així mateix, l'escassetat d'opioides i el rebuig per part de les farmàcies a mantenir-ne estoc o dispensar-los motivat per la por a les regulacions i controls legals agreugen aquesta problemàtica. Aquest fenomen, però, és més evident en altres països i menys freqüent en el sistema sanitari espanyol (22, 21, 20).

Finalment, l'evidència considera urgent impulsar canvis en l'àmbit institucional, ja que les limitacions de recursos i les condicions laborals descrites comprometen directament la qualitat de l'atenció oferida a les persones en situació de final de vida.

Pel que fa al rol de la infermera en les cures pal·liatives, els estudis analitzats evidencien la seva importància com a figura clau en el suport integral al pacient i a la família durant un procés de final de vida, així com en el desenvolupament i l'aplicació de plans de cures individualitzats orientats a un millor control del dolor. En aquest sentit, autors com Wang M., Ding X., et al. i Pérez AR., et al. coincideixen en la necessitat de dissenyar i millorar els plans d'atenció adaptats a les característiques específiques de cada pacient amb l'objectiu de garantir una atenció integral i centrada en les seves necessitats. No obstant això, aquesta individualització comporta un

increment de la càrrega assistencial que sovint es veu limitada per les elevades ràtios infermera-pacient, repercutint negativament en la qualitat de l'atenció (36, 35).

Diversos estudis, com el de Pérez AR., et al. i el d'Antonuzzo A., et al. destaquen el paper de la infermera en el maneig òptim dels símptomes associats al procés pal·liatiu, especialment el dolor. Així mateix, subratllen la importància del treball en equip, el suport emocional i l'abordatge multidisciplinari com a elements essencials per garantir una millor qualitat de vida (35, 28). Seguint aquesta línia, Casas C., et al. identifica diverses àrees de millora per assolir un control òptim del dolor, entre les quals destaquen la coordinació entre professionals, la presa de decisions compartida, la continuïtat assistencial i l'adopció d'un model biopsicosocial centrat en la persona. Aquest plantejament és coherent amb el Pla estratègic d'atenció pal·liativa especialitzada de Catalunya, que aposta per un model assistencial integrat, coordinat i orientat a les necessitats individuals (25).

En relació amb la formació professional, diversos autors coincideixen en la necessitat d'impulsar programes formatius continuats i homogenis en l'àmbit de les cures pal·liatives. Casas C., et al., Antonuzzo A., et al. i Wang M., Ding X., et al. remarquen la importància de dotar els professionals d'eines educatives senzilles i recursos que permetin abordar el dolor i la resta de símptomes de manera integral. Així mateix, proposen el desenvolupament de protocols clínics actualitzats i projectes de millora de la qualitat assistencial que assegurin un coneixement compartit entre els membres de l'equip. Addicionalment, Gerber K., et al. incideix en la importància de reforçar la formació en cures pal·liatives, sobretot en les noves generacions de professionals sanitaris (25, 28, 36, 32).

D'altra banda, el paper de la infermera no es limita únicament a l'atenció directa, sinó que s'integra dins d'un abordatge multidisciplinari (33). L'estudi de Wang M., Ding X., et al. destaca que les cures pal·liatives integrals, basades en la col·laboració entre diferents professionals, milloren significativament la qualitat de vida dels pacients i el control del dolor. Aquest enfocament amplia la visió tradicional i mostra que l'atenció no depèn exclusivament de la infermera, sinó del treball conjunt i coordinat entre disciplines. En consonància, Pérez AR., et al. també recolza la importància d'aquesta col·laboració per garantir una atenció més efectiva i adaptada (36, 35).

El maneig del dolor i d'altres símptomes físics constitueix una prioritat en les cures pal·liatives. L'ús combinat d'estratègies farmacològiques i no farmacològiques,

juntament amb el suport emocional i una comunicació oberta, esdevenen pilars fonamentals de la pràctica infermera. Els autors sostenen la idea que la col·laboració i coordinació interprofessional facilita la presa de decisions complexes, millora els resultats clínics i contribueix a reduir possibles conflictes ètics, consolidant-se com una competència essencial i que cal reforçar dins d'aquest àmbit.

Diversos autors, com Qaseem A., et al., Carbonara L., et al. i Antonuzzo A., et al. destaquen la importància de la identificació precoç de necessitats i del maneig anticipat del dolor mitjançant intervencions individualitzades adaptades a l'evolució clínica, el pronòstic i les preferències del pacient. De manera complementària, subratllen la rellevància de millorar la comunicació i fomentar un diàleg obert tant dins l'equip interdisciplinari com amb els cuidadors i familiars amb l'objectiu d'incrementar el coneixement sobre el maneig del dolor i potenciar la seva participació en el procés terapèutic (26, 34, 28).

En aquesta línia, Huang S., et al. posa de manifest la relació directa entre la formació dels cuidadors i una millor adherència al tractament per part del pacient. Així mateix, Gerber K., et al. evidencia que la manca de comunicació entre el metge i la infermera pot dificultar la coordinació assistencial i debilitar el suport mutu dins de l'equip. Ambdós autors coincideixen en la necessitat d'abordar les barreres informatives i corregir les creences errònies sobre l'ús d'opioides i el risc d'addicció, sovint influïdes per factors externs com els mitjans de comunicació o l'entorn social (33, 32).

El dolor té un impacte significatiu en la qualitat de vida i el confort del pacient, ja que pot augmentar la morbiditat associada si no es controla adequadament. Per aquest motiu, és imprescindible promoure estratègies que millorin els àmbits esmentats anteriorment. Tal com assenyala Huang S., et al. i Munkombwe WM., et al., l'establiment de vincles terapèutics sòlids basats en la confiança facilita un abordatge integral del dolor, permet donar resposta a les preocupacions del pacient i les del seu entorn i millorar l'adherència al tractament (33, 30).

7. CONCLUSIONS

En relació amb el **primer objectiu** es constata que un maneig òptim del dolor millora significativament la qualitat de vida del pacient i del seu entorn socioafectiu. La combinació de tècniques no farmacològiques, com l'aromateràpia, l'establiment de relacions de confiança i l'escolta activa, juntament amb intervencions farmacològiques, permet un abordatge integral i multidisciplinari del dolor a final de vida. En el mateix sentit, els opioides constitueixen el grup de fàrmacs més utilitzats durant aquesta etapa, destacant l'oxícodona, el fentanil i el clorur mòrfic per la seva eficàcia en l'al·leujament del dolor. Tanmateix, diversos estudis mostren certa variabilitat en la seva aplicació. D'altra banda, davant un dolor intens i refractari, la sedació pal·liativa esdevé una opció eficaç dins d'un marc ètic i consensuat.

Quant al **segon objectiu**, es detecten múltiples barreres associades als professionals, pacients i institucions sanitàries que dificulten un control adequat del dolor. Entre aquestes es destaca la manca de formació específica del personal sanitari i les limitacions en la comunicació amb pacients i familiars. Aquests factors influeixen directament en la percepció i acceptació dels tractaments, especialment dels opioides, fet que posa de manifest la necessitat de millorar la informació proporcionada i eliminar creences errònies.

En resposta al **tercer objectiu**, la identificació d'aquestes barreres és essencial per oferir una atenció centrada en el confort i el benestar del pacient. El seu reconeixement posa de manifest la importància de reforçar la formació i integració de coneixements interdisciplinaris, millorar les habilitats comunicatives i de coordinació entre professionals, fomentar el treball en equip i l'atenció continuada i garantir un major suport institucional. Tanmateix, també es destaca la importància d'atendre les dimensions emocionals i espirituals del pacient més enllà de les estrictament físiques.

