

# IX JORNADAS ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

## Mesa : Innovaciones para la mejora de la adherencia:

### Adherencia, talón de Aquiles en el tratamiento de la Osteoporosis

Cristina Carbonell Abella

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de salud Via Roma. Barcelona



Madrid 16 de Noviembre del 2021

- Conflictos de interés:

- He recibido ayuda para investigación y asistencia a congresos, ponencias y talleres de Amgen, UCB, Stada, Rubio, Gebro.

# Agenda

- Adherencia en procesos crónicos. El caso de la Osteoporosis
- Modelos de colaboración
- Pandemia Covid-19
- Herramientas digitales
- Como lo hemos aplicado en práctica clínica

# ¿Qué repercusiones tiene la mala adherencia? (I)

Los pacientes con buen cumplimiento tienen *menos fracturas*

## Diseño

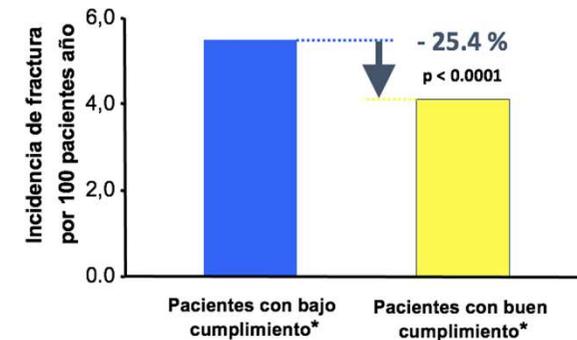
- 11.249 mujeres con OP (registro de base de datos Canadá)
- Fármacos: ALN diario, calcitonina, ETI, RIS diario y THS

## Objetivo:

- Estimar la tasa de fracturas en relación al grado de cumplimiento en el período anterior a la fractura
- Se consideró buen cumplimiento como  $\geq 80\%$

## Resultados:

- 49.4% de los pacientes fueron buenos cumplidores
- Los buenos cumplidores tuvieron menos fracturas: tasa 25.4% menor de fractura ( $p < 0.0001$ )
- Pacientes con historia de fractura tendían a ser mejores cumplidores: 54% vs 48% ( $p < 0.05$ )



\*: Elevado cumplimiento =  $> 80\%$  medicación en el periodo de seguimiento, en función de la medicación dispensada periodicidad en relación a cantidad  
\* Bajo cumplimiento =  $\leq 80\%$  de la medicación

ALN : alendronato

RIS: risedronato

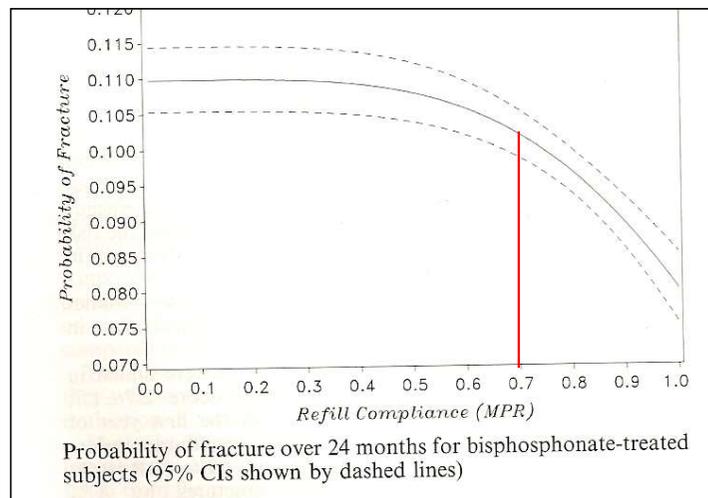
ETI : Etidronato

THS: Tratamiento hormonal sustitutivo

## Repercusiones (II). Relación entre adherencia tratamiento con BF y tasa de fracturas vertebrales y no vertebrales en mujeres con OP

N: 33,537 mujeres >45 años en tratamiento con BF durante al menos 24 meses

El 43% fueron cumplidoras, y el 20% persistentes durante 24 meses.



La probabilidad sufrir una fractura cae de manera más importante cuando el cumplimiento es superior al 70-80%(MPR)

	PERSISTENTE/ CUMPLIDORA	NO PERSISTENTE/NO CUMPLIDORA	P
TOTAL FRACTURAS	284(9,4%)	423 (13%)	<0.001
F. VERTEBRAL	67(2,2%)	141(4,2%)	0.001
F. NO VERTEBRAL	236(7,8%)	326(9,7%)	0.009
F. CADERA	52(1,7%)	96(2,8%)	0,003

Las mujeres con buen cumplimiento presentaron entre un **20-45%** menos de riesgo global de fractura y las que se mantuvieron persistentes, la reducción del riesgo fue de hasta un **29%**.

