



# Aplicabilidad. Barreras. Indicadores para la implementación



# 5. Aplicabilidad. Barreras. Indicadores para la implantación

## Aplicabilidad:

Para facilitar la aplicación de las recomendaciones de la guía y de acuerdo con los principios básicos descritos por NICE<sup>77</sup> se aconseja:

- > **Partir de un claro apoyo y liderazgo por parte de los gestores de la organización en los distintos niveles de asistencia**, para priorizar el abordaje de los problemas de los pacientes en situación terminal y suministrar los recursos necesarios para poner en marcha las recomendaciones de la guía. Para esto, se aconseja difundir esta guía entre las personas clave, resaltando la relevancia que tiene su puesta en marcha y las consecuencias favorables que puede suponer su implantación para las personas en situación terminal y las personas cuidadoras, los profesionales y la calidad del sistema sanitario.
- > **En el ámbito local (centros de salud, hospitales y áreas sanitarias)** se deben constituir equipos multidisciplinares que incluyan clínicos (médicos, enfermeras), personas expertas en metodología, en gestión y conocimiento del entorno local.
- > **El equipo multidisciplinar local debe realizar un abordaje sistemático en la planificación de la implantación de las recomendaciones** que al menos debe incluir:
  - Estudio de la práctica clínica de los profesionales y de los procesos de atención a los pacientes antes de la implantación. Se aconseja recabar y analizar, los datos necesarios de los registros sanitarios sobre estructura, procesos o resultados de la atención sanitaria local.
  - Estudio de barreras y facilitadores en los clínicos, pacientes y personas cuidadoras, entorno social y en la organización sanitaria. Se aconseja utilizar técnicas cualitativas como entrevistas y/o grupos focales de personas a los que afectan las recomendaciones. También se aconseja utilizar técnicas de consenso como la técnica Delphi o el método Rand para lograr la participación y el consenso del mayor número de profesionales posible (Anexo 6).
  - Elección de estrategias de actuación acordes con las barreras detectadas y el conocimiento científico de la efectividad de las mismas, teniendo en cuenta los posibles costes de aplicar las recomendaciones. Se aconseja adaptar las estrategias a las barreras detectadas y elegir las de mayor efectividad de acuerdo con estudios de referencia como los del grupo EPOC<sup>78</sup> (Anexo 6).

- Diseño de la evaluación de la implantación de la guía, con indicadores de proceso y resultado y de los posibles cambios a realizar en los registros clínicos y/o electrónicos. Su objetivo es permitir la monitorización y mejora continua de las acciones que se necesitan para poner en marcha las recomendaciones. Se aconseja asesorarse por expertos en comunicación y tecnologías de la información y buscar la participación e implicación de los profesionales a los que la guía va dirigida.
- Aspectos de comunicación, formación en competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) y recursos materiales necesarios para cambiar la práctica clínica y mantener dicho cambio dentro de las rutinas y procesos establecidos en la organización sanitaria. Se aconseja incluir en la formación continuada de los profesionales, en los materiales de información a los ciudadanos y en los objetivos de los acuerdos de gestión aspectos relacionados con las recomendaciones de la guía.
- Pilotaje de la implantación de la guía. Antes de la puesta en marcha de la implantación de la guía en el SSPA, está previsto realizar un estudio de investigación en un grupo de hospitales y centros de salud, que servirá de pilotaje para la implantación posterior de la guía en el conjunto del SSPA, que permitirá detectar barreras y facilitadores locales, diseñar las modificaciones a incorporar en los sistemas de registros, conocer el impacto de la implantación de la guía y realizar los ajustes y mejoras necesarios.

## **Posibles barreras y facilitadores para la implantación de esta guía**

En el entorno local pueden existir barreras en algunos profesionales por desconocimiento de cómo hacer un uso más seguro de los opioides, de la existencia de variabilidad inadecuada, de las preferencias de los pacientes o del coste de las diferentes opciones.

También pueden estar presente: falta de habilidad en el manejo de los opioides, temores o mitos en el manejo de los mismos, que dificulta su uso.