Finalment, el rol de la infermera ha guanyant força de forma progressiva, potenciant la seva autonomia i implicació en la presa de decisions clíniques. La intervenció infermera ja no es limita únicament a executar ordres, sinó que també participa activament en l'avaluació, planificació i coordinació de les cures, així com en l'educació sanitària, la promoció i la prevenció de la salut i el suport emocional al pacient i al seu entorn. Per tant, la infermera es configura com un element clau i indispensable en l'avaluació i el tractament òptim del dolor.

8. LIMITACIONS

Aquest projecte presenta una sèrie de limitacions que cal considerar a l'hora d'interpretar els resultats obtinguts. Una de les principals limitacions en la recerca d'articles està relacionada amb l'**accés restringit a molts textos complets**, ja que en nombroses ocasions cal disposar d'una subscripció de pagament per poder accedir a la totalitat del text i consultar-los íntegrament.

D'una banda, també s'han trobat **obstacles a l'hora d'identificar articles originals** que responguin de manera clara i eficaç als objectius plantejats, és a dir, estudis primaris. Sovint, articles que inicialment semblaven adequats han estat descartats després d'una lectura crítica en constatar que es tractava d'estudis secundaris, especialment amb relació al primer objectiu.

D'altra banda, la **manca d'articles de caràcter nacional** constitueix una altra limitació rellevant. Una gran part dels estudis espanyols cercats se centren en el maneig del dolor en pacients amb **neoplàsies amb possibilitat de curació**, mentre que el nostre interès principal es focalitza en l'abordatge del dolor de forma òptima en pacients en situació de final de vida. Aquesta situació ha dificultat tant la comparació dels resultats com l'obtenció d'una visió global en l'àmbit nacional o local.

Seguint la mateixa línia, una altra limitació identificada durant la recerca bibliogràfica ha estat el repte a trobar estudis centrats en **pacients pal·liatius atesos en l'àmbit hospitalari**. En aquest sentit, una gran part dels articles identificats feien referència a l'aplicació de cures pal·liatives en el domicili o des de l'atenció primària, especialment, en relació amb el segon objectiu, fet que ha condicionat la disponibilitat d'evidència específica per al context desitjat.

Finalment, s'ha identificat com a dificultat el **gran volum d'investigacions obtingudes en les diferents bases de dades**, especialment a l'Scopus, malgrat el filtratge de selecció aplicat prèviament. Aquesta elevada quantitat de publicacions ha donat com a resultat un procés de revisió més extens i prolongat i una major inversió de temps en la fase de cribratge i de lectura crítica.

9. DECLARACIÓ DE TRANSPARÈNCIA

Per a l'elaboració d'aquest Treball de Final de Grau, s'ha utilitzat l'eina d'Intel·ligència Artificial ChatGPT-4o exclusivament com a suport per a la correcció d'estil i la revisió lingüística. El contingut final, l'anàlisi crítica i les conclusions d'aquest treball són autoria exclusiva de les autores, que assumeixen la total responsabilitat de la veracitat i la qualitat del text.

10. APLICABILITAT DE L'ESTUDI

Aquest treball analitza els factors clau en el maneig del dolor en pacients pal·liatius per optimitzar l'atenció al final de la vida. Mitjançant una revisió crítica, s'han identificat les principals barreres pel control eficaç del dolor i diverses estratègies de millora futures.

Barrera	Impacte o conseqüència	Línia de millora
Institucional	Manca de recursos humans i materials, sobrecàrrega assistencial , manca de temps i problemes d'organització . Dèficit en la coordinació entre professionals i nivells assistencials.	Impulsar canvis organitzatius , millorar ràtios , reforçar la coordinació interdisciplinària , establir una figura de referència per garantir la continuïtat assistencial i garantir suport emocional al personal .
Formatiu	Manca de formació específica en cures pal·liatives i maneig del dolor que pot provocar avaluacions inadequades i inframedicació. Inseguretats en la presa de decisions clíniques .	Potenciar la formació específica en cures pal·liatives durant els estudis i mitjançant programes de formació continuada dins les institucions sanitàries.
Sociocultural	Creences personals, mites i factors culturals o religiosos que influeixen en l'acceptació dels tractaments i, de manera més accentuada, en el rebuig d'opioides.	Promoure educació sanitària individualitzada i proactiva , establir relacions terapèutiques de confiança i desmuntar falses creences sobre el tractament analgèsic.
Comunicatiu	Deficiències en la comunicació interdisciplinària i amb el pacient-família .	Fomentar habilitats comunicatives , reforçar el treball en equip i promoure la presa de decisions compartides amb el pacient i família.
Por i reticències als opioides	Temor als efectes adversos (addicció, dependència...) i estigma associat a l'ús d'opioides que dificulta l'adherència al tractament. Els mitjans de comunicació i entorn urbà afavoreixen l'estigmatització.	Proporcionar informació clara i basada en l'evidència sobre l'ús d'opioides, educació sanitària al pacient i família i normalització del seu ús en el control del dolor pal·liatiu.
Rol del cuidador	Elevada càrrega física i emocional i dedicació d'una gran part del temps a satisfer les necessitats del pacient. Manca de coneixement sobre el maneig del dolor i símptomes que es pot traduir en malestar i disminució de la qualitat de l'atenció oferida. Risc de burnout .	Oferir acompanyament integral , educació sanitària específica i suport psicològic als cuidadors per millorar la seva capacitat i prevenir el síndrome de <i>burnout</i> .

Taula 10: Barreres, dificultats associades i línies de millora proposades.

Font: Elaboració pròpia

11. CRONOGRAMA D'ACTIVITATS

FASES	OCTUBRE 2025				NOVEMBRE 2025				DESEMBRE 2025				GENER 2026				FEBRER 2026				MARÇ 2026				ABRIL 2026				MAIG 2026			
	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4	Setmana 1	Setmana 2	Setmana 3	Setmana 4				
Assignació tutor/a			dia 17																													
Justificació de l'estudi				dia 3																												
Introducció i objectius				Teams 3/11					dia 8																							
Pregunta d'investigació						Teams 24/11			dia 8																							
Marc teòric																																
Metodologia								Teams 7/12	dia 8																							
Resultats + discussió													Teams 17/01								Teams 02/03				Teams 13/04							
Conclusió + limitacions																																
Línies futures d'actuació + aplicabilitat																											Esborrany 27/04		Teams 13/05	Entrega 22/05		
Presentació i defensa	1- 2 juny																															

Blau: Sessions realitzades via Teams amb la tutora del TFG (pendents de determinar).

Vermell: Data límit de les diferents entregues a la plataforma Moodle.

Taula 11: Cronograma d'activitats

Font: Elaboració pròpia

12. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Torcal Baz M, Ventoso Mora S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Rev Clín Med Fam* [Internet]. 2020 [citad el 9 de novembre de 2025];13(3):203–11. Disponible a:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203
2. Benítez-Rosario M, Alonso A, González T. Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos. MEDICAL DOSPLUS, SL [Internet]. 2023 [citad el 9 de novembre de 2025]. Disponible a:
<https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023.pdf>
3. Rocha de Souza Y, et al. Knowledge and Practice of Nurses about Palliative Care in Hospitalization: Cross-Sectional Study. *Journal Nurse UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2023 [citad el 9 de novembre de 2025];17(1):173–89. Disponible a:
<https://research-ebsco-com.sabidi.urv.cat/linkprocessor/plink?id=9c3412c2-c83c-3c89-bcdb-da9352574f75>
4. Clínic Barcelona. ¿Cómo se mide el dolor? PortalClínic [Internet]. 2023 [citad el 9 de novembre de 2025]. Disponible a:
<https://www.clinicbarcelona.org/noticias/como-se-mide-el-dolor>
5. Bazterrica I, Mateos A, Bengoa M, Zubillaga I. Fisiopatología del dolor. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* [Internet]. 2024 [citad el 9 de novembre de 2025]; 31(9):450–55. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207224001695>
6. Tredgett K. Pain control in palliative care. *Pain Practice* [Internet]. 2020 [citad el 18 de novembre de 2025]; 48(1):2-8. Disponible a:
<https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1357303919302464>

7. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)* [Internet]. 2005 [citat el 18 de novembre de 2025]; 28(3):33–37. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
8. Vicente Herrero M, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre M, Capdevilla García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2018 [citat el 18 de novembre de 2025]; 25(4):228–236. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228
9. Client challenge [Internet]. Scribd.com. [citat el 19 de novembre de 2025]. Disponible a: <https://es.scribd.com/document/500733134/escalas-de-evaluacion-del-dolorsubido-1>
10. Van Veen S, et al. Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: a systematic review. *Palliat Care Soc Pract* [Internet]. 2024 [citat el 30 de novembre de 2025] Disponible a: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10785737/>
11. Wells, N, Pasero, C, McCaffery, M. Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. 2024 [citat el 30 de novembre de 2025]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/?report=reader>
12. Hipnosis [Internet]. Mayo Clinic. 2023 [citat el 6 de desembre de 2025]. Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/hypnosis/about/pac-20394405>
13. IEFS. *Musicoterapia: ¿qué es y para qué sirve?* IEFS [Internet]. 2022 [citat el 6 de desembre de 2025]. Disponible a: <https://iefs.es/musicoterapia-que-es-y-para-que-sirve/>

14. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. National Center for Biotechnology Information: StatPearls [Internet]. 2025 [citat el 18 de febrer de 2025]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/?utm>
15. Méndez I, Yousfi S, Puig Á, Ibor C. Manejo y tratamiento del dolor: Parte II – Escala analgésica de la OMS y AINES [Internet]. Sagunto (España): Sesión Clínica General Interdisciplinar. 2021 [citat el 6 de desembre de 2025]. Disponible a:
<https://sagunto.san.gva.es/documents/d/sagunto/parte-ii-escala-analgésica-oms-y-aines>
16. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Guía de Sedación Paliativa [Internet]. Madrid: CGCOM/ SECPAL;2021 [citat el 20 de desembre de 2025]. Disponible a:
https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/5e3268a8-24ed-4462-949b-8004fa3a9e1f/guia_sedaccion_paliativa/6/
17. Carrasco-Zafra MI, Ocaña-Riola R, Gómez-García R, Martín-Roselló ML, Blanco-Reina E. Palliative sedation at the end of life: prevalence, characteristics and possible determinants. BMC Palliat Care [Internet]. 2024 [citat el 11 d'abril de 2026];23(1):278. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-024-01606-0>
18. Kremeike K, Frerich G, Romotzky V, Boström K, Dojan T, Galushko M, et al. The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach. BMC Palliat Care [Internet]. 2020 [citat el 11 d'abril de 2026]; 19(1):49. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32299415/>
19. De Sola H, Salazar A, Dueñas M, Failde I. Opioids in the treatment of pain: beliefs, knowledge, and attitudes of the general Spanish population. Identification of subgroups through cluster analysis. *Journal of Pain Symptom Management* [Internet]. 2018 [citat el 21 de desembre de 2025]; 55(4):1095–104. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417312253>

20. Coyne P, Lowry S, Mulvenon C, Paice J. *American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life*. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2024 [citat el 6 de desembre de 2025]; 25(4):327–29. Disponible a: <https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1524904224001413?via%3Dihub>
21. Pérez-Guisado R. Manejo integral del dolor oncológico. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el control del dolor en pacientes con cáncer. *Revista NPunto* [Internet]. 2025 [citat el 19 de febrer de 2025]; VIII(91):52-70. Disponible a: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/690466d659c61art3.pdf>
22. Robles Agudo F, Sanz Segovia F, González Polo J, Beltrán de la Ascensión M, López Arrieta JM. Alivio del dolor como parte de los cuidados al final de la vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2005 [citat el 6 de desembre de 2025]; 40(6):357–64. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-alivio-del-dolor-como-parte-13080805>
23. Peacock S, Patel S. Cultural Influences on Pain. *Rev Pain*. 2008 Mar;1(2):6-9. [Internet]. 2008 Mar. [citat el 6 de desembre de 2025];1(2):6-9. Disponible a: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4589930/>
24. Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). *¿Cuál es la función de la unidad de cuidados paliativos?* [Internet]. UNIR Revista Salud. 2022 [citat el 16 de desembre de 2025]. Disponible a: <https://www.unir.net/revista/salud/unidad-cuidados-paliativos/>
25. Casas C, et al. Pla estratègic d'atenció pal·liativa especialitzada de Catalunya: bases del model de futur [Internet] Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 2023 [citat el 3 de gener de 2026]. Disponible a: <https://www.hospitalsantacreutortosa.cat/wp-content/uploads/2023/03/pla-estrategic-paliativa-bases-model.pdf>

26. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey Jr D, Cross Jr J, Owens D. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 2008 [citat el 8 de gener de 2026];148(2):141-46. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18195338/>
27. Ministerio de Sanidad, Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico. *Información para familiares y allegados de personas en situación de últimos días*. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días [Internet]. Madrid: Guiasalud.es. 2021 [citat el 3 de gener de 2026]. Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc_612_sud_acis_anexo_15_informacion_pacientes.pdf
28. Antonuzzo A, Gonella S, Blasi L, Carnio S, Franzese C, Marano L, Santini D, Bossi P. Pain Assessment and Management in Oncological Practice: A Survey from the Italian Network of Supportive Care in Oncology. *Healthcare*. 2025 [citat el 25 d'abril de 2026]; 13(3):212. Disponible a: <https://doi.org/10.3390/healthcare13030212>
29. Torres-Tenor JL, Villalba-Cuesta P, Bruera E, Vilches-Aguirre Y, Varela-Cerdeira M, Alonso-Babarro A. Frequency and predictors of palliative sedation among patients with cancer who died in a specialist inpatient palliative care unit: a retrospective study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2025 [citat el 25 d'abril de 2026];24(1):153. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-025-01787-2>
30. Munkombwe WM, Petersson K, Elgán C. Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 [citat el 25 d'abril de 2026];29(9–10):1643–52. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15232>
31. Cullen G, Neely L, McDonald MR, Cousino KM, Drobek C, Przywara MA. The effect of aromatherapy in the management of cancer-related pain at the end of life: A pilot study. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2023 [citat el 25 d'abril de 2026];27(4):404–10. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1188/23.CJON.404-410>

32. Gerber K, Willmott L, White B, Yates P, Mitchell G, Currow DC, et al. Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: A qualitative study capturing nurses' perspectives. *Collegian* [Internet]. 2022 [citat el 25 d'abril de 2026];29(1):1–8. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2021.02.008>
33. Huang S, Spicer JG. Developing an evidence-based patient education guide on pain management for Asian patients on hospice. *Home Healthcare Now* [Internet]. 2024 [citat el 25 d'abril de 2026];42(4):236–45. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0000000000001275>
34. Carbonara L, Casale G, Bosetti C, Uggeri S, Armento G, Blasi M, et al. Pain, symptoms and therapy satisfaction in adult oncologic patients at admission to palliative care: An Italian prospective, multicenter, observational study. *Pain Practice* [Internet]. 2024 [citat el 22 d'abril de 2026];24(8):1005–13. Disponible a: <https://research-ebSCO-com.sabidi.urv.cat/linkprocessor/plink?id=c0f0d5fa-4744-3ced-923d-69cfdb73a41a>
35. Pérez AR, Díaz MR, Villanueva DC, Ciudad AV, García LA, Hernández CA. Intervención de enfermería en cuidados terminales y fin de vida: estudio clínico. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2024 [citat el 25 d'abril de 2026];5(8):134. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9822039>
36. Wang M, Ding X. Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2025 [citat el 25 d'abril de 2026];24(1):1–7. Disponible a: <https://research-ebSCO-com.sabidi.urv.cat/linkprocessor/plink?id=fe88f0d4-3b01-3505-af6f-9ab9f3cd300b>
37. Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL). Ús de la via subcutània en cures pal·liatives. Monografies SECPAL, n.º 4. Madrid: SECPAL; 2013 [citat el 25 d'abril de 2026]. Disponible a: https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/01/monografia_secpal_04.pdf