# REPERCUSIÓN DEL MAL CUMPLIMIENTO (III): Fracturas según el grado de cumplimiento

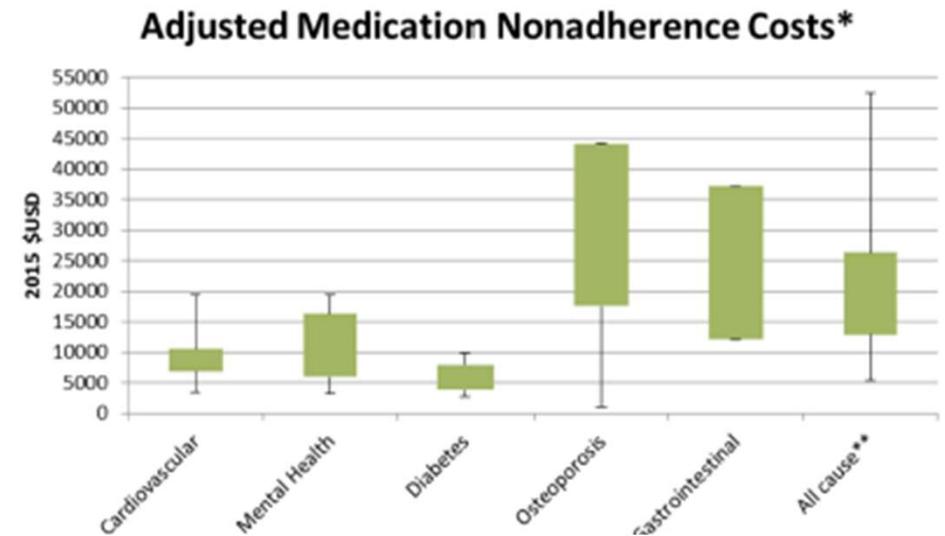
Consecuencias según el grado de cumplimiento (> o < 70% MPR): El número de fracturas tanto vertebrales como periféricas osteoporóticas fue significativamente mayor en los que tenían peor cumplimiento (<70%) en los 12-24 meses tras la fractura índice. También en el periodo hasta 36 meses

	Total Patients (N = 27,905)	MPR (Categorical)			Discontinued (n = 17,243)
		MPR < 70% (n = 16,537)	MPR ≥ 70% (n = 11,368)	P Value <sup>a</sup>	
<b>Index medication, n (%)<sup>b</sup></b>					
Alendronate	15,917 (57.0)	9,192 (55.6)	6,725 (59.2)	<0.001	9,585 (55.6)
Risedronate	6,739 (24.1)	4,070 (24.6)	2,669 (23.5)		4,217 (24.5)
Ibandronate	5,249 (18.8)	3,275 (19.8)	1,974 (17.4)		3,441 (20.0)
MPR within 12-month post-index period, median (SD) <sup>c</sup>	53.5 (35.3)	27.4 (19.4)	91.4 (9.1)	<0.001	30.0 (22.4)
Number of index drug prescriptions within 12-month post-index period, mean (SD)	5.6 (4.3)	4.1 (3.7)	9.2 (3.2)	<0.001	3.1 (2.5)
<b>Index medication treatment patterns during 12-month post-index period</b>					
Discontinued, n (%) <sup>d</sup>	17,243 (61.8)	15,984 (96.7)	1,259 (11.1)	<0.001	17,243 (100.0)
Mean time (days) to discontinuation mean (SD)	95 (77.0)	87 (70.0)	199 (90.0)	<0.001	82 (69.0)
Switched, n (%)	1,168 (6.8)	1,107 (6.7)	61 (0.5)	0.005	1,168 (6.8)
Mean time (days) to switch, mean (SD)	72 (76.0)	64 (66.0)	216 (109.0)	<0.001	53 (60.0)
Restart, n.(%)	4,240 (15.2)	3,495 (21.1)	745 (6.6)	<0.001	4,240 (24.6)
Mean time (days) to restart, mean (SD)	220 (70.0)	218 (78.0)	226 (82.0)	0.019	222 (77.0)
<b>Total fractures within 13- to 24-months post-index period, n (%)</b>	822 (2.9)	547 (3.3)	275 (2.4)	<0.001	573 (3.3)
Dorsal and lumbar	339 (1.2)	235 (1.4)	104 (0.9)	0.001	243 (1.4)
Hip, pelvis, femur, lower forearm, radius/ulna, humerus fracture	372 (1.3)	246 (1.5)	126 (1.1)	0.007	257 (1.5)
Other fracture	165 (0.6)	105 (0.6)	60 (0.5)	0.267	111 (0.6)
<b>Total fractures within 25- to 36-month post-index period, n (%)</b>	1,035 (5.5)	659 (6.0)	376 (4.8)	<0.001	686 (6.0)
Dorsal and lumbar	425 (2.3)	279 (2.5)	146 (1.9)	0.002	287 (2.5)
Hip, pelvis, femur, lower forearm, radius/ulna, humerus fracture	484 (2.6)	307 (2.8)	177 (2.3)	0.028	320 (2.8)
Other fracture	215 (1.1)	125 (1.1)	90 (1.2)	0.945	130 (1.1)

**BMJ Open** Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review

**Objetivo:** Determinar el impacto económico de la falta de adherencia en diferentes patologías. **Revisión sistemática.** Los principales indicadores para medir costes fueron el coste sanitario total (83% estudios), costes de farmacia(70%), hospitalización (46%), ambulatorios (50%) y otros.

**Conclusión** La falta de adherencia a la medicación supone una **importante carga económica** para los sistemas sanitarios. La investigación actual que evalúa el impacto económico de la falta de adherencia a la medicación es limitada y de calidad variable, y no proporciona hoy por hoy datos para promover políticas sanitarias. Sin embargo, la correlación entre la falta de adherencia y el aumento de la prevalencia de la enfermedad debería servir para informar a los responsables políticos y ayudar a evitar evitar costes evitables para el sistema sanitario.



