

# Mejora de la Adherencia colaborativa en el ámbito de la atención primaria Documento de consenso sobre el uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD)

Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC)  
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)  
Fundación Viatris para la Salud

**SEFAC** Sociedad Española de Farmacia  
Clínica, Familiar y Comunitaria

**SEFAC**

Sociedad Española de Farmacia  
Clínica, Familiar y Comunitaria

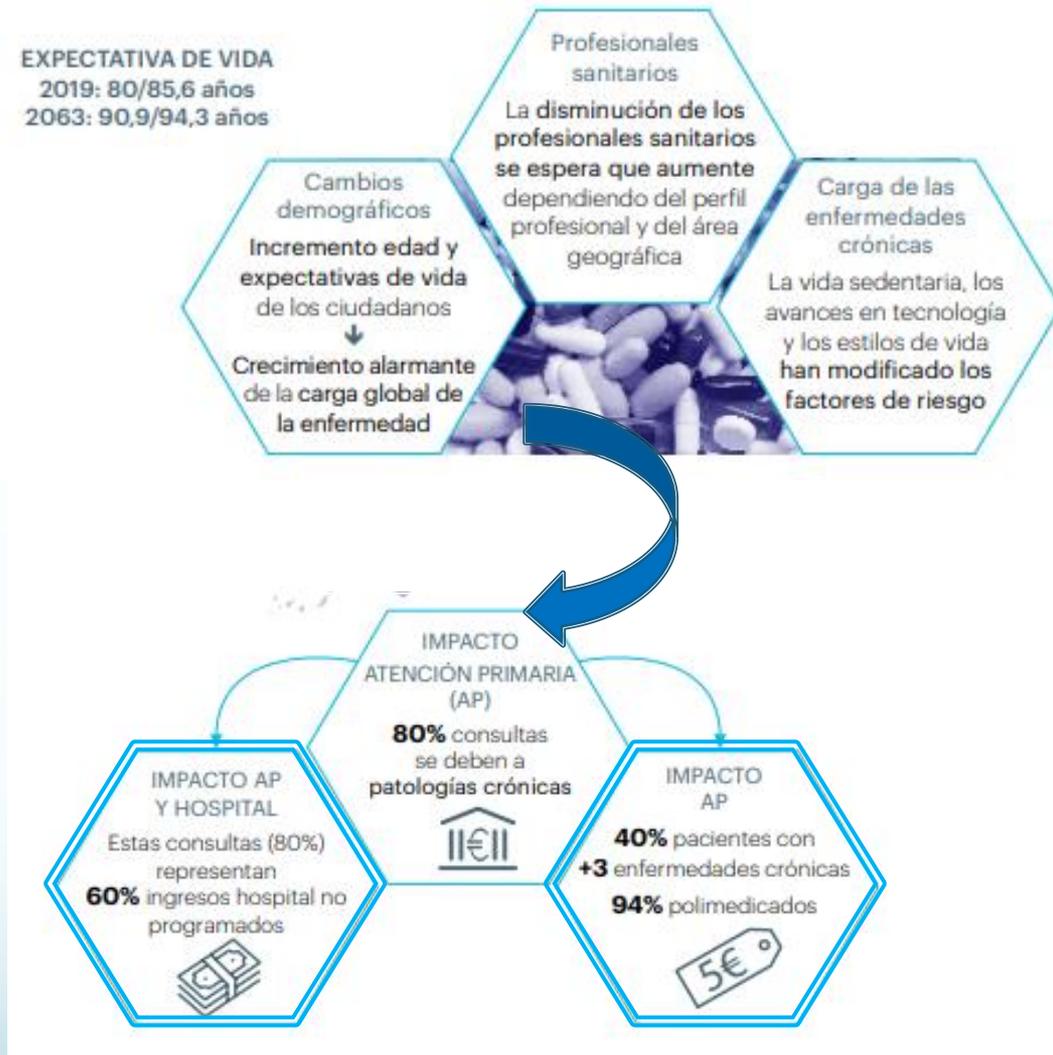


# Retos de los Sistemas de Salud

**La falta de adherencia a patologías crónicas es relevante en la práctica clínica.....**

En un contexto de:

- Incremento de las expectativas de vida
- Envejecimiento
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas
- Menor número de profesionales en determinadas zonas de nuestra geografía