38. Pérez de Miguel JG, Utor Ponce L, Gatón Martínez L. Guia de sedació pal·liativa. Madrid: Institut Nacional de Gestió Sanitària (INGESA); 2022 [citad el 25 d'abril de 2026]. Disponible a:
https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:fb7c58fd-1692-4e91-a307-7d5f9b30c74c/Guia_sedacion_paliativa.pdf
39. Givler A, Bhatt H, Maani-Fogelman PA. The importance of cultural competence in pain and palliative care. StatPearls Publishing, Treasure Island; 2025 [citad el 22 d'abril de 2026]. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>

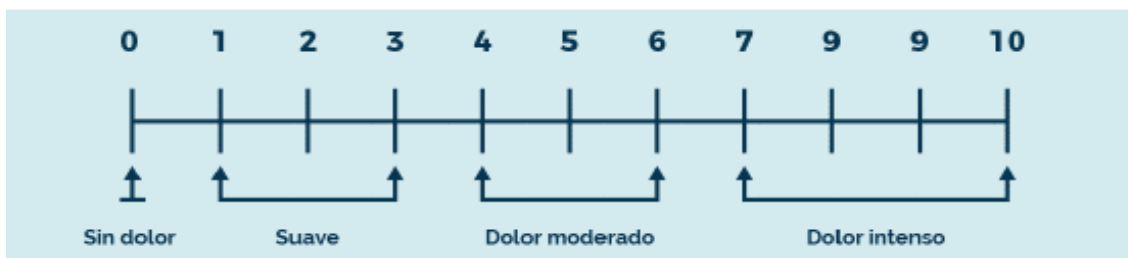
13. ANNEXOS

13.1. Annex I: Escalas analgèsiques



Imatge 3: Escala Visual Analògica (EVA)

Font: Hospital Universitario de Fuenlabrada⁴



Imatge 4: Escala Numèrica Verbal (EN)

Font: Hospital Universitario de Fuenlabrada⁴



Imatge 5: Escala Categòrica (EC)

Font: Hospital Universitario de Fuenlabrada⁴



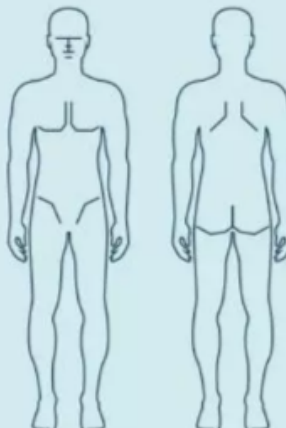
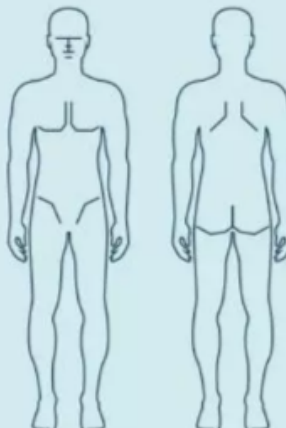
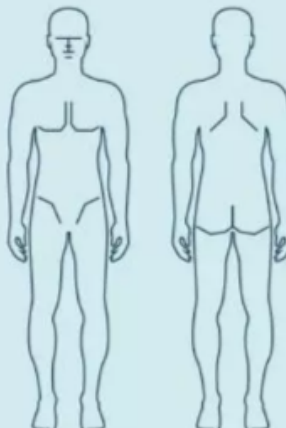
Imatge 6: Escala de Wong i Baker

Font: Hospital Universitario de Fuenlabrada⁴

⁴ Hospital Universitario de Fuenlabrada. Escalas de evaluación del dolor [Internet]. 2020 [citad el 18 de febrer de 2026]. Disponible a: https://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada/file/3872?utm_

Nombre paciente _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI (T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 Espasmódico Temblor Palpitante Latente Golpeteo	11 Cansado Exhaustivo	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Breve Momentáneo Transitorio</th> <th>Rítmico Periódico Intermitente</th> <th>Continuo Estable Constante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">  </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> E = Externo I = Interno </td> </tr> <tr> <td colspan="3" rowspan="4">Comentarios:</td> </tr> </tbody> </table>	Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente	Continuo Estable Constante				E = Externo I = Interno			Comentarios:		
Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente		Continuo Estable Constante											
														
E = Externo I = Interno														
Comentarios:														
			12 Nauseabundo Sofocante											
			13 Temeroso Espantoso Terrorífico											
			14 Agotador Debilitador Cruel Perverso Mortal											
2 Creciente Repentino Provocado	15 Desdichado Cegador													
3 Punzante Taladrante Perforante Puñalada Lancinante	16 Incómodo Perturbador Abatido Intenso Inaguantable													
4 Agudo Cortante Lacerado	17 Difuso Irradiante Penetrante Que traspasa													
5 Pellizcante Prensante Picante Calambres Aplastante	18 Apretado Entumecido Estirante Abrumador Desgarrador													
6 Tirante Tracción Desgarrador	19 Fresco Frio Helado													
7 Caliente Quemazón Escaldado Quemadura	20 Persistente Nauseabundo Agonizante Horroso Torturante													
8 Punción Picazón Escozor Picadura	PPI													
9 Insensibilidad Sensibilidad Hiriente Dolorido Fuerte	0 Sin Dolor 1 Suave 2 Incómodo 3 Angustioso 4 Horrible 5 Agudísimo													
10 Blando Tenso Áspero Terrible														

Imatge 7: Qüestionari de McGill

Font: Hospital Universitario de Fuenlabrada⁴

13.2. Annex II: Escala analgèsica de la OMS

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
-----	-----	-----	
Paracetamol		--	
AINE	-	Morfina	
Metamizol	Codeína	Oxicodona	
	Tramadol	Fentanilo	
		Metadona	
		Buprenorfina	

Imatge 8: Escala analgèsica de la OMS actualitzada

Font: Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís, Madrid⁵

⁵ Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS.: Dolor iatrogénico. Oncol (Barc.) [Internet]. 2005 [citad el 17 d' abril de 2026];28(3). Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>