## ¿CUAL ES EL GRADO DE CUMPLIMIENTO Y PERSISTENCIA EN DIFERENTES PAISES?

Francia<sup>1</sup>; 2419 pacientes incluidos , mayoría con BF semanales (53,7% ) y otros fármacos diarios (33,9%). Al año persistencia del **34%**, (37%BFs, 34% RLX, 16% RE)

Alemania. 2004-2007; 4147 mujeres; persistencia **27.9%** (1a)y **12.9%**,(2a) . Duración media tto con BF 145,5 días

Canadá<sup>3</sup>: Prescripciones entre 1996-2009. Elegibles: 451,113 pacientes que inician BF; edad media 75.6 años; duración media tratamiento 4.7 años. Persistencia **63% (1a)** , **46% (2a)** y **12% (9a)**

Uk<sup>4</sup>: Datos de GPRD entre 1995- 2008. Elegibles 66,116 mujeres. Persistencia a los 6 meses del **44%** y del **32%**(1a), **16%** (3a)and **9%** (5a)

1.Euro J Endocrinol 2012 ;166:735-41;2. Osteoporos Int 2012 23(1):223-31; 3.Menopause 2012;19(1):33-40;4. Osteoporos Int (2012) 23:1075-1082

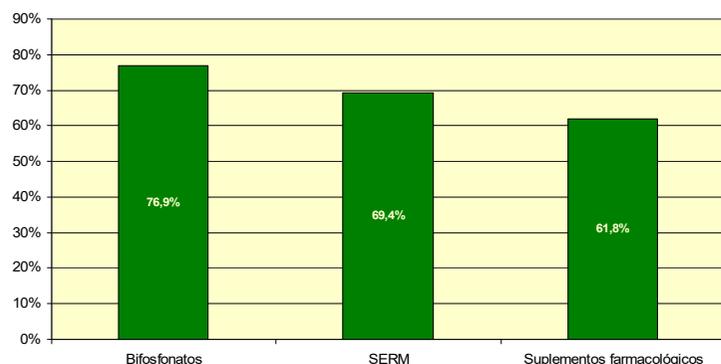
# Según el método de evaluación disparidad de resultados

Evaluar el cumplimiento terapéutico de mujeres tratadas con antiresortivos con o sin suplementos de calcio y/o vitamina D atendidas en distintos niveles asistenciales.

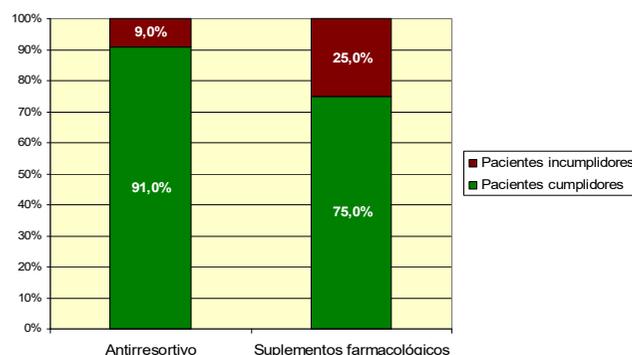
*Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*  
 Vol. 19, No. 1, PP. 89-95  
 DOI: 10.1097/gme.0b013e318223bd6b  
 © 2012 by The North American Menopause Society

Observational study of treatment compliance in women initiating antiresorptive therapy with or without calcium and vitamin D supplements in Spain

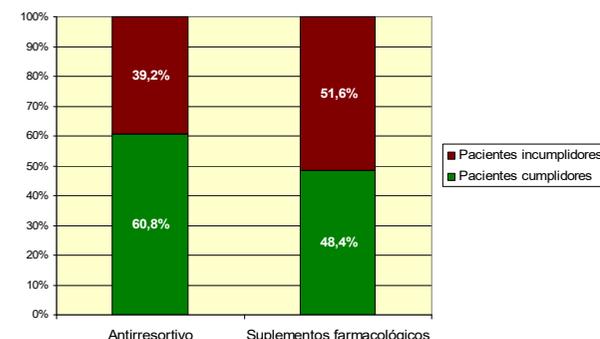
Adolfo Díez, MD, PhD,<sup>1</sup> Cristina Carbonell, MD,<sup>2</sup> Joaquín Calaf, MD,<sup>3</sup> María Teresa Caloto, PhD, MS,<sup>4</sup> and Gonzalo Nocea, MS<sup>4</sup>



Cumplimiento objetivo (MPR ≥ 80%)



Autocomunicado Cumplidoras ≤ 2 tomas



Morisky-Green

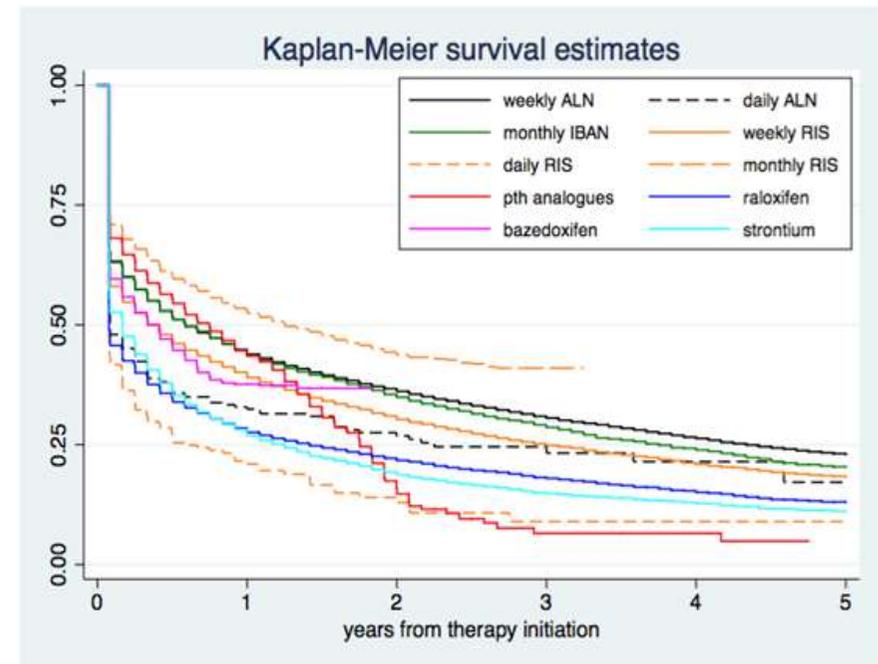
# ¿Y EN NUESTRO MEDIO? Persistencia Tratamiento Anti- OP

Objetivo: comparar persistencia de los distintos fármacos antiosteoporóticos a 5 años

Analizamos al tasa de discontinuación la o cambio a alternativa durante 5 años de seguimiento.