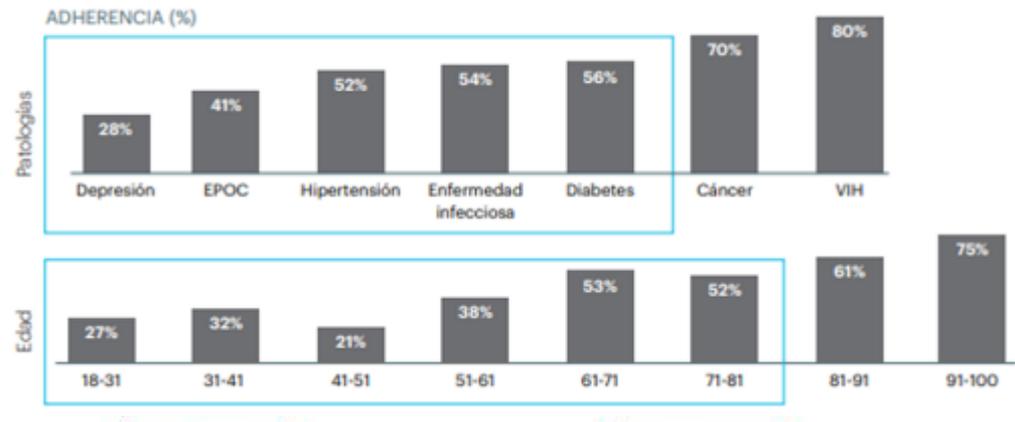


# Retos de los Sistemas de Salud

Y el Impacto clínico es aún más importante

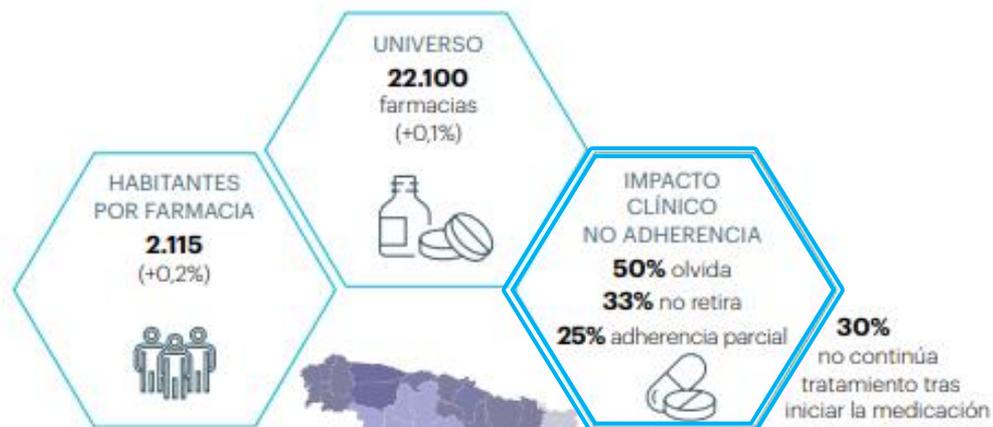
En función de patología y edad

Tanto en la no adherencia, como en la discontinuación



# Retos de los Sistemas de Salud

## Y el Impacto clínico de la falta de adherencia es aún más importante



*“la falta de adherencia terapéutica es una de las cuatro causas más prevalentes de fallecimiento en EEUU y se encuentra como la principal causa de ingreso por insuficiencia cardiaca” (CDC, 2002)*

Empeora la calidad de vida de una persona

Impide el control de la enfermedad

Genera una mayor probabilidad de caídas y agravamiento de la patología/de la enfermedad

Puede inducir a la aparición de efectos adversos y/o intoxicaciones

Puede llevar al fallecimiento del paciente

Supone un incremento del gasto en los recursos sanitarios

Tratamientos ineficaces por la aparición de resistencias o favorecer la mayor virulencia de la enfermedad

# Retos de los Sistemas de Salud

La OMS sostiene que “establecer intervenciones relacionadas con **incrementar la efectividad de la adherencia** puede diferencialmente dar lugar a un **mayor impacto en la salud** de la población **que ninguna otra mejora sobre el tipo de tratamientos médicos** específicos utilizados”

“correlación positiva entre una buena adherencia terapéutica y una disminución de la mortalidad” (odd ratio 0,56(0,43-0,74)

Estudio	Buena adherencia terapéutica	Falta de adherencia terapéutica	Odds ratio (aleatorio) (IC 95%)	Peso (%)	Odds ratio (aleatorio) (IC 95%)
<b>Tratamiento farmacológico adverso</b>					
Ensayo de supresión de arritmia cardíaca	23/505	0/69		13,34	6,77 (0,41-112,72)
Proyecto Universitario Grupo Diabetes 1970-1971	26/151	4/53		86,66	2,55 (0,85-7,68)
Total (IC 95%)	656	122		100,00	2,90 (1,04-8,11)
Total eventos: 49 (buena adherencia), 4 (falta de adherencia)					
Test de heterogeneidad: $\chi^2=0,43$ , $gl=1$ , $P=0,51$ , $I^2=0\%$					
Test de efecto global: $z=2,03$ , $P=0,04$					
<b>Tratamiento farmacológico adecuado</b>					
Grupo de investigación de fármacos cardiovasculares 1960	106/708	89/357		12,11	0,54 (0,39-0,74)
Wei et al., 2002	14/272	14/155		2,06	0,55 (0,25-1,18)
Cotter et al., 2004	1/52	1/12		0,15	0,22 (0,01-3,72)
Ensayo con betabloqueantes en el infarto agudo de miocardio (hombres) 1990	14/1009	3/72		0,75	0,30 (0,09-1,15)
Ensayo con betabloqueantes en el infarto agudo de miocardio (mujeres) 1993	11/242	2/23		0,49	0,50 (0,10-2,41)
Wei et al., 2004	24/226	26/160		3,43	0,61 (0,34-1,11)
Ensayo canadiense con amiodone sobre arritmias en el infarto de miocardio 1999	33/445	19/128		3,35	0,46 (0,25-0,84)
San Andrés Rebollo et al., 2004	69/167	300/753		11,39	0,81 (0,59-1,13)
Cohn et al., 2002	8/585	2/41		0,49	0,27 (0,06-1,32)
García de Olalla et al., 2002	156/831	105/388		15,13	0,62 (0,47-0,83)
Grimwade et al., 2005	12/743	27/545		2,56	0,31 (0,16-0,63)
Hogg et al., 2002	62/555	44/327		7,29	0,45 (0,30-0,67)
Faterson et al., 2000	0/23	1/58		0,12	0,82 (0,03-20,75)
Wood et al., 2003	117/1.067	76/355		12,04	0,45 (0,33-0,62)
Estudio médico de Salud 1994	80/6.808	102/4.996		14,80	0,57 (0,43-0,77)
Estudio de prevención en la zona occidental de Eucasia 1997	66/2.435	40/967		7,50	0,58 (0,39-0,86)
Howell et al., 2004	24/654	14/215		2,65	0,55 (0,28-1,08)
Mura et al., 2001	17/218	32/213		3,15	0,48 (0,26-0,89)
Dobbelts et al., 2004	9/84	2/17		0,46	0,90 (0,18-4,59)