13.3. Annex III: Esglaons, acció i efectes adversos dels fàrmacs inclosos en l'escala analgèsica de la OMS (6)

	ACCIÓ	EFFECTES ADVERSOS																																																
PRIMER ESGLAÓ <i>Analgèsics no opioïdes</i> <i>EVA: 1-4 (lleu-moderat)</i>	- Tenen acció perifèrica. Actuen inhibint la producció de prostaglandines, inhibint la COX (15). - Potencien l'acció analgèsica dels opioïdes en el dolor moderat-intens. - Existeix una dosi màxima diària per damunt de la qual no aporten més efecte analgèsic (sostre terapèutic). - No existeix evidència que demostrï superioritat d'un antiinflamatori no esteroide (AINE) respecte a un altre. <table><tr><th>Medicamento</th><th>Dosis</th><th>Dosis máxima / día</th><th>Vías de administración</th></tr><tr><td>Paracetamol</td><td>500-1000 mg / 4-6 h</td><td>4000 mg</td><td>v.o., i.v., rectal</td></tr><tr><td>Ácido acetilsalicílico</td><td>500-1000 mg / 4-6 h</td><td>4000 mg</td><td>v.o.</td></tr><tr><td>Metamizol</td><td>575-2000 mg / 6-8 h</td><td>6000 mg</td><td>v.o., i.v., i.m.</td></tr><tr><td>Ibuprofeno</td><td>400-600 mg / 6-8 h</td><td>2400 mg</td><td>v.o.</td></tr><tr><td>Dexketoprofeno</td><td>25-50 mg / 8-12 h</td><td>150 mg</td><td>v.o., i.v., i.m.</td></tr><tr><td>Naproxeno</td><td>250-500 mg / 8-12 h</td><td>1500 mg</td><td>v.o.</td></tr><tr><td>Diclofenaco</td><td>50 mg / 8-12 h</td><td>150 mg</td><td>v.o., i.m., rectal</td></tr><tr><td>Meloxicam</td><td>7,5 mg / 12 h</td><td>15 mg</td><td>v.o., i.m., rectal</td></tr><tr><td>Lornoxicam</td><td>8 mg / 12 h</td><td>16 mg</td><td>v.o.</td></tr><tr><td>Celecoxib</td><td>200 mg / 12 h</td><td>400 mg</td><td>v.o.</td></tr><tr><td>Etoricoxib</td><td>60 mg / 24 h</td><td>120 mg</td><td>v.o.</td></tr></table> Vía oral. i.v.: Intravenosa. i.m.: Intramuscular. Taula 12: Fàrmacs del primer esglaó, dosis i vies d'administració. Font: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)⁶	Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración	Paracetamol	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o., i.v., rectal	Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o.	Metamizol	575-2000 mg / 6-8 h	6000 mg	v.o., i.v., i.m.	Ibuprofeno	400-600 mg / 6-8 h	2400 mg	v.o.	Dexketoprofeno	25-50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.v., i.m.	Naproxeno	250-500 mg / 8-12 h	1500 mg	v.o.	Diclofenaco	50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.m., rectal	Meloxicam	7,5 mg / 12 h	15 mg	v.o., i.m., rectal	Lornoxicam	8 mg / 12 h	16 mg	v.o.	Celecoxib	200 mg / 12 h	400 mg	v.o.	Etoricoxib	60 mg / 24 h	120 mg	v.o.	Efectes gastrointestinals, renals, pulmonars, hematològics i reaccions d'hipersensibilitat.
Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración																																															
Paracetamol	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o., i.v., rectal																																															
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o.																																															
Metamizol	575-2000 mg / 6-8 h	6000 mg	v.o., i.v., i.m.																																															
Ibuprofeno	400-600 mg / 6-8 h	2400 mg	v.o.																																															
Dexketoprofeno	25-50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.v., i.m.																																															
Naproxeno	250-500 mg / 8-12 h	1500 mg	v.o.																																															
Diclofenaco	50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.m., rectal																																															
Meloxicam	7,5 mg / 12 h	15 mg	v.o., i.m., rectal																																															
Lornoxicam	8 mg / 12 h	16 mg	v.o.																																															
Celecoxib	200 mg / 12 h	400 mg	v.o.																																															
Etoricoxib	60 mg / 24 h	120 mg	v.o.																																															

Taula 13: Primer esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS

Font: Elaboració pròpia

⁶ Torcal Baz M, Ventoso Mora S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2020 [citat el 9 de novembre de 2025];13(3):203–11. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203

SEGON ESGLAÓ

Opioides dèbils

*EVA: 5-6
(moderat-sever)*

- Fàrmacs d'acció central amb sostre terapèutic (15).
- Existeixen preparats de fórmula única i simple, o en combinació amb analgèsics antipirètics o antiinflamatoris i preparats d'alliberació retardada.
- Si no s'aconsegueix un alleujament adequat amb fàrmacs del segon esglaó s'ha de progressar cap amunt en l'escala i no canviar a un altre fàrmac dins del mateix grup.
- En països on la morfina està fàcilment disponible, el segon esglaó s'omet cada vegada més i la progressió és directament del primer esglaó al tercer.

Medicament	Dosi	Dosi màxima/ dia	Vies d'administració	Observacions
Codeïna	30-60 mg/ 4-6 h	240 mg	oral	Acció antitussígena. Ocasiona restrenyiment important. Disminuir la dosi 25-50 % en insuficiència hepàtica i renal. No utilitzar en MPOC, asma o depressió respiratòria.
Tramadol	50-100 mg/ 6 h	400 mg	oral, subcutània, endovenosa, intramuscular	Eficàcia lleugerament superior a la codeïna i 5-10 vegades menor a la morfina. Disminueix el llindar convulsiu. Disminuir la dosi un 50% en gent gran. No utilitzar en insuficiència respiratòria greu.
<i>Equivalència: 60 mg de codeïna = 30 mg de codeïna + 650 mg de paracetamol = 50 mg de tramadol</i>				
Dihidrocodeïna	60-120 mg/ 12 h			

Taula 14: Fàrmacs del segon esglaó, dosis i vies d'administració

Font: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)⁶

Efectes
gastrointestinals,
sedació, depressió
respiratòria, mareig i
dependència.

Taula 15: Segon esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS

Font: Elaboració pròpia

TERCER ESGLAÓ Opioides potents EVA: 7-10 (sever-molt sever)	- En el cas de produir-se canvis en la dosi de l'opioide d'alliberació prolongada és important realitzar revisions regulars i ajustar-la tenint en compte la medicació de rescat addicional que el pacient ha requerit. - Per tractar el dolor que sorgeix entre les dosis regulars d'analgèsia (dolor disruptiu) cal disposar de morfina oral d'alliberació immediata, segons la necessitat. - És essencial fer ús d'aquells opioides en què hi ha un equilibri acceptable entre el control del dolor i els efectes adversos del fàrmac. - No existeix una dosi màxima d'opioide del tercer esglaó. Tot i això, s'ha d'evitar l'augment continu de la dosi si no hi ha benefici analgèsic. <table><tr><td>Morfina</td></tr><tr><td>Oxicodona</td></tr><tr><td>Fentanil</td></tr><tr><td>Buprenorfina</td></tr><tr><td>Tapentadol</td></tr><tr><td>Hidromorfina</td></tr><tr><td>Metadona</td></tr></table> Taula 16: Fàrmacs del 3r esglaó (visualitzar Annex V). Font: Elaboració pròpia	Morfina	Oxicodona	Fentanil	Buprenorfina	Tapentadol	Hidromorfina	Metadona	Efectes gastrointestinals (restrenyiment, nàusees i vòmits), depressió respiratòria, hipotensió, deliri, somnolència, retenció urinària, etc.
Morfina									
Oxicodona									
Fentanil									
Buprenorfina									
Tapentadol									
Hidromorfina									
Metadona									

Taula 17: Tercer esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS

Font: Elaboració pròpia

QUART ESGLAÓ <i>Dolor no tolerable o persistent</i>	- Recomanacions farmacològiques i no farmacològiques per al tractament del dolor persistent. - Utilitzats principalment en Unitats de Dolor. Actuen sobre el sistema nerviós. - Procediments intervencionistes i invasius (analgèsia epidural, administració intratecal d'analgèsia i anestèsia local, procediments neuroquirúrgics, estratègies de neuromodulació, bloqueigs nerviosos, ablacions, vertebroplàstia, radioteràpia pal·liativa, entre d'altres) (14).	Dolor local, lesió nerviosa, hipotensió, parestèsia, depressió respiratòria, infecció...
---	--	--

Taula 18: Quart esglaó de l'Escala Analgèsica de la OMS

Font: Elaboració pròpia

13.4. Annex IV: Efectes adversos més freqüents dels opioïdes (1)

Restrenyiment	El més freqüent. Es fan ús de laxants d'acció osmòtica com a primera mesura d'actuació. Si persisteix, s'opta per laxants estimulants. En cas d'existir impactació fecal s'administra ènema rectal o es procedeix a la desimpactació manual. El restrenyiment augmenta en aquells pacients enllitats, amb mobilitat reduïda, d'edat geriàtrica i pacients amb patologies gastrointestinals.
Nàusees i vòmits	Incidència d'entre un 10-40%, sobretot després de la primera dosi d'opioïdes administrada. Utilitzar fàrmacs antiemètics per al seu maneig.
Depressió respiratòria	Apareix en cas de sobredosi o problemes respiratoris.
Neurotoxicitat per opioïdes	A causa de l'acumulació de metabòlits tòxics que provoca hiperexcitabilitat neuronal (deliri, al·lucinacions, mioclònies, convulsions, etc.).
Prurit	Administrar antihistamítics.
Sudoració	Administrar corticoides o anticolinèrgics.
Dependència física i addicció	Ambdós efectes contribueixen a la infrautilització dels opioïdes. És probable que aparegui dependència física en aquells pacients en tractament amb opioïdes durant llargs períodes de temps. És essencial advertir-los sobre la importància de no suspendre ni reduir la dosi bruscament.
Sedació i deteriorament cognitiu	
Retenció urinària	