Lo comparamos con ALN semanal. Ajustado por factores de confusión : edad, sexo, antec de fractura , índice de co-morbilidad de Charlson, GC, IA, tabaco , alcohol y IMC

Identificamos 124.827pacientes que habían iniciado tratamiento anti-OP entre 1/1/2007 y 30/06/2011. El fármaco más prescrito era ALN semanal (N=55.117). Persistencia a los 5 años era muy baja y variable entre 26.7% (RIS mensual) a 9.3% (Ranelato Estroncio)



# One and two-year persistence with different anti-osteoporosis medications: a retrospective cohort study

## Objetivo:

Estimar la persistencia a 1 y 2 años y el riesgo de interrupción con cada uno de los tratamientos farmacológicos disponibles en Atención Primaria para la Osteoporosis Postmenopáusica en Cataluña en un periodo de 2 años, utilizando datos de mundo real.

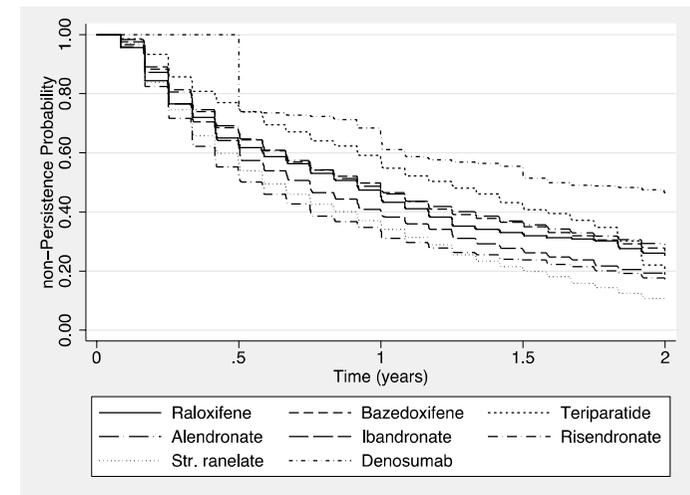
Estudio de cohorte poblacional a partir de los datos recogidos de manera sistemática en el registro historia clínica electrónica (SIDIAP)

	1 year				2 years			
	n	%	95% CI	N	n	%	95% CI	N
Overall	9060	47.02	46.32, 47.73	19267	5087	26.40	25.78, 27.03	19267
Raloxifene	208	45.22	40.6, 49.89	460	117	25.43	21.52, 29.67	460
Bazedoxifene	443	48.47	45.18, 51.76	914	245	26.81	23.96, 29.80	914
Teriparatide	351	57.54	53.51, 61.5	610	115	18.85	15.82, 22.19	610
Alendronate	5223	47.75	46.81, 48.69	10938	3159	28.88	28.03, 29.74	10938
Ibandronate	450	40.36	37.46, 43.31	1115	214	19.19	16.92, 21.63	1115
Risedronate	328	33.4	30.45, 36.45	982	169	17.21	14.90, 19.72	982
Strontium ranelate	872	35.8	33.89, 37.74	2436	251	10.30	9.12, 11.58	2436
Denosumab	1183	65.8	63.55, 67.99	1798	817	45.44	43.12, 47.77	1798

n: number of persistence patients; %: percentage of persistence patients over N; 95% CI: binomial exact 95% confidence interval; N: number of patients-drug-frequency.

## Persistencia al año y a los 2 años

La persistencia más alta a los 2 años, era para la mayoría inferior al 30%, solamente denosumab fue del 45,44% (IC 95% 43,12-47,77) y el segundo alendronato 28,88% (IC95% 28,03-29,74)



¿Cómo podemos  
mejorar?



# Diferentes revisiones que pretenden evaluar intervenciones efectivas para mejorar la adherencia

## Revisión Cochrane 2014: Intervenciones para mejora toma de fármacos y adherencia

- Evaluar efecto de intervenciones para mejorar la adherencia. Muy heterogéneos, análisis cualitativo. Se incluyeron 109 publicados después de la revisión del 2007. Intervenciones complejas con educación intensiva, asesoramiento entrevista motivacional por todos PS.
- Los métodos **son complejos y poco eficaces**, se necesitan avances, intervenciones a largo plazo, medidas de adherencia objetivas y potencia de estudio suficiente para detectar mejoras en resultados clínicos

## Revisión Cochrane 2020 Intervenciones para mejorar la adherencia en ancianos polimedicados:

- Las intervenciones conductuales o mixtas conductuales y educativas pueden mejorar el porcentaje de pacientes que se adhiere de manera satisfactoria a los tratamientos prescritos. Mucha heterogeneidad.  
**Se necesitan mas estudios**

## Cochrane Review 2018 Intervenciones digitales para mejora adherencia al tratamiento del asma:

- Revisión en marcha que pretende analizar el impacto en adherencia de multiples herramientas digitales (online, páginas web, plataformas digitales, distintas app...), excluirán las intervenciones basadas solo en llamadas telefonicas.

