

# Adherencia al tratamiento antiosteoporótico en pacientes naive de la cohorte ESOSVAL. Impacto de la no-adherencia primaria y el copago.

Gabriel Sanfélix-Gimeno, Isabel Hurtado, Cristóbal Baixauli, Salvador Peiró, José Sanfélix-Genovés

**Gabriel Sanfélix-Gimeno**

**17/06/2015**

**Financiación:**

- ISCIII (PS09/02500, PI11/00238, PI13/01721)
- Cofinanciado fondos FEDER
- Convenio FISABIO-AMGEN



Health Services Research Unit  
Center for Public Health Research (CSISP-FISABIO)  
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades  
Crónicas (REDISSEC)  
sanfelix\_gab@gva.es

# Antecedentes

---

- ✧ La osteoporosis es un problema común y generalmente infratratado, particularmente en los ancianos. Representa un importante problema de salud pública debido a la discapacidad, la morbilidad, mortalidad y costes que ocasiona.
- ✧ La fractura de cadera es la peor consecuencia de la osteoporosis, siendo la mortalidad a 1 año de estos pacientes es casi un 30%.
- ✧ Los pacientes que sufren una fractura de cadera tienen un mayor riesgo de fracturas osteoporóticas recurrentes.

# Antecedentes

---

- ✧ En estos pacientes, los medicamentos como los bisfosfonatos pueden reducir el riesgo de fractura osteoporótica y mejorar la supervivencia.
- ✧ Las guías actuales, por lo tanto, recomiendan el uso de tratamiento farmacológico en pacientes con alto riesgo de padecer una fractura osteoporótica.
- ✧ Sin embargo, la adherencia al tratamiento, un elemento fundamental para asegurar su efectividad, es subóptima.
- ✧ La no adherencia primaria, un potencial predictor de la no adherencia secundaria, ha sido muy poco estudiada.

# Objetivo

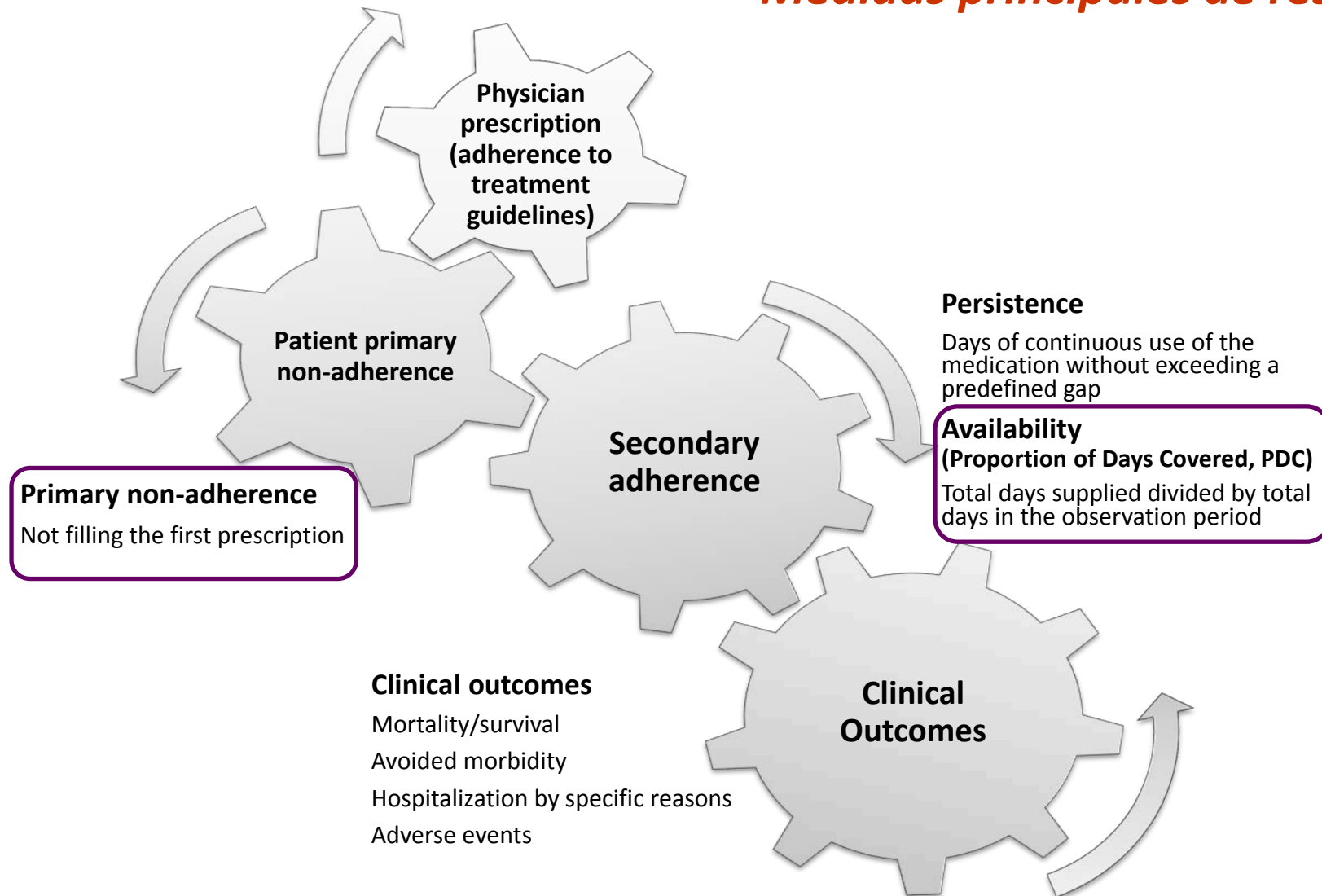
---

Evaluar la adherencia primaria y secundaria a los tratamientos antiosteoporóticos y los factores asociados a la adherencia secundaria en la cohorte ESOSVAL.

- ❖ ESOSVAL: Estudio de cohortes prospectivo que incluye 11.035 hombres y mujeres  $\geq 50$  años atendidos en centros de atención primaria de la CV (2010).
- ❖ ESOSVAL-AD: Pacientes de la cohorte ESOSVAL que iniciaron tratamiento entre junio de 2009 y junio de 2011.
- ❖ Criterios de exclusión:
  - 1) No residentes o personas sin cobertura de la prestación farmacéutica por el SNS (MUFACE, ISFAS, MUGEJU).
  - 2) Deterioro cognitivo
  - 3) Imposibilidad física para desplazarse hasta al Centro donde se realiza el estudio

# Método

## Medidas principales de resultado



### ❖ Covariables:

- ❑ **Características sociodemográficas**
- ❑ **Comorbilidades/factores de riesgo de OP/FX**
- ❑ **Medicamentos concomitantes y variables relacionadas con el tratamiento**

### ❖ Fuentes de datos:

- ❑ **Historia clínica electrónica (ABUCASIS):**
  - ❑ **SIA, GAIA** (diagnósticos, medicamentos, pruebas complementarias y lab)
  - ❑ **hoja de valoración del riesgo de fractura**
- ❑ **SIP** (variables sociodemográficas y mortalidad)
- ❑ **CMBD**

### 1) Estimación de la no-adherencia primaria y secundaria

- ❖ Para la estimación de **la adherencia primaria** será necesario poder vincular la prescripción del médico con los registros de facturación/dispensación.
- ❖ La **proporción de días** de seguimiento **cubiertos** por la medicación (Proportion of days covered, PDC). Los días con medicación disponible se estiman mediante la pauta posológica y el número de comprimidos de los envases.

### 2) Descriptivo de las características de los pacientes (adherente vs. no adherente)

### 3) Regresión logística multivariable



# Resultados

## Características de los pacientes

Baja adherencia al tratamiento al año

	All	Adherent	Non-adherent	p-value
N (%)	712	300 (42,1)	412 (57,9)	
Age ≥65	46,6	52,0	42,7	0,014
Men	20,2	21,0	19,7	0,660
Education				
No studies	29,2	29,2	29,2	0,004
Primary	44,6	50,7	40,0	
Second / Univ	26,2	20,1	30,8	
<b>Risk factors</b>				
Family history hip fracture	17,4	20,1	15,4	0,138
Previous fracture	22,3	26,3	19,4	0,029
Body mass index				
<20	1,6	1,8	1,5	0,282
20 - 24	28,2	25,1	30,4	
25 - 30	42,2	46,3	39,3	
≥30	28,0	26,9	28,8	
Falls (≥1 in the last year)	27,6	29,3	26,3	0,395
Other secondary causes OP	21,1	22,7	19,9	0,372
Glucocorticoid use	2,5	3,7	1,7	0,099
Other drugs	42,8	46,3	40,3	0,108
DMO testing	41,6	43,7	40,1	0,333
Sedentarism	20,2	22,0	18,9	0,321
FRAX score ≥3 %	22,2	25,8	19,6	0,058

- 712 pacientes
- Seguimiento: 1 año
- Edad: 65,4 años
- Mujeres: ≈80%
- PDC<80: 58%
- NA 1aria: 6,5%
- Fractura previa: 22%
- Alto riesgo: 22%
- Polifarmacia: 62%

# Resultados