Estudio	Buena adherencia terapéutica	Falta de adherencia terapéutica	Odds ratio (aleatorio) (IC 95%)	Peso (%)	Odds ratio (aleatorio) (IC 95%)
<b>Tratamiento farmacológico adverso</b>					
Total (95% IC)	17.354	9.802		100,00	0,55(0,49-0,62)
Total eventos: 832 (buena adherencia), 898 (falta de adherencia)					
Test de heterogeneidad: $\chi^2 = 14,34$ , $gl=18$ , $P=0,71$ , $I^2=0\%$					
Test de efecto global: $z=10,54$ , $P<0,0001$					

# Retos de los Sistemas de Salud

La OMS sostiene que “establecer intervenciones relacionadas con **incrementar la efectividad de la adherencia** puede diferencialmente dar lugar a un **mayor impacto en la salud** de la población **que ninguna otra mejora sobre el tipo de tratamientos médicos** específicos utilizados”

Estudio	Buena adherencia terapéutica	Falta de adherencia terapéutica	Odds ratio (aleatorio) (IC 95%)	Peso (%)	Odds ratio (aleatorio) (IC 95%)
<b>Tratamiento farmacológico adverso</b>					
Ensayo de supresión de arritmia cardíaca	23/505	0/69		13,34	6,77 (0,41-112,72)
Proyecto Universitario Grupo Diabetes 1970-1971	26/151	4/53		86,66	2,55 (0,85-7,68)
Total (IC 95%)	656	122		100,00	2,90 (1,04-8,11)
Tota eventos: 49 (buena adherencia), 4 (falta de adherencia)					
Test de heterogeneidad: $\chi^2=0,43$ , $gI=1$ , $P=0,51$ , $I^2=0\%$					
Test de efecto global: $z=2,03$ , $P=0,04$					
<b>Tratamiento farmacológico adecuado</b>					
Grupo de investigación de fármacos cardiovasculares 1980	106/708	88/357		12,11	0,54 (0,39-0,74)
Wei et al., 2002	14/272	14/155		2,06	0,55 (0,25-1,18)
Cotter et al., 2004	1/52	1/12		0,15	0,22 (0,01-3,72)
Ensayo con betabloqueantes en el infarto agudo de miocardio (hombres) 1990	14/1.009	3/72		0,75	0,32 (0,09-1,15)
Ensayo con betabloqueantes en el infarto agudo de miocardio (mujeres) 1993	11/242	2/23		0,49	0,50 (0,10-2,41)
Wei et al., 2004	24/226	26/160		3,43	0,61 (0,34-1,11)
Ensayo canadiense con amiodone sobre arritmias en el infarto de miocardio 1999	33/445	19/128		3,35	0,46 (0,25-0,84)
San Andres Rebollo et al., 2004	69/197	300/753		11,39	0,81 (0,59-1,13)
Cohn et al., 2002	8/585	2/41		0,49	0,27 (0,06-1,32)
García de Olalla et al., 2002	156/831	105/388		15,13	0,62 (0,47-0,83)
Grimwade et al., 2005	12/743	27/545		2,56	0,31 (0,16-0,63)
Hogg et al., 2002	62/955	44/327		7,29	0,45 (0,30-0,67)
Paterson et al., 2000	0/23	1/58		0,12	0,82 (0,03-20,75)
Wood et al., 2003	117/1.067	76/355		12,04	0,45 (0,33-0,62)
Estudio médico de Salud 1994	89/6.608	102/4.396		14,80	0,57 (0,43-0,77)
Estudio de prevención en la zona occidental de Escocia 1997	66/2.435	40/867		7,59	0,58 (0,39-0,86)
Howell et al., 2004	24/654	14/215		2,65	0,55 (0,28-1,08)
Murray et al., 2001	17/218	22/212		2,15	0,48 (0,28-0,82)

	Muertes prematuras debidas a NO adherencia a la medicación	Exceso de gasto sanitario
Europa	200.000	125.000 millones €/año
España	18.400	11.250 millones €/año

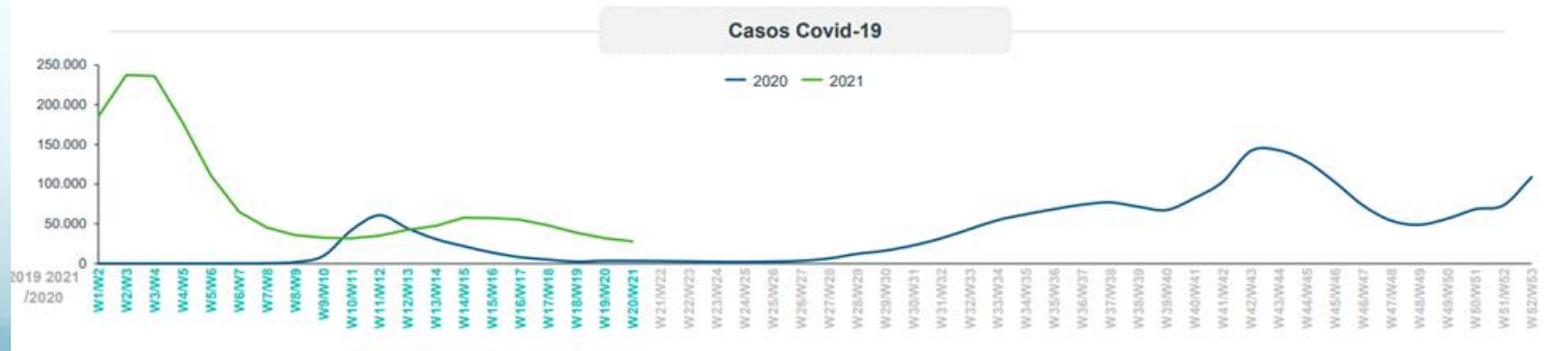
# Retos de los Sistemas de Salud en periodo COVID-19

Adicionalmente, el sobrepeso ha aumentado en nuestras consultas de nutrición en este periodo



## Impacto de la COVID-19

*Evolución de la tercera oleada hasta la semana 18 (del 1 de Enero – 23 de Mayo 2021)*



**Resultados**

- 101 encuestas válidas.
- 76% Servicio de nutrición para **perder peso**
- Diferencia Pre-Post Confinamiento: + **1,63 Kg**
- Aumento de grasa corporal: + **0,94 %**

Logos: SEFAC, SEFAC, SEFAC

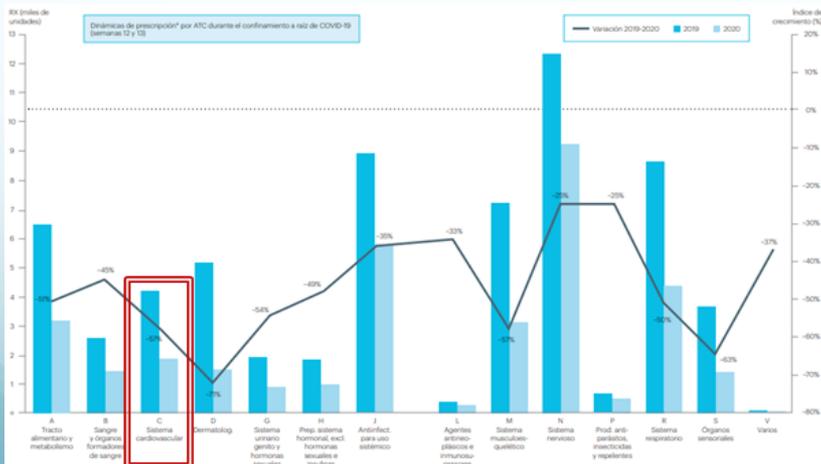
# Retos de los Sistemas de Salud en periodo COVID-19

## Impacto de la COVID-19

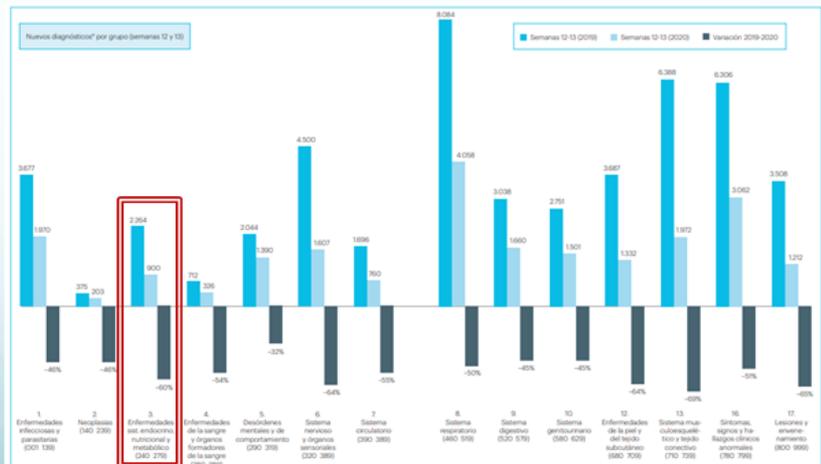
Evolución de la tercera oleada hasta la semana 18 (del 1 de Enero – 23 de Mayo 2021)



### Dinámicas de prescripción\* por ATC durante el confinamiento a raíz de COVID-19 (semanas 12 y 13)



### Nuevos diagnósticos\* por grupo



\* Datos de pacientes (input, dato no proyectado) de las semanas 12 y 13 (semanas afectadas por el confinamiento) para 2019 y 2020. IMAE. Nº de pacientes y 3 regiones. Fuente: El efecto COVID en las dinámicas de prescripción. Evolución del mercado de la farmacia española. Actualización datos abril 2020. IMAE, mayo 2020.

\* Datos de pacientes (input, dato no proyectado) de las semanas 12 y 13 (semanas afectadas por el confinamiento) para 2019 y 2020. IMAE. Nº de pacientes y 3 regiones. Fuente: El efecto COVID en las dinámicas de prescripción. Evolución del mercado de la farmacia española. Actualización datos abril 2020. IMAE, mayo 2020.

# En este contexto, ¿Incorporarían a su arsenal de prescripción una herramienta que tuviera como objetivos?



**Facilita la toma de medicación** de los pacientes de forma **correcta**

**Mejora la adherencia** al tratamiento prescrito

**Preserva la seguridad del paciente** (minimiza errores toma medicamentos)

**Aumenta calidad de vida** de los pacientes y el **control de su enfermedad**

**Reduce aparición complicaciones** relacionadas con medicación

**Minimiza el riesgo de interacciones** potencialmente severas fármaco-fármaco

**Minimiza discrepancias** entre la historia médica farmacoterapéutica del paciente, atención primaria/hospitalaria/ servicios sociosanitarios y ayuda a domicilio

**Ayuda a cuidadores y familiares** en el buen seguimiento de la medicación de los paciente

Ante alerta sanitaria, establece la trazabilidad de los lotes

Identifica las caducidades y los lotes de los medicamentos

**Permite una vida independiente el mayor tiempo posible** en sus domicilios en pacientes que vivan solos

# ÁMBITO DE DESARROLLO Y APLICACIÓN

**Atención primaria:  
Centro de salud y Farmacia Comunitaria**



# OBJETIVO PRINCIPAL



## Mejorar la adherencia a los tratamientos en el ámbito de Atención Primaria

Mediante el conocimiento de los especialistas de atención primaria sobre los sistemas personalizados de dosificación, denominados SPD, que se realizan en las farmacias comunitarias y que mejoran la adherencia al tratamiento de los pacientes.

[https://www.sefac.org/system/files/2021-11/SPD\\_CONSENSO.pdf](https://www.sefac.org/system/files/2021-11/SPD_CONSENSO.pdf)

# OBJETIVOS SECUNDARIOS

- ❑ Protocolizar el uso de SPD entre los profesionales sanitarios de atención primaria: medicina, farmacia y enfermería
- ❑ Mejorar el conocimiento de los especialistas de medicina familiar y comunitaria sobre los SPD



# METODOLOGÍA

- Encuesta
- Documento de consenso
- Difusión



# Encuesta SEMERGEN

¿Conocen que es un SPD?



# Encuesta SEMERGEN

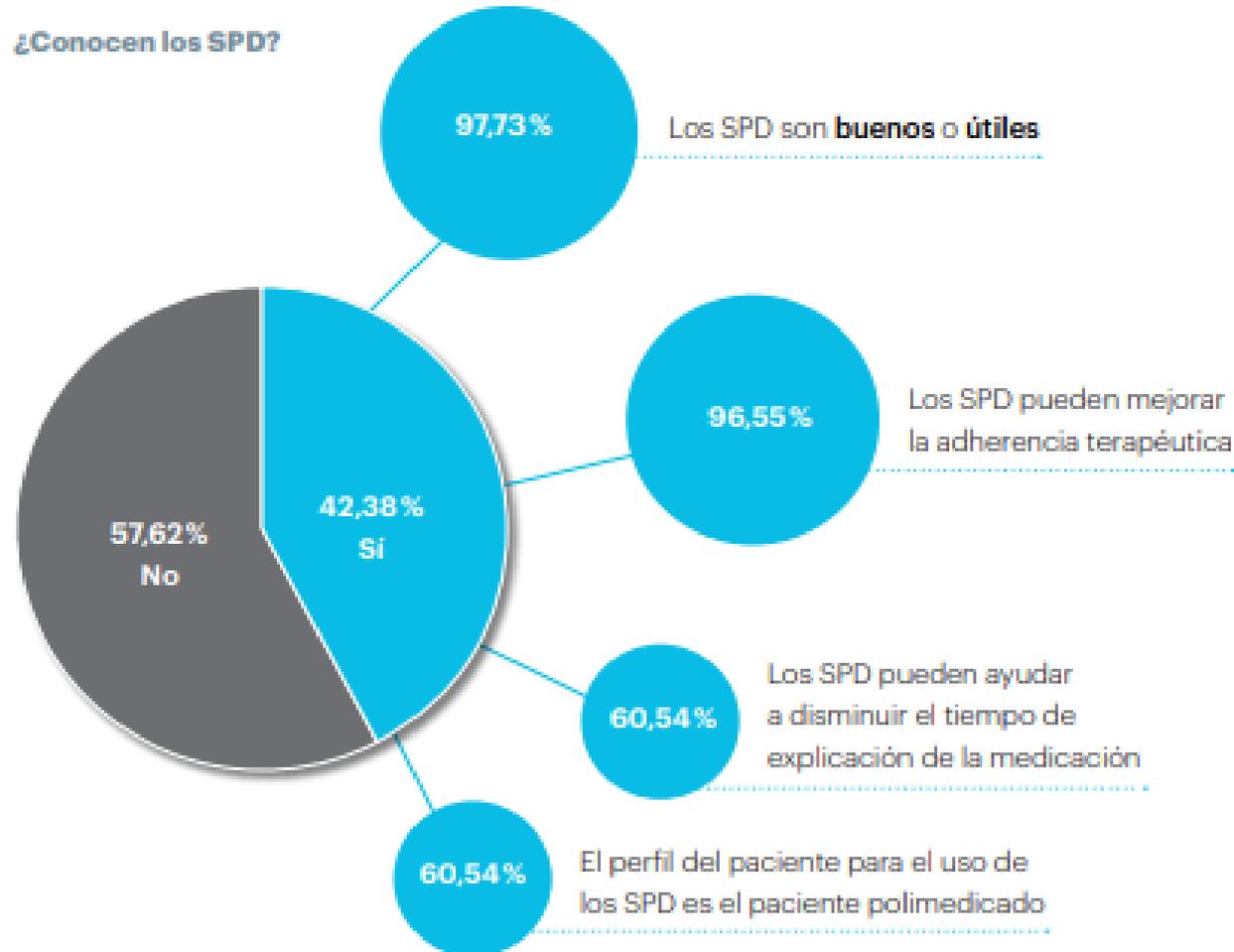


## Encuesta Semergen sobre el uso de SPDs

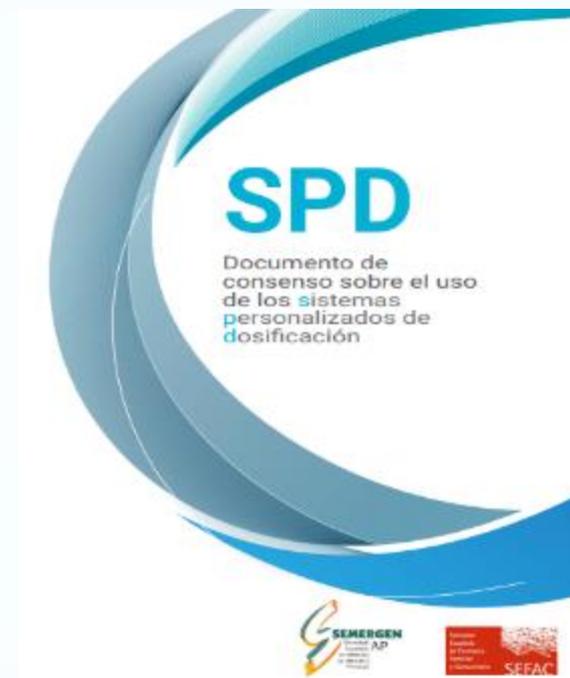
- 479 encuestas
- Edad media participantes 41,89 años
- Experiencia profesional media: 14,45 años



### ¿Conocen los SPD?



# Documento de Consenso: Enlace



[https://www.sefac.org/system/files/2021-11/SPD\\_CONSENSO.pdf](https://www.sefac.org/system/files/2021-11/SPD_CONSENSO.pdf)

# Servicio de Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)

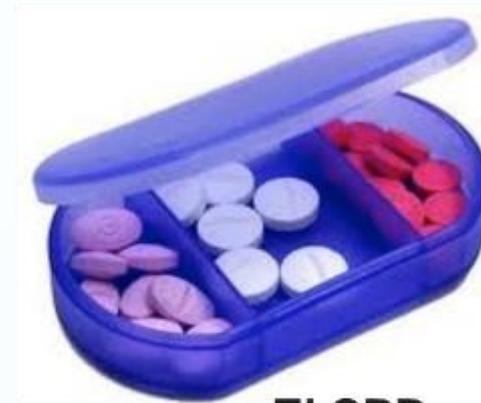
## Servicio post-dispensación

- El paciente recibe la medicación preparada por la farmacia comunitaria
- Bajo la conciliación de la medicación, la supervisión y verificación de un farmacéutico
- En dispositivos tipo blíster con alveolos en los que se distribuye la medicación que toma el paciente, para un tiempo determinado.
- El medicamento en todo momento está identificado



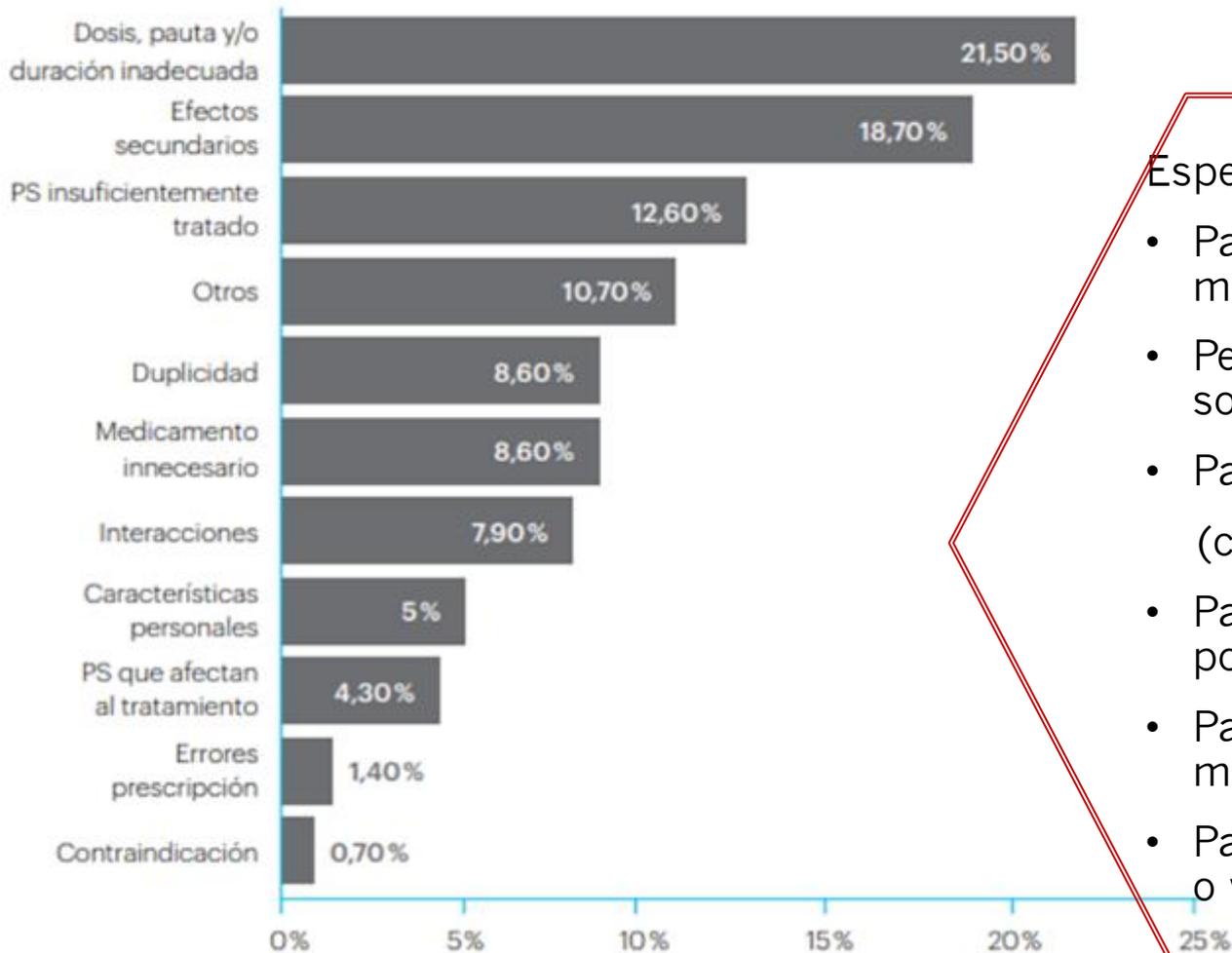
Referencia: video @nausispd, venalink

# SPD: ¿Qué no es?



**El SPD no es un  
pastillero**

# SPD: ¿Para quién es?

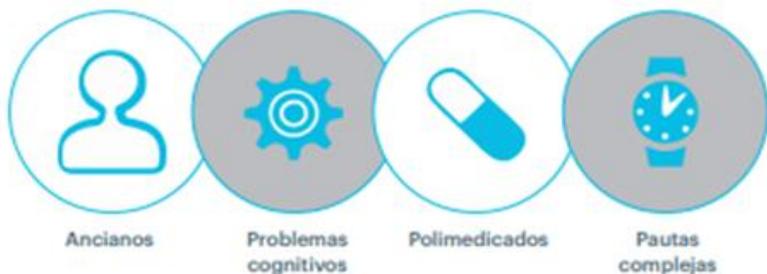


Especialmente indicado para:

- Pacientes con pautas de medicación complejas.
- Personas mayores que viven solas.
- Pacientes que olvidan las tomas (con autonomía reducida).
- Pacientes crónicos polimedicados.
- Pacientes en residencias de mayores.
- Pacientes que dependen de uno o varios cuidadores

# SPD: ¿Para quién es?

Para cualquier paciente que siga un tratamiento con varios medicamentos y necesite ayuda en la organización de sus tomas.



Especialmente indicado para:

- Pacientes con pautas de medicación complejas.
- Personas mayores que viven solas.
- Pacientes que olvidan las tomas (con autonomía reducida).
- Pacientes crónicos polimedicados.
- Pacientes en residencias de mayores.
- Pacientes que dependen de uno o varios cuidadores



# SPD: ¿Cómo funciona?



# SPD: ¿Cómo funciona?



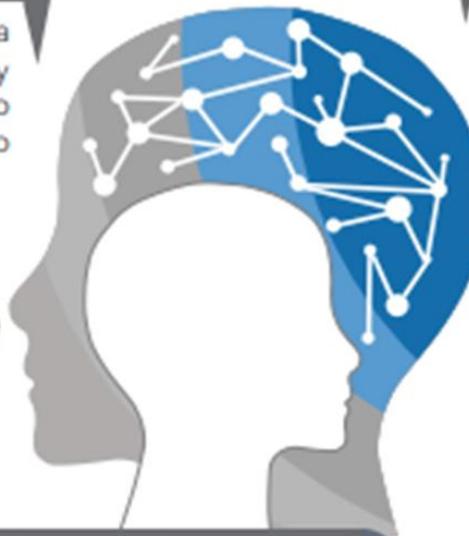
## 01. Instalaciones

- Zona atención personalizada
- Zona preparación y reacondicionamiento
- Zona almacenamiento



## 02. Material elaboración

- Blisters homologados y certificados
- Máquina selladora o rodillo
- Etiquetas



## 03. Material manipulación



- Pinzas
- Guantes
- Mascarillas
- Cubrecabezas
- Fraccionador de comprimidos
- Higrómetro

## 04. Material almacenaje



- Cubeta con las siglas del paciente
- Carpeta

## 06. Otras actividades adicionales del farmacéutico



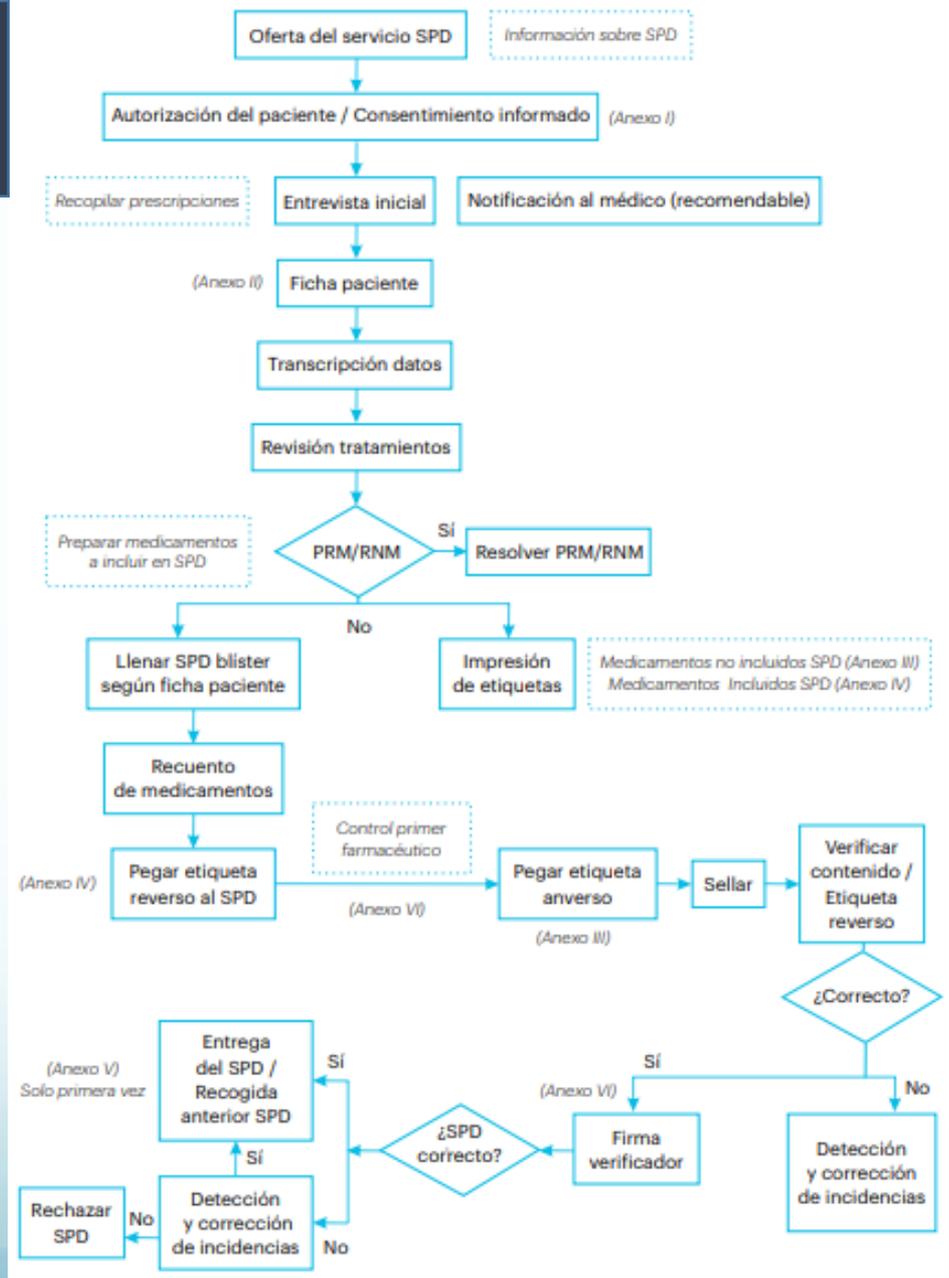
- Información al paciente o responsable
- Conciliación de la medicación con otros profesionales sanitarios
- Si no es primera dispensación, confirmar que no hay cambios

## 05. Documentación



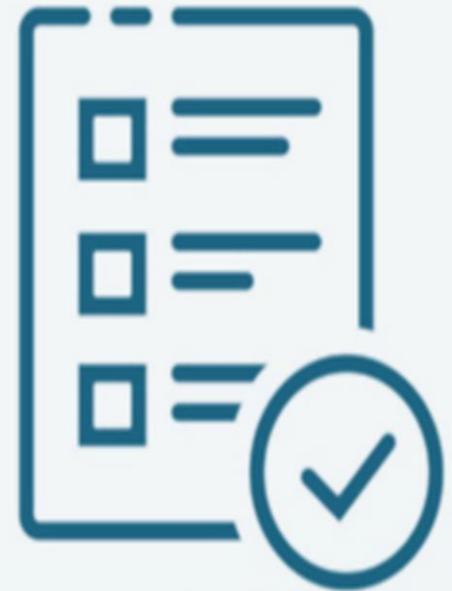
- Ficha del paciente
- Ficha elaboración SPD
- Procedimiento normalizado de trabajo (PNT)
- Bibliografía
- LOPD firmada por el paciente

# SPD: ¿Cómo funciona?



# RESULTADOS

- ❑ La encuesta reflejó un bajo grado de conocimiento de los SPD entre los especialistas de MFYC
- ❑ Entre los que lo conocían era muy valorado y lograba un alto grado de adherencia de los pacientes
- ❑ Se logró un documento de consenso para el uso adecuado de los SPD
- ❑ El documento se presentó en las consejerías de salud y se difundió entre el colectivo médico y farmacéutico
- ❑ Se estableció un soporte desde SEFAC para resolver cualquier duda en relación a su uso en Atención Primaria



# CONCLUSIONES I

- ❑ La falta de adherencia terapéutica es un problema de salud pública en el que todos los profesionales sanitarios debemos trabajar de forma coordinada poniendo en el centro a nuestros pacientes.
- ❑ Los sistemas de salud tienen el reto de desarrollar sistemas que mejoren la adherencia y capaciten a los farmacéuticos para participar de forma activa en el tratamiento de los pacientes.

## CONCLUSIONES II

- ❑ El documento de consenso y el PNT desarrollado junto con las actividades complementarias entre las dos Sociedades:
  - ❑ Ha reforzado la confianza y el conocimiento sobre la manera de trabajar del colectivo farmacéutico en relación con los SPD por parte de los especialistas de atención primaria en un área relevante como es la falta de adherencia terapéutica a medicamentos
  - ❑ El SPD ha demostrado un impacto positivo en la adherencia, la seguridad, calidad de vida de los pacientes y en la sostenibilidad del Sistema de Salud.