Nieuwlaat R. Cochrane Library review 2014  
Cross AJ. Cochrane Library review 2020  
Chan AH. Cochrane Library 2018

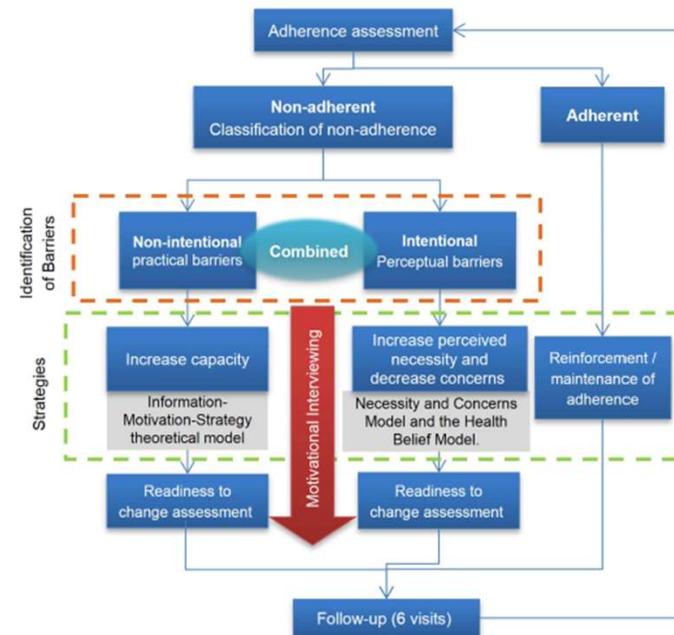
# Farmacia

**Objetivo:** Evaluar la relación coste-utilidad de un servicio de gestión de la adherencia a medicación realizado por farmacéuticos comparado con atención habitual en farmacias comunitarias, para determinadas patologías crónicas. El ECA duro 6 meses. Incluyeron 1.186 pacientes ( 633 GI y 553 GC)

**Resultados:** No hubo diferencias en el coste total de medicamentos y recursos sanitarios pero los valores de EQ-5D-5L fueron significativamente mayores para el GI.

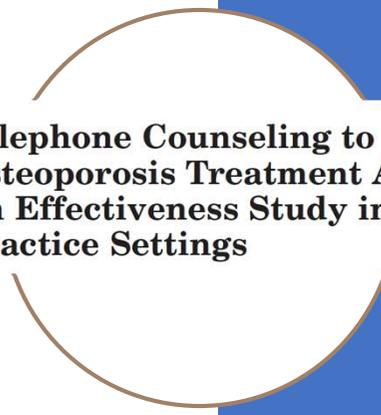
**Conclusión:** es que el servicio de gestión de la adherencia supuso mejora en la calidad de vida de estos pacientes con enfermedades crónicas con costes similares a la atención habitual. El servicio es coste-efectivo

## Cost-Utility Analysis of a Medication Adherence Management Service Alongside a Cluster Randomized Control Trial in Community Pharmacy



# Enfermería

- Programa de seguimiento telefónico con entrevista motivacional para mejorar la adherencia.
- Incluyeron 402 pacientes que fueron derivados a este servicio. Duración 6 meses
- Resultados:
  - 125/402 (31%) No habían iniciado el tratamiento cuando se les realizó la primera llamada. La mayoría por miedo a EA o no comprender bien como tomar la medicación.
  - De estos 115 (92%) afirmaron que lo iniciarían y 72 lo hicieron ( comprobado en siguiente llamada)
  - 123/402 lo interrumpieron en algún momento (36% por EA, 31% porque no querían tomarlo y 10% por el coste) (82 inicialmente adherentes)
  - De estos 66 (54%) dijeron que lo retomarían y 25 lo hicieron
- Conclusión: las llamadas periódicas programadas por enfermeras con entrevista motivacional mejoró la adherencia al tratamiento de la OP en estos pacientes.
- Es muy importante además de conocer el grado de adherencia averiguar cuales son los motivos del abandono del tratamiento o la falta inicial de adherencia que pueden ser distintas en los diferentes países y conocerlos permitirá elaborar estrategias para mejorarla



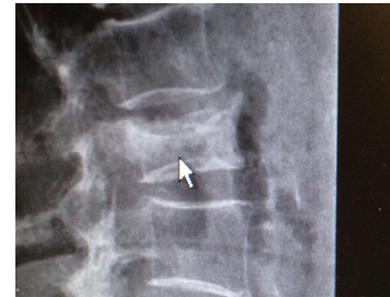
**Telephone Counseling to Improve  
Osteoporosis Treatment Adherence:  
An Effectiveness Study in Community  
Practice Settings**

## FLS- Unidades de coordinación de fractura



### Hospital de Galdakao ( Vizcaya)

FLS: 134 pacientes Fx cadera( enero-junio 2017)  
106 se indicó tratamiento anti-OP  
Al año la adherencia media fue del 71,73% ( 73%  
para BF y Dmab y 68% TTPD)



