

1

“No hacer” en farmacia hospitalaria

Alicia Herrero Ambrosio
Miguel Ángel Calleja Hernández
Ana Clopés Estela
Olga Delgado Sánchez
Guadalupe Piñeiro Corrales
José Luis Poveda Andrés



Alicia Herrero Ambrosio

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Miguel Ángel Calleja Hernández

Jefe del Servicio de Farmacia. Hospital Virgen Macarena de Sevilla.
Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Ana Clopés Estela

Direcció de Suport a l'Assistència. Institut Català de la Salut.
Direcció Política del Medicament. Institut Català d'Oncologia.

Olga Delgado Sánchez

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma.

Guadalupe Piñeiro Corrales

Jefe de Servicio de Farmacia. Area de Xestión Integrada Vigo. Vigo.

José Luis Poveda Andrés

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.

Índice

1. Introducción
2. *Do Not Do*
3. Desprescripción
4. *Tackling Wasteful Spending on Health*
5. *Making prudent healthcare happen*
6. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España
7. Propuesta de “no hacer” en farmacia hospitalaria
8. Bibliografía

1. Introducción

La búsqueda de la eficiencia y la calidad en nuestras actuaciones en el ámbito sanitario es una necesidad cada vez más creciente debido a la amplia gama de posibles actuaciones que tenemos en nuestras manos para mejorar la salud de los pacientes. No obstante, esta disparidad de actuaciones ha llevado a considerar que no todas pueden ser necesarias o aportar valor al proceso del paciente, y es esta búsqueda del valor lo que ha impulsado en los últimos años campañas centradas en reducir todo aquello que no supone un beneficio e incluso puede ser perjudicial en el ámbito sanitario.

Existen campañas conocidas en este sentido, como *Choosing Wisely*, principalmente centrada en informar al paciente sobre las posibilidades que tiene en las actuaciones relacionadas con su salud, o *Do Not Do*, dirigida a los profesionales sanitarios, con difusión de recomendaciones de no hacer o prácticas clínicas que no aportan valor. Otra de las iniciativas internacionales es *Making prudent healthcare happen*, en Gales, que ha sido diseñada para explicar algunos de los conceptos clave que están detrás de un uso prudente de los recursos sanitarios.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha publicado un interesante libro para evitar el despilfarro en los sistemas sanitarios, con el título *Tackling*

Wasteful Spending on Health, que incluye un apartado específico sobre el uso de medicamentos.

Asimismo, existen otros movimientos relacionados con el uso de medicamentos, como la desprescripción (*deprescribing*). En este sentido, la revista *European Journal of Hospital Pharmacy* ha publicado un número con experiencias llevadas a cabo en diversos países europeos.

En España se puso en marcha, en 2013, el proyecto *Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España*, coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Sociedad Española de Medicina Interna y GuíaSalud, con el objetivo de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias y para acordar recomendaciones de "no hacer" basadas en la evidencia científica. Diferentes sociedades científicas han consensuado estas recomendaciones que van dirigidas a los profesionales sanitarios.

Describiremos brevemente las iniciativas anteriores en sus aspectos relacionados con el uso de los medicamentos y finalizaremos con aquellas propuestas que consideramos que podrían formar parte de las iniciativas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) dentro de la iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. Do Not Do

Do Not Do es una iniciativa del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) que comenzó en el año 2007. Durante el proceso de desarrollo de las guías clínicas, los asesores independientes del NICE identifican prácticas clínicas que recomiendan suspender por completo o no utilizar de forma sistemática. Esto puede deberse a la existencia de nueva evidencia que establece que la práctica clínica que se lleva realizando no aporta beneficios o a la falta de evidencia para apoyar un uso continuado. Las recomendaciones se obtienen de las distintas guías actualizadas o sustituidas si una nueva guía es publicada. Las recomendaciones están en una base de datos de acceso libre, donde además de la propia recomendación se encuentra información adicional sobre la intervención a realizar, el tema, la guía de donde procede y otras recomendaciones para la misma guía. En el año 2016 se han publicado 550 recomendaciones *Do not Do*, la gran mayoría de ellas relacionadas con la utilización de medicamentos de forma concreta, que surgen de la revisión que se lleva a cabo para evaluar su autorización en el *National Health System británico*¹.

Dentro de estas recomendaciones, en la base de datos del NICE se puede elegir también por *Key Therapeutic Topic* (KTT) y podemos acceder a recomendaciones relacionadas con el uso apropiado de medicamentos de forma

general. Sirvan de ejemplo las recomendaciones de 2016 y de enero de 2017:

- KTT15: *Biosimilar medicines.*
- KTT16: *Anticoagulants, including non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs).*
- KTT17: *Acute kidney injury (AKI): use of medicines in people with or at increased risk of AKI.*
- KTT18: *Multimorbidity and polypharmacy.*
- KTT19: *Psychotropic medicines in people with learning disabilities whose behaviour challenges.*
- KTT20: *Safer insulin prescribing.*
- KTT21: *Medicines optimisation in long-term pain.*

Asimismo, existe otro tipo de búsqueda, por *QP Case Study*, con 13 recomendaciones publicadas en el año 2016, tres de ellas de gran implicación en el ámbito de la farmacia:

- *Improving and maintaining medicines reconciliation on admission.*
- *Medicines optimisation peer review: improving prescribing and lowering costs.*
- *Medicines management assistants: to reduce medicine wastage.*

3. Desprescripción

El término "desprescripción" no tiene una definición exacta, pero en el ámbito del medicamento podríamos utilizar la de Gavilán *et al.*²: "el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros".