Los datos de prescripción de estos fármacos en España<sup>13</sup> indican que la prescripción de morfina es mucho menor que la de fentanilo transdérmico, en comparación con otros países europeos, lo que puede indicar una preferencia distinta de los profesionales frente a lo que se recomienda en esta guía. Aunque dichos datos no traducen la prescripción específica a los pacientes en situación terminal, se debe resaltar que aunque la calidad de la evidencia es débil, está a favor del uso de la morfina frente a fentanilo para iniciar el tratamiento con opioides en estos pacientes y que organizaciones de referencia como la OMS y las guías de práctica clínica de calidad recomiendan la morfina como el fármaco de elección por su seguridad y eficacia.

De igual manera en los pacientes, en sus cuidadores y en la sociedad en general, puede existir falta de información respecto a alguno de estos fármacos y temores o mitos respecto a que les puedan provocar efectos adversos graves, tolerancia o dependencia, o se de que se pueda dar un uso inadecuado o fraudulento de los mismos, se recomienda realizar una información veraz, sencilla y sin jergas sobre los distintos opioides a utilizar con suficientes garantías de seguridad para que estas personas entiendan los objetivos que se buscan, los beneficios a obtener con el tratamiento y los procedimientos para evitar las consecuencias no deseadas, pudiendo poner en marcha sus valores y preferencias para utilizar o no los distintos fármacos para el alivio de sus padecimientos.

En los gestores de la atención sanitaria a nivel local, pueden existir dificultades a aplicar las recomendaciones en relación con falta de priorización de los problemas que aborda la guía, dificultades de poner en marcha cambios en los sistemas de registro, dificultades legales y organizativas para la prescripción, la custodia y vigilancia de la prescripción de los opioides o falta de percepción de un balance favorable coste-efectividad de la puesta en marcha de las recomendaciones, el compromiso de los gestores a nivel autonómico y nacional en abordar el problema de los pacientes en situación terminal, su abordaje a través de leyes y normativas, planes integrales, procesos asistenciales integrados y su inclusión como objetivos en contratos programas o acuerdos de gestión, y el hecho desde el desarrollo a nivel regional de esta guía, pueden facilitar que los gestores locales en general y del SSPA en particular, puedan contribuir de forma decidida a la aplicación de las recomendaciones.

En las guías y revisiones evaluadas no hemos encontrado datos concluyentes sobre costes, no obstante el grupo opina que la aplicación de las recomendaciones de la guía debe suponer, de forma global, una reducción de los mismos.

## Criterios e indicadores clave para la evaluación

---

- 1) Los pacientes en situación terminal, con dolor moderado o intenso, deben tener prescrito el opioide adecuado.
- 2) Los pacientes en situación terminal con dolor moderado o intenso, deben tener prescrito morfina oral, salvo causa justificada.
- 3) Los pacientes en situación terminal, con disnea no controlada deben tener prescrita morfina oral o parenteral.
- 4) Los pacientes en situación terminal que no pueden tomar o no toleran la morfina oral, deberán estar tratados con oxiconona, hidromorfona, fentanilo, o morfina SC.
- 5) Los pacientes en situación terminal, en tratamiento con un opioide, que sufran efectos adversos a este, deberán haber sido considerados para rotación de opioide, y/o tratamiento específico de estos efectos.
- 6) Los pacientes en situación terminal a los que se prescribe inicialmente un opioide, deben ser tratados simultáneamente, con medidas para prevenir el estreñimiento: dieta rica en residuos y laxantes.
- 7) Los pacientes en situación terminal a los que se prescribe inicialmente un opioide, deben tener prescrita simultáneamente tratamiento de rescate.
- 8) Los pacientes a los que se les reduce la dosis del opioide prescrito, deben ser valorados individualizadamente para evitar reaparición del dolor, dependencia y síndrome de abstinencia.
- 9) Los opioides fuertes son de elección en el tratamiento del dolor intenso, y moderado no controlado, de los pacientes en situación terminal. El uso relativo de opioides fuertes respecto del total de analgésicos debe tender a aumentar.
- 10) La morfina oral es el opioide de primera elección. Su uso relativo, respecto al total de opioides mayores, debe tender a aumentar.