### Hospital Dr. Negrín Gran Canaria

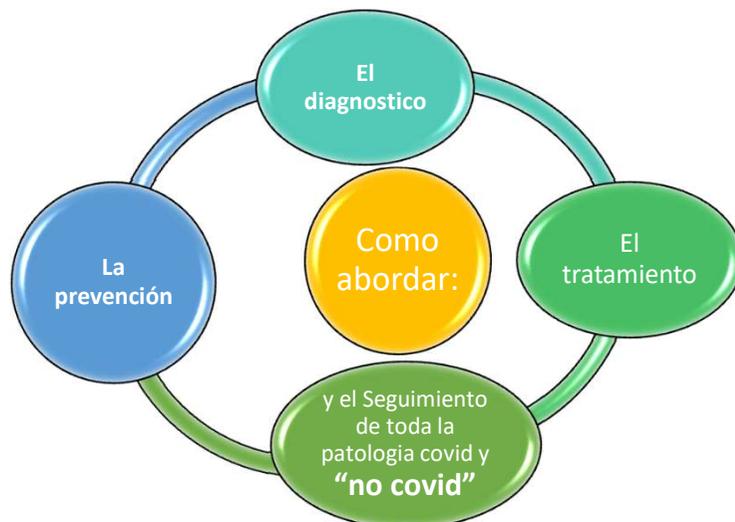
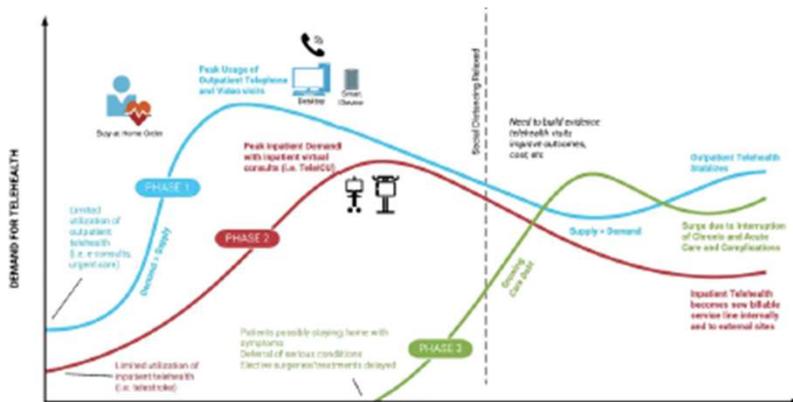
FLS entre 2012-2016 incluyen a 888 pacientes edad media 75  
años. Seguimiento 56 meses  
74% iniciaron tratamiento  
521 y 447 pacientes recibieron tratamiento al menos durante  
24 y 36 meses (79,3 y 68% de los que lo iniciaron)

Los modelos de atención basados en Unidades de coordinación de fracturas (FLS) mejoran la adherencia al tratamiento anti-OP

# Intervenciones para mejorar la adherencia medicación anti-osteoporótica: Actualización revisión sistemática

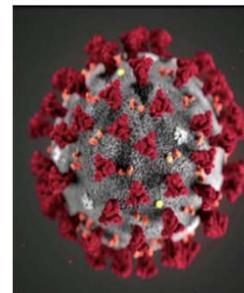
- **Revisión sistemática** para evaluar intervenciones que mejoren la adherencia ( iniciación, implementación y discontinuación) y persistencia a la medicación anti-osteoporótica en pacientes con OP publicados entre 2012-2018.
- **Resultados:**
  - De 585 estudios iniciales identificados 15 cumplían los criterios de inclusión de los que 12 eran ECA
  - Las intervenciones fueron clasificadas como:
    - Educación sanitaria al paciente
    - Régimen terapéutico
    - Monitorización y supervisión
    - Colaboración multidisciplinar las intervenciones multicomponente con educación al paciente y consejo fueron las mas efectivas para aumentar adherencia y persistencia
- **Conclusión:** Las intervenciones multicomponente con participación activa, implicación del paciente fueron las que obtuvieron mejores resultados. Comparado con revisiones anteriores la implicación del paciente en la decisión terapéutica parece ser importante para mejorar el cumplimiento de la medicación para la OP.

# La pandemia por coronavirus supuso una emergencia de salud pública



Impacto directo e INDIRECTO de la pandemia en todas las otras patologías sobretodo crónicas

Se imponía una nueva manera de relacionarnos con los pacientes

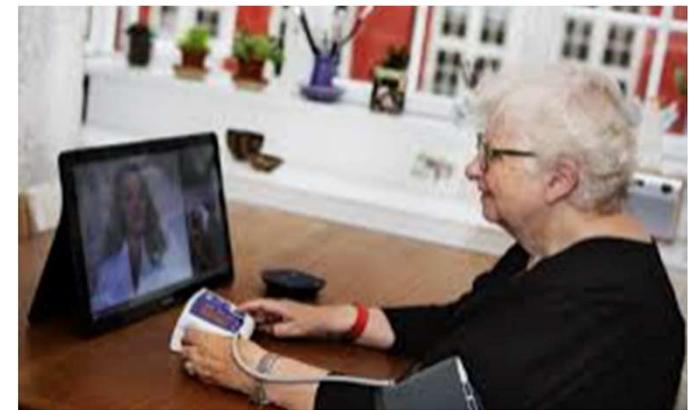


- Apropiado para minimizar el riesgo de transmisión: Evitar contacto físico
- Proporcionar atención continuada
- No aumentar la morbi-mortalidad.

La **TELEMEDICINA** puede mejorar la prestación de servicios sanitarios y ser complementaria a la presencial

# Definición de la OMS de Telemedicina

“El suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las TIC con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y lesiones, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de la salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en las que viven.”

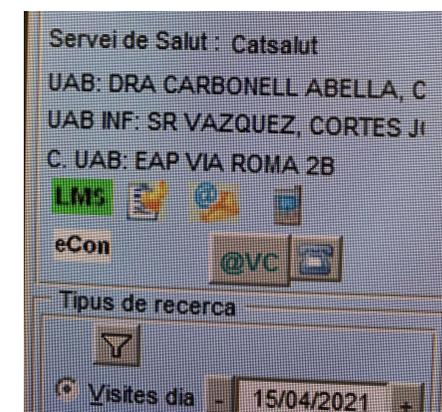


# Telemedicina

- Asistencia remota:
  - Consulta/diagnóstico
  - Monitorización/vigilancia. (seguimiento a distancia en determinadas patologías: TA, Glucemia, peso, ECG..)
- Gestión de pacientes/administrativa
  - Citación, acceso a historia clínica por parte del paciente. Gestión de pruebas.
- Formación continuada
- Interrelación entre profesionales (AP-Especializada)

## Según el modo de comunicación:

- Mediante texto ( correo electrónico, whatsapp)
- Video (Skype, zoom, teams..)
- Audio ( teléfono)
- Sincrónica ( video, audio, texto en tiempo real)
- Asincrónica (email, e-consulta)
- Puede involucrar varios individuos:
  - Paciente-medico
  - Médico – médico
  - Otros profesionales que atienden al paciente



# Barreras

## PACIENTE

- Edad
- Nivel educativo/alfabetización sanitaria
- Nivel socioeconómico
- Conocimiento de informática
- No disponer de internet, teléfono
- Alta expectativa
- Preferencia de visita presencial
- Percepción de atención impersonal
- Resistencia al cambio
- Acceso/Equidad

## PROFESIONAL SANITARIO

- Habilidad con las nuevas tecnologías
- Pobre formación digital
- Falta de soporte del personal informática
- Equipos antiguos
- Dudas legales, confidencialidad de datos
- Interoperabilidad de sistemas
- Resistencia al cambio

- La telemedicina hasta ahora ha estado mas pensada para el ámbito de atención hospitalaria (consultas externas) u otras consultas de ámbito de especializada , para mejorar costes y eficiencia.
- La AP ya es accesible, es el primer eslabón del sistema sanitario, y la telemedicina ha entrado por el Covid, antes era en % más reducido, atención telefónica y telemática hemos hecho siempre nosotros, pero ahora se trata de hacer las visitas de determinados pacientes crónicos de manera no presencial.



- Telemedicina **no es una llamada telefónica** o videollamada o una “teleconsulta”.
- Es un **acto médico en si mismo** ( diagnóstico y tratamiento si procede). Esta sujeto a la legalidad vigente. Basada en la protección de pacientes, ley de protección de datos y relación de confidencialidad.
- Es necesario que profesionales y pacientes reciban **adecuada formación**
- **No es incompatible** con la visita presencial.
- Se ha demostrado que se **consiguen resultados similares** a los obtenidos a través de la consulta presencial



## Como preparar la visita:

### • **Paciente:**

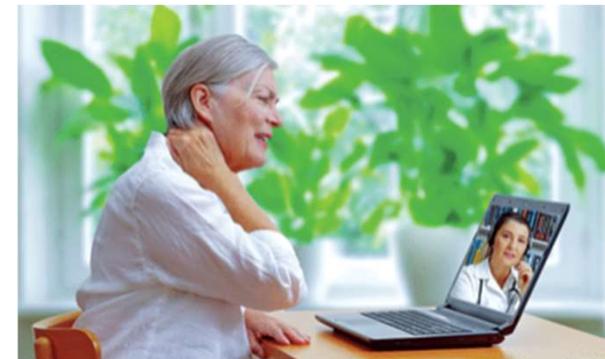
- Saber la hora de la visita y estar preparado
- Si necesita estar acompañado
- Anotarse las dudas que pueda tener
- Tomar nota de las recomendaciones que se le formularan

### • **Profesional:**

- Revisar la historia clínica del paciente
- Tener revisadas y preparadas las exploraciones complementarias que debamos comentar con el paciente. ( pruebas realizadas)
- Tener preparadas las preguntas que considera necesarias para completar la anamnesis
- Propuesta de tratamiento
- Propuesta de pruebas si son necesarias
- Proponer si es necesario visita a domicilio
- Comunicar cuando y como será la nueva visita
- Actualizar la información en historia clínica
- Enviar recetas o peticiones de pruebas si es el caso.

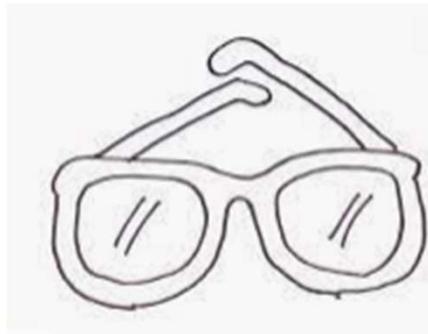
# En osteoporosis en AP:

- Los pacientes tributarios de atención telemática, son aquellos que ya conocen su enfermedad, que han sido diagnosticados y requieren visita de seguimiento.
  - Re-evaluación de factores de riesgo desde la última visita, incluidas caídas
  - Solicitar si es necesario y se puede alguna prueba complementaria. (analítica ( si la última es de 1 año y era normal , puede demorarse) o RX, si es imprescindible por la clínica que refiere)
  - **Comprobar adherencia terapéutica y abordar dificultades para seguir el tratamiento.**
  - abordar miedos, dudas y reforzando la importancia del correcto cumplimiento terapéutico para obtener resultados óptimos
  - Se puede derivar a consulta telefónica ( o video si se dispone) **con enfermería** para repasar dieta, ejercicios que puede realizar en el hogar y normas de prevención de caídas)
  - **Fomentar el empoderamiento del paciente en el manejo de su enfermedad.**



# Es más complicado

- Cuando no se han diagnosticado o han sufrido una fractura y solo han sido atendidos en urgencias ( no imposible)
- Aquellos que requieren un cambio de estrategia terapéutica por suponer que no funciona el actual o el paciente pide un cambio
- Los que tienen dificultades auditivas, visuales o cognitivas si no tienen cerca un cuidador que pueda realizar la entrevista con ellos



## **Impact of Telehealth Interventions on Medication Adherence for Patients With Type 2 Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia: A Systematic Review**

- Describir las intervenciones de telesalud y determinar su efecto sobre la adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2, hipertensión y/o dislipidemia.
- Identifican 8653 artículos, seleccionaron 13
- Los hallazgos evaluados apoyan la necesidad de realizar intervenciones de adherencia a la medicación específicas para cada población y entorno. Las intervenciones especializadas mediante telesalud se asociaron con la mejora de tasas de MPR o PDC

Objetivo: determinar si un programa de gestión medicamento por telesalud dirigido por un farmacéutico es superior a telesalud desde centro de salud ( para DM y depresión).

Después de seis meses la rama de pacientes del grupo de farmacéuticos mostró mejoras significativas en cuanto a la adherencia a fármacos.

## **Pharmacist-led telehealth disease management program for patients with diabetes and depression**

Lisa B Cohen <sup>1 2</sup>, Tracey H Taveira <sup>1 2</sup>, Wen-Chih Wu <sup>3 4</sup>, Paul A Pirraglia <sup>4 5</sup>

Article

# Utilising Digital Health Technology to Support Patient-Healthcare Provider Communication in Fragility Fracture Recovery: Systematic Review and Meta-Analysis

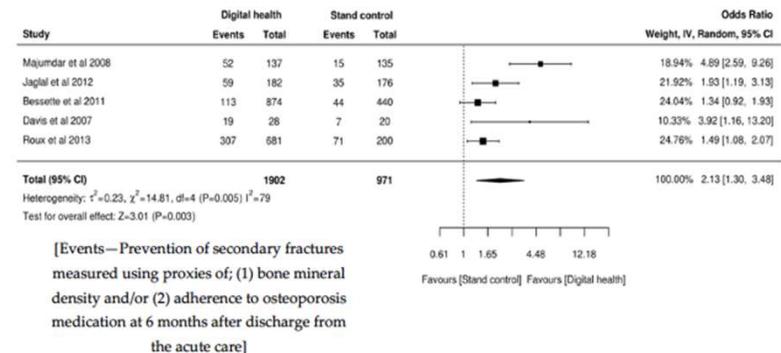
El objetivo de esta revisión es evaluar la eficacia de la comunicación dirigida al paciente con apoyo de la salud digital frente a la atención habitual, en la recuperación de fracturas por fragilidad.

Incluyó pacientes de  $\geq 50$  años con fractura por fragilidad.

El resultado primario era la prevención de nuevas fracturas por fragilidad mediante el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis, y su cumplimiento.

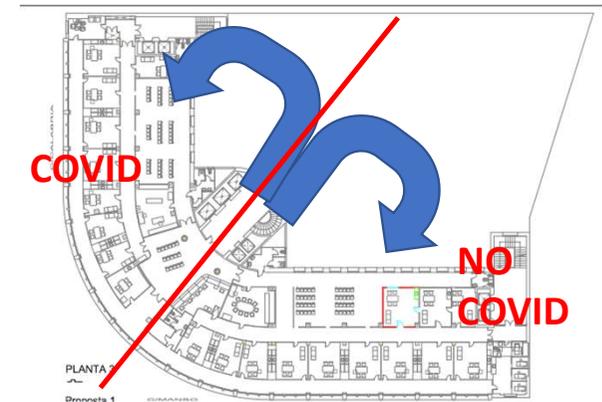
Esta revisión consideró diseños de estudios tanto experimentales como diseños de estudios cuasi-experimentales.

La conclusión de la revisión es el que emplear herramientas de soporte digital fue más eficaz en comparación con la práctica habitual ( más del doble (OR 2,13 IC95% 1,3-3,48))



## ¿Que hemos hecho en AP?

- En el momento inicial fuimos reactivos y solo atendíamos pacientes con sospecha de infección por coronavirus y algunas otras patologías urgentes o no demorables, mayoritariamente a demanda de los pacientes
- En una segunda etapa : fuimos más proactivos intentando identificar aquellos pacientes crónicos que podían tener pruebas o visitas pendientes.
- En pacientes con OP:
  - Lista de pacientes con OP + fractura
  - Lista de pacientes con las principales fracturas (OP mayores)
  - Lista de pacientes con tratamientos para la OP



## ¿Que han hecho en los hospitales?

Variable. Tuvieron que cerrar hospitales de día para administración de algunos fármacos. Las visitas en Reumatología se mantuvieron en grado variable , siendo cercano al 80% fuera del estado de alarma. Una parte de la atención fundamentalmente de seguimiento se ha hecho durante meses de manera telemática

# Resumen

- La adherencia en procesos crónicos como la OP continua ofreciendo oportunidades de mejora.
- Hemos de profundizar en el conocimiento de los motivos de la falta de adherencia.
- Implicar otros profesionales en el cuidado de estos pacientes ( medicina, enfermería, farmacia...)
- La covid-19 nos ha llevado a la posibilidad de explorar **otras formas de atender** a nuestros pacientes y fundamentalmente relacionadas con la tecnología de la información en la asistencia sanitaria. La pandemia ha hecho mas necesario el desarrollo de infraestructura informática y directrices éticas sobretodo en el seguimiento de patologías crónicas.
- Para que los servicios de telemedicina continúen de forma eficaz y ética , las decisiones deben basarse en la evidencia. **La evaluación de la práctica es crucial.** A medida que aumenta la experiencia también lo hacen las oportunidades de evaluación. Debemos evaluar para aprender y corregir aquellas prácticas que no cumplan con los objetivos.
- Hay que aprovechar la telemedicina como herramienta que es posible pueda mejorar la adherencia.