La finalidad de la desprescripción es reconsiderar la prescripción desde el principio, y aunque esta práctica puede aplicarse a los pacientes independientemente del número de fármacos que toman, adquiere especial relevancia en los polimedicados, en aquellos con múltiples transiciones asistenciales y en los pacientes frágiles.

La polimedicación y el uso inapropiado de fármacos se ha convertido en un problema

de salud pública en los países desarrollados, con importantes consecuencias clínicas, éticas y económicas. Por ello, cada vez nos encontramos con más publicaciones sobre este tema, así como con iniciativas encaminadas a favorecer y facilitar esta práctica; también diversas estrategias, sistematizaciones y fases para llevar a cabo la desprescripción sobre los pacientes más susceptibles o las situaciones más aconsejadas. En el número 1, de enero de 2017, de *European Journal of Hospital Pharmacy* podemos encontrar diversas iniciativas llevadas a cabo en este ámbito³.

Existen muchas guías de práctica clínica sobre cómo iniciar los tratamientos con medicamentos, pero muy poca información sobre cuándo y por qué motivos retirarlos.

4. *Tackling Wasteful Spending on Health*

Esta reciente publicación de la OCDE surge debido a que el gasto sanitario está aumentando en todos los países miembros de esta organización. Se considera que una parte considerable de este gasto contribuye de forma mínima a mejorar la salud de la población. Se establece como premisa que los países deberían gastar menos en sanidad y esto no tendría un impacto negativo sobre los indicadores o resultados sanitarios. Esta publicación identifica actividades inefectivas y costosas en los sistemas de salud, analiza sus causas y propone medidas. Asimismo, revisa estrategias puestas en marcha por diversos países para reducir el gasto innecesario, obtener precios más bajos por los suministros sanitarios y disminuir los costes administrativos⁴.

Wasteful se traduce como antieconómico o derrochador, y se consideran como tales: 1) los servicios y procesos que producen daño o no generan beneficio, y 2) los costes que podrían evitarse sustituyéndolos por alternativas más económicas con beneficios idénticos o mejores.

Se consideran tres principales categorías de *wasteful spending*:

- **Cuidados clínicos:** cuando los pacientes no reciben el cuidado apropiado. Incluye servicios duplicados y eventos adversos prevenibles, como cirugía en el lugar equivocado o infecciones adquiridas.
- **Gastos operacionales:** cuando el cuidado clínico podría ofrecerse utilizando menos recursos y manteniendo los beneficios. Como ejemplo incluye medicamentos o dispositivos que se desechan sin ser utilizados, o bien oportunidades perdidas cuando podrían obtenerse precios menores o gastos más bajos en el caso de medicamentos utilizando genéricos y biosimilares, o sustituciones por alternativas terapéuticas de menor coste.
- **Procedimientos administrativos o de adquisición más eficientes:** se refiere a fuentes que no afectan de forma directa a los pacientes y su cuidado. Incluyen el fraude, el abuso y la corrupción, ya que desvían fuentes que deberían ir al cuidado del paciente. Se incluyen también los procedimientos de compra de medicamentos más eficientes.

5. *Making prudent healthcare happen*

Se ha diseñado para explicar algunos de los conceptos clave que están detrás de un uso prudente de los recursos sanitarios. Recoge la visión de profesionales que trabajan para el sistema de salud y también de los usuarios que utilizan estos servicios sociales en Gales. Sus cuatro principios son los siguientes:

1) los profesionales y los usuarios son responsables y socios en este proceso; 2) cuida primero de aquellos con mayores necesidades de salud; 3) haz solo lo que es necesario y no produzcas daño innecesario; y 4) reduce la variación innecesaria a través de la medicina basada en la evidencia.

6. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España

El proyecto *Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España* se puso en marcha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en coordinación y como respuesta a una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna para acordar recomendaciones de "no hacer" basadas en la evidencia científica. Se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efecti-

vidad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias⁵.

Como objetivos secundarios se han marcado los siguientes:

- Evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados.

- Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de los recursos sanitarios.

Cuarenta y ocho sociedades científicas presentaron cinco recomendaciones priorizadas que ayudan a que todos los profesionales, en su práctica habitual, orienten la toma de

decisiones a la no realización de estas intervenciones, contribuyendo con ello a la mejora de la atención sanitaria y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Se publicaron cinco recomendaciones por parte de cada una de las sociedades científicas que participaron.