Taula 19: Efectes adversos més freqüents dels opioïdes

Font: Elaboració pròpia

13.5. Annex V: Fàrmacs del tercer esglaó

Medicamento	Presentaciones	Pauta
Morfina	- Retardada o controlada (MLC): v.o. (cápsulas o comprimidos) Inicio de acción: 1 h. Pico: 3-6 h. Vida media: 12-24 h. - Normal o rápida (NLM): v.o. (comprimidos, solución o unidosos). Inicio de acción: 30-45 min. Vida media: 4-6 h. - Inmediata: i.v. / s.c. (ampollas). Equivalencias: Morfina oral – subcutánea: 2:1 (40 - 20 mg). Morfina oral – intravenosa: 3:1 (40mg-13'3 mg). Morfina intravenosa – subcutánea: 1:1'5 (40mg-60mg).	- Inicio: - Pacientes sin exposición previa a opiáceos, ancianos o insuficiencia renal: comenzar con MLN 5 mg / 4 h o MLC 15 mg / 12 h. - Pacientes tratados previamente con opiáceos de segundo escalón: comenzar con MLN 10 mg / 4 h o MLC 30 mg / 12 h. - Rescates: 1/6 o 1/10 de la dosis diaria, a demanda (si es preciso, cada 1-2 h). - Evaluar en 24 h y ajustar dosis sumando la dosis diaria y los rescates. Si se ha iniciado con MLN se puede pasar la dosis total diaria a MLC. - Titulación: - Reevaluar tras 48-72 h. Si se han precisado más de 3 rescates, aumentar la dosis de MLC un 30-50 %, o bien se sumará a la dosis total diaria las dosis de rescate de las 24 h previas, hasta tener controlado el dolor basal. - Dejar siempre dosis de rescate (10 % de la dosis total).
Oxicodona	- Liberación prolongada (OLC): v.o. Vida media: 4 h. - Liberación normal (OLN): v.o., i.v., s.c. Vida media: 12 h.	- Comenzar con OLC 10-20 mg / 12 h. Se recomienda usarlo asociado a naloxona, u OLN 5 mg / 4 h. - Rescates de OLN o su equivalente en morfina. 1/6 de la dosis total diaria. - En insuficiencia renal o hepática, ajustar la dosis a 1/2 o 1/3
Fentanilo	- Liberación prolongada: Vía transdérmica (parches). Inicio de acción: 12-14 h. Vida media: 72 h. - Liberación rápida: transmucosa, intranasal, sublingual.	- Comenzar con 12-25 µg si no están tratados con opiáceos mayores. - Cubrir analgesia las primeras 24 horas con MLN, haciendo coincidir la colocación del parche con la dosis de MLC. - Cambiar el parche cada 72 h (un 25 % de los pacientes necesita cambiar el parche cada 48 h). - Reevaluar periódicamente y ajustar la dosis basal en función de los rescates. - Asociar dosis de rescate de morfina de liberación normal si presenta dolor. El rescate es posible con fentanilo de liberación rápida. Iniciar con 200 µg; si tras 15 min la analgesia no es adecuada, repetir la dosis. Si no experimenta alivio, pasar a una dosis superior. - Se pueden usar hasta 4 rescates al día. Si tras ello el dolor no está controlado, aumentar la dosis basal.
Buprenorfina	- Liberación controlada: transdérmico (parche). - Liberación rápida: i.v., i.m., s.l.	- Iniciar con la dosis más baja. Si previamente tomaba opiáceos, usar según equivalencia. - Precisa control adicional de la analgesia las primeras 24-48 h. - Pautar dosis de rescate con buprenorfina s.l. 0,2 mg; si uso mayor de 0,6 mg, aumentar la dosis basal.
Tapentadol	Liberación controlada: v.o. Vida media: 12 h. Comprimidos de 25, 50, 100, 150, 200, 250 mg.	- Iniciar con dosis de 25-50 mg / 12 h. Si previamente tomaba opiáceos, usar según equivalencia. - Ajustar en insuficiencia hepática moderada; no existen estudios en insuficiencia renal grave.
Hidromorfona	- Liberación prolongada: v.o. Vida media: 24 h. Comprimidos de 4, 8, 16, 32 y 64 mg. - Liberación rápida: v.o., i.v.	- Iniciar con dosis de 4-8 mg / 12 h. Si previamente tomaba opiáceos, usar según equivalencia y valorar ajuste cada 96 h. - Ajustar en insuficiencia hepática y renal moderada.
Metadona	Vía oral (comprimidos) y parenteral	- Iniciar con 5 mg / 4-6 h. Si previamente tomaba opiáceos, ajustar según equivalencia. - Precaución en pacientes con enfermedad cardíaca grave y síndrome del QT largo.

Taula 20: Fàrmacs del 3r esglaó, presentacions i pauta

Font: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)⁶

13.6. Annex VI: Taula d'equivalència entre opioïdes

Morfina oral (mg/24 h) ^a	Morfina iv (mg/24 h) ^a	Morfina iv/sc (mg/24 h) ^a	Oxicodona oral (mg/24 h) ^a	Oxicodona (iv/sc) (mg/24 h) ^a	Hidromorfona oral (mg/24 h) ^c	FTD (µg/h) ^a	Fentanilo iv/sc (mg/24 h) ^a	BTD ^b (µg/h) ^a
20	7,5-10	10	10	5-7	4	12	0,1-0,15	12
30	10-15	15	20	7,5-10	8	12	0,3	12-17
60	20-30	30	40	15-20	12	25	0,6	25-35
90	30-45	45	60	22,5-30	16	37	0,9	53
120	40-60	60	80	30-40	24	50	1,2	53-70
160	55-80	80	106	40-52	32	62	1,6	62-94
180	60	90	120	45-60	36	75	1,8	75-105
200-240	65-80*	100-160	130-160	65-80	40-48	83-100	2-2,4	100-117
240-300	80-100*	120-200	160-200	80-100	48-60	100-125	2,4-3	125-176
300-360	100-120*	150-240	200-240	100-120	60-72	125-150	3-3,6	150-211
360-420	120-140*	180-280	240-280	120-140	72-84	150-175	3,6-4,2	211-247
420-480	140-160*	200-240	280-320	140-160	80-96	165-200	4-4,8	200
480-540	160-180*	230-270	320-360	160-180	96-108	191-225	4,6-5,4	225
540-600	180-200*	260-300	360-400	180-200	108-120	216-250	5,2-6	250
600-660	200-220*	290-330	400-440	200-220	120-128	240-275	5,8-6,6	275
660-720	220-240*	320-360	440-480	220-240	128-132	266-300	6,2-7,2	300

^aDescribe los valores menores y mayores del rango de dosis tras la conversión.

^b Las equivalencias varían en relación a qué opioide se tome como patrón, la morfina o el fentanilo.

^c Cálculo realizado para ajustarlo a la forma galénica comercializada en España. A partir de determinadas dosis, puede ser complicado de adaptar por el elevado número de comprimidos a administrar. Cabría plantearse un cambio de opiáceo para un mejor esquema terapéutico.

* Se aplica una relación vo:iv de 1:0,3 por dosis altas de morfina vo.

Taula 21: Equivalència aproximada entre les dosis d'opioïdes

Font: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y Fundación SECPAL⁷

⁷ Benítez-Rosario M, Alonso A, González T. Protocolos de tratamiento en cuidados paliativos. MEDICAL DOSPLUS, SL [Internet]. 2023 [citad el 9 de novembre de 2025]; p.148. Disponible a: <https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2024/05/protocolos-de-tratamiento-en-cuidados-paliativos-2023.pdf>

13.7. Annex VII: Taula de resultats

Títol, autor, any i revista de publicació	Metodologia	Objectiu	Principals resultats i conclusions
<i>Desarrollo de una guía educativa para pacientes basada en evidencia sobre el manejo del dolor para pacientes asiáticos en cuidados paliativos</i> Huang S., et al. 2024 <i>Home Healthcare Now</i>, Vol. 42, article 4.	Entrevistes d'entre 20-60 minuts a pacients (n=6) i anàlisi temàtica de les converses. Les preguntes tracten: • Nivell de dolor • Medicació actual pel dolor • Comprensió d'opioides i narcòtics. Posteriorment, es van fer entrevistes d'entre 20-30 minuts a infermeres (n=6) de cures pal·liatives i se'ls va preguntar sobre els seus coneixements i estratègies pel maneig del dolor en aquest perfil de pacients.	Desenvolupar una guia educativa basada en l'evidència pel maneig del dolor en pacients asiàtics en cures pal·liatives.	<u>RESULTATS</u>: Es destaquen diferents patrons principals en les respostes dels pacients: • Tendència a aguantar el dolor. • Preferència per la medicina tradicional. • Por a l'addicció d'opioides. • Preocupació pels efectes secundaris. <u>CONCLUSIÓ</u>: Existeixen barreres culturals significatives que poden afectar l'avaluació del dolor en pacients asiàtics. Mitjançant l'evidència científica i l'experiència clínica dels professionals es poden desenvolupar guies educatives adaptades a les diferents cultures.
<i>Palliative sedation at the end of life: prevalence, characteristics and possible determinants</i> Carrasco MI., et al. 2024 Estudi publicat a la revista <i>BMC Palliative Care</i>, Vol. 23, article 278.	Model de registre logístic multivariant per analitzar la relació entre variables independents i la sedació pal·liativa. Inclou a 533 pacients que han mort en una Unitat de Cures Pal·liatives durant el període d'estudi (n=533). Es recopilen variables clíniques i funcionals: • Escala Barthel • Escala de Rendiment Pal·liatiu • Nivell de complexitat • Realització de sedació pal·liativa o no.	Descriure la prevalença de la sedació pal·liativa (SP) al final de la vida i les seves característiques i analitza els factors que poden estar associats al seu ús.	<u>RESULTATS</u>: • Prevalença de SP: 16,7%. • Síntomes refractaris més freqüents: 1. Deliri (36,1%) 2. Dolor (31,9%) 3. Dispnea (25%) • Factors associats a l'ús de SP: ○ Tractament amb opioides forts abans de la sedació. ○ Major autonomia a l'ingrés. ○ Consentiment informat atorgat pel pacient: 19% dels casos.

	En cas de rebre sedació pal·liativa es descriu: tipus de sedació, profunditat, símptomes refractaris, medicació, consentiment informat (CI) i lloc de la mort.		<u>CONCLUSIÓ:</u> L'ús precoç d'opioides i l'estat funcional són factors que influeixen activament en l'ús de SP. Aquesta informació pot convertir-se en una eina de millora dels plans d'atenció individualitzats al final de la vida.
<i>Frequency and predictors of palliative sedation among patients with cancer who died in a specialist inpatient palliative care unit: a retrospective study</i> Torres-Tenor JL., et al. 2025 Estudi publicat a la revista <i>BMC Palliative Care</i>, Vol. 24, article 153.	Anàlisi estadística: comparació entre grups (amb SP vs sense; monoteràpia vs politeràpia). Revisió dels registres clínics de 444 pacients oncològics que van morir en una Unitat especialitzada de Cures Pal·liatives (APCU) d'un hospital públic terciari durant el període d'estudi. En cas de rebre SP es recullen variables com: indicació terapèutica, duració de la sedació, fàrmacs emprats, hidratació parenteral, situació del cuidador principal, coneixement del pronòstic, ingrés hospitalari, edat, ansietat, entre d'altres.	Determinar la freqüència de la SP en una Unitat de Cures Pal·liatives especialitzada en pacients hospitalitzats, descriure les característiques dels pacients que van rebre SP, comparar aquells que la van rebre amb els que no i comparar aquells que van rebre un sol fàrmac per la sedació pal·liativa amb els que van necessitar diversos.	<u>RESULTATS:</u> • Prevalença de SP: 38%. • Símptomes refractaris més freqüents: 1. Deliri (64%) • Duració mitjana de la sedació: 49h. • Factors associats a l'ús de SP: ◦ Menor edat. ◦ Major temps d'ingrés. ◦ Major grau d'ansietat. ◦ Parella com a cuidador principal. ◦ Major consciència del pronòstic. ◦ Més voluntats anticipades fetes. • Politeràpia (>1 fàrmac) → 28%: ◦ Més hidratació parenteral. ◦ Sedacions de més duració. ◦ Fàrmac d'elecció midazolam: menor probabilitat de precisar un segon fàrmac. <u>CONCLUSIÓ:</u> Un 38% dels pacients que rebien cures pal·liatives van requerir SP. Gran part de les sedacions es feien amb un sol fàrmac, preferentment el midazolam, el que s'associa a una SP de menor duració i menys ús d'hidratació parenteral.

<i>Pain, symptoms and therapy satisfaction in adult oncologic patients at admission to palliative care: An Italian prospective, multicenter, observational study</i> Carbonara L., et al. 2024 Article publicat a la revista <i>Pain Practice</i>, Vol. 24, núm. 8, pg. 1005-1013.	Estudi realitzat en set centres de cures pal·liatives a Itàlia. Es van incloure 476 pacients adults amb càncer en el moment del seu ingrés.	Analitzar el dolor, els símptomes i la continuïtat terapèutica a l'ingrés, explorar la relació entre el dolor, el tumor, les comorbiditats, l'estat funcional i la qualitat de vida i, avaluar el grau de satisfacció dels pacients després de rebre la teràpia antiàlgica.	<u>RESULTATS:</u> • Una proporció important dels pacients presentava dolor moderat a intens a l'ingrés: 93 pacients. • El dolor disruptiu es va associar a una pitjor qualitat de vida i una intensitat del dolor més elevada. • El dolor era menys intens quan era discontinu en subjectes més grans i tractats amb corticoesteroides. • El 61% dels pacients no estaven satisfets amb la teràpia antiàlgica prescrita, principalment per un control insuficient del dolor. • El dolor sovint coexistia amb altres símptomes físics i psicològics. <u>CONCLUSIÓ:</u> En el moment de l'ingrés molts pacients oncològics encara presentaven dolor significatiu i altres símptomes associats. Això posa de manifest la necessitat d'un abordatge i valoració precoç del dolor, integrat de manera simultània amb els tractaments oncològics i no només en fases avançades de la malaltia. L'optimització del tractament analgèsic és rellevant per millorar el control simptomàtic i la satisfacció terapèutica.
--	--	--	--

<i>Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients</i> Wang M, Ding X, et al. 2025 Article publicat a la revista <i>BMC Palliative Care</i>, Vol. 24, núm. 1, pg. 1-7.	Estudi realitzat a 150 pacients amb càncer avançat que rebien cures pal·liatives entre 2020 i 2023. Els participants van ser assignats aleatòriament a dos grups: • Grup control (n=75) → atenció estàndard • Grup intervenció (n=75) → cures pal·liatives integrades Es recopilen variables clíniques i funcionals: • Escala EORTC QLQ-C30 • GAD-7 • PHQ-9 • Satisfacció i suport familiar	Investigar l'eficàcia de les cures pal·liatives integrades per millorar la qualitat de vida dels pacients amb càncer avançat, reduir el dolor i millorar el benestar psicològic mitjançant un model multidimensional d'atenció pal·liativa.	<u>RESULTATS:</u> • Sense diferències significatives pel que fa a l'edat, sexe i tipus de tumor. • Després de la intervenció, el grup que va rebre cures pal·liatives integrades va presentar: ○ Millor qualitat de vida (QdV). ○ Menors nivells d'ansietat i depressió. ○ Major satisfacció familiar. <u>CONCLUSIÓ:</u> Les cures pal·liatives integrades mostren beneficis significatius en la millora de la QdV dels pacients amb càncer avançat, així com del dolor i malestar psicològic. Per tant, cal promoure la seva integració com a part essencial de la pràctica clínica habitual, promovent una atenció més integral i compassiva.
<i>Intervención de enfermería en cuidados terminales y fin de vida: estudio clínico</i> Pérez AR., et al. 2024 Article publicat a la <i>Revista Sanitaria de Investigación</i>, Vol. 5, núm. 8.	Investigació primària descriptiva d'un cas clínic (home de 78 anys hospitalitzat amb càncer de pàncrees en fase avançada i metàstasi). Es va realitzar: • Valoració inicial de les constants vitals on s'observaven valors elevats de tensió arterial (TA) i freqüència respiratòria (FR) provocats pel dolor. • Elaboració d'un pla d'infermeria enfocat en l'alleujament de la simptomatologia i el suport emocional a la família. Es van realitzar controls de signes vitals per poder controlar de manera estricta el dolor del pacient. També es va oferir suport emocional al pacient i a la família.	Anàlisi de la intervenció infermera en un pacient en fase terminal.	<u>RESULTATS:</u> Mitjançant un abordatge multidimensional es va aconseguir el control eficaç del dolor, la millora dels efectes secundaris causats pels opioïdes, la disminució de l'ansietat del pacient i l'acompanyament a la família. Es destaca la importància de la formació i l'educació continuada en cures pal·liatives dins del sector d'infermeria. <u>CONCLUSIÓ:</u> Les intervencions holístiques demostren una gran millora en la qualitat de vida dels pacients.

<i>The Effect of Aromatherapy in the Management of Cancer-Related Pain at the End of Life: A Pilot Study</i> Cullen G., et al. 2023 Article publicat a <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>. Vol. 27, núm. 4, pg. 404-410.	Estudi realitzat a una unitat de cures pal·liatives on es va utilitzar una mostra de quaranta pacients escollits en funció d'uns criteris d'inclusió i d'exclusió. Es va aplicar el tractament d'aromateràpia i es va registrar el nivell de dolor (0-10) que van experimentar els pacients abans i quinze minuts després de l'aplicació de la intervenció. Als pacients que presentaven un dolor localitzat se'ls va aplicar a la zona on manifestaven tenir l'àlgia i als pacients que manifestaven un dolor més generalitzat se'ls va aplicar al pit.	Identificar els efectes pre i post implementació de l'aromateràpia mitjançant el nivell de dolor, la percepció del dolor i l'ús de morfina oral equivalent.	<u>RESULTATS:</u> Després del T-test es va demostrar una diferència estadísticament significativa entre els nivells de dolor detectats pre i post implementació del tractament amb aromateràpia. Es va preguntar als pacients com els havia fet sentir l'aromateràpia i la gran majoria van descriure-ho com una experiència agradable. També es va comparar l'ús d'opioide oral pre i post 24h després de la intervenció on es va detectar una disminució de la dosi, però aquesta no va ser estadísticament significativa. <u>CONCLUSIÓ:</u> Aquest estudi demostra que l'aromateràpia té grans beneficis en la reducció del dolor en pacients amb càncer. D'aquesta manera, des del sector d'infermeria, es pot considerar l'aromateràpia com una estratègia no farmacològica efectiva. A més, també s'ha vist en l'estudi que augmenta el benestar i el confort dels pacients en procés de final de vida.
---	--	--	--

<i>Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study</i> Munkombwe WM., et al. 2020 Article publicat a la revista <i>Journal of Clinical Nursing</i>, Vol. 29, núm. 9-10, pg. 1643-1652.	Entrevistes individuals a una mostra intencional de quinze infermeres per a assegurar la màxima variabilitat d'experiències.	Explorar les experiències i perspectives de les infermeres que ofereixen teràpies no farmacològiques per al maneig del dolor crònic en cures pal·liatives.	RESULTATS: Van emergir 4 categories principals que afavoreixen una atenció individualitzada i un millor maneig del dolor en pacients pal·liatius: • Construcció de relacions terapèutiques basades en la confiança. • Reconeixement de la diversitat de necessitats dels pacients. • Incorporació de persones significatives en el procés. • Identificació de barreres. CONCLUSIÓ: Per aconseguir un maneig adequat del dolor mitjançant estratègies no farmacològiques és fonamental que les infermeres estableixin un vincle terapèutic sòlid amb el pacient i adoptin una actitud receptiva i d'escolta activa. És de rellevant importància proporcionar l'oportunitat de rebre formació especialitzada en cures pal·liatives i en el maneig del dolor per millorar la qualitat assistencial.
<i>Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: A qualitative study capturing nurses' perspectives</i> Gerber K., et al. 2022 Article publicat a la revista científica <i>Collegian (Australian</i>	Entrevistes semiestructurades a vint-i-cinc infermeres de diferents entorns que prescriuen o administraven rutinàriament fàrmacs alleujants dels símptomes a pacients propers al final de la vida a Queensland i Nova Gal·les del Sud.	Examinar les percepcions de les infermeres sobre els obstacles per a un alleujament adequat dels símptomes al final de la vida.	RESULTATS: Es van identificar cinc obstacles per un maneig adequat dels símptomes: • Pors relacionades amb l'alleujament dels símptomes. • Manca de coneixement, experiència i formació. • Creences personals, culturals i religioses. • Manca de comunicació entre els equips mèdics, pacients i famílies. • Barreres institucionals.

College of Nursing), Vol. 29, núm. 1, pg. 1-8.			<u>CONCLUSIÓ:</u> Cal abordar els reptes de l'entorn (accés limitat a medicaments, personal i serveis de cures pal·liatives) i emfatitzar el suport, recursos i formació de les infermeres per proporcionar una millor atenció al final de la vida.
<i>Pain Assessment and Management in Oncological Practice: A Survey from the Italian Network of Supportive Care in Oncology</i> Antonuzzo A., et al. 2025 Article publicat a la revista <i>Healthcare</i>, Vol. 13, núm. 3, pg. 212.	Enquesta via <i>online</i> a 85 professionals sanitaris on s'analitzen les pràctiques dels professionals per tractar els pacients amb càncer i les barreres que poden limitar el control del dolor.	Explorar com els professionals de la salut a Itàlia realitzen el maneig del dolor en pacients amb dolor oncològic, identificant necessitats i mancances per millorar les pràctiques clíniques.	<u>RESULTATS:</u> • Es va detectar que gairebé la meitat dels pacients amb càncer tenien dolor. • Es va detectar una certa variabilitat pel que fa a l'ús de diferents eines d'avaluació del dolor, associades a una manca de coneixement o de formació. • Importància de la individualització del tractament. • Barreres relacionades amb la família, la institució i els professionals de la salut que repercuteixen negativament en el maneig del dolor. <u>CONCLUSIÓ:</u> Es destaca la importància d'educar, tant el personal sanitari com els pacients i cuidadors, per poder evitar les barreres que interrompen el tractament. Cal formar els nous professionals amb les competències bàsiques i els fonaments teòrics pertinents. Es fa èmfasi en l'enfocament multinivell i multidisciplinari del dolor i en la necessitat de millora d'aquest.

Taula 22: Taula de resultats

Font: Elaboració pròpia