7. Propuesta de “no hacer” en farmacia hospitalaria

La SEFH no participó en un primer momento en esta iniciativa, aunque manifestó su intención de unirse en 2017. Sería conveniente poder consensuar unas propuestas entre todos los miembros de la SEFH e identificar aquellas actividades que debemos dejar de hacer y aquellas que debemos potenciar para fortalecer nuestra aportación en el ámbito sanitario. El método idóneo de consenso podría ser el Delphi, y a partir de un número mayor de propuestas poder llegar a consensuar cinco de ellas, que serían enviadas por la SEFH

al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Como punto de partida, y con motivo de la iniciativa de esta monografía, se propuso a la SEFH la posibilidad de hacer una encuesta entre un número representativo de socios, enviarles las siguientes propuestas, votar las cinco que se considerasen más importantes y ordenarlas por importancia. Han votado 56 socios.

Las diez propuestas sometidas a votación fueron las siguientes:

1. No debemos seguir utilizando medicamentos de eficacia clínica incierta, alto impacto económico o problemas de seguridad sin promover estudios de resultados en salud.
2. No dejar de cuestionar la eficiencia de los medicamentos en nuestra actividad evaluadora.
3. No dejar que medicamentos de alto riesgo relacionados con la seguridad del paciente, o medicamentos peligrosos, se utilicen en el hospital sin ser elaborados o protocolizados en los servicios de farmacia.
4. No dispensar la medicación a los pacientes externos/ambulantes sin una correcta información y atención farmacéutica que aseguren la adherencia.
5. No permitir que la actividad técnica y burocrática prime sobre la clínica relacionada con la atención farmacoterapéutica del paciente.
6. No centrar la investigación y la innovación únicamente en el ámbito interno del servicio de farmacia, sino potenciarla estrechando la colaboración con otros profesionales.
7. No infravalorar la docencia; el futuro de la farmacia hospitalaria depende de la docencia que ofrecemos a nuestros alumnos y residentes.
8. Dejar de considerar el tratamiento agudo hospitalario y el crónico del paciente de forma separada, revisando el tratamiento crónico al alta hospitalaria.
9. Dejar de controlar los procesos relacionados con el medicamento de forma manual. Implantar el uso de la tecnología en la protocolización, la validación, la preparación y la dispensación de medicamentos.
10. Dejar de valorar y validar un tratamiento farmacológico sin tener acceso a los datos clínicos y analíticos del paciente.

Las propuestas que más votos han recibido y su orden de prioridad nos hacen incluir una sexta propuesta, ya que habiendo recibido

menos votos que las anteriores, en 24 ocasiones es considerada como primera prioridad (Tabla 1):



Tabla 1

- **No debemos seguir utilizando medicamentos de eficacia clínica incierta, alto impacto económico o problemas de seguridad sin promover estudios de resultados en salud.**

47 votos y considerada como prioridad uno en 47 ocasiones.

- **No dejar que medicamentos de alto riesgo relacionados con la seguridad del paciente, o medicamentos peligrosos, se utilicen en el hospital sin ser elaborados o protocolizados en los servicios de farmacia.**

37 votos y considerada como prioridad uno en 26 ocasiones.

- **Dejar de considerar el tratamiento agudo hospitalario y el crónico del paciente de forma separada, revisando el tratamiento crónico al alta hospitalaria.**

33 votos y considerada como prioridad uno en 20 ocasiones.

- **No dispensar la medicación a los pacientes externos/ambulantes sin una correcta información y atención farmacéutica que aseguren la adherencia.**

31 votos y considerada como prioridad uno en 19 ocasiones.

- **Dejar de controlar los procesos relacionados con el medicamento de forma manual. Implantar el uso de la tecnología en la protocolización, validación, preparación y dispensación de medicamentos.**

33 votos y considerada como prioridad dos en 19 ocasiones.

- **Dejar de valorar y validar un tratamiento farmacológico sin tener acceso a los datos clínicos y analíticos del paciente.**

24 votos y considerada como prioridad uno en 24 ocasiones.

7.1. Ideas clave de los resultados

Podríamos considerar que las principales ideas que se extraen de esta encuesta reflejan las preocupaciones de los farmacéuticos de hospital en los siguientes ámbitos:

- Criterios de efectividad, seguridad y eficiencia orientas a resultados en salud.
- Seguridad del paciente.
- Continuidad asistencial en los tratamientos farmacoterapéuticos.
- Información y atención farmacéutica en los pacientes externos.
- Implantación de tecnología y sistemas de información como apoyo a nuestras actividades.

8. Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence. Do not do recommendations. (Consultado el 20 de marzo de 2017.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection>
2. Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L, Villafaina Barroso A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. FMC. 2013;20:22-6.
3. European Journal of Hospital Pharmacy. 2017;24(1).
4. OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing; 2017. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en
5. Making prudent healthcare happen. (Consultado el 20 de marzo de 2017.) Disponible en: www.prudenthealthcare.org.uk
6. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 20 de marzo de 2017.) Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sssc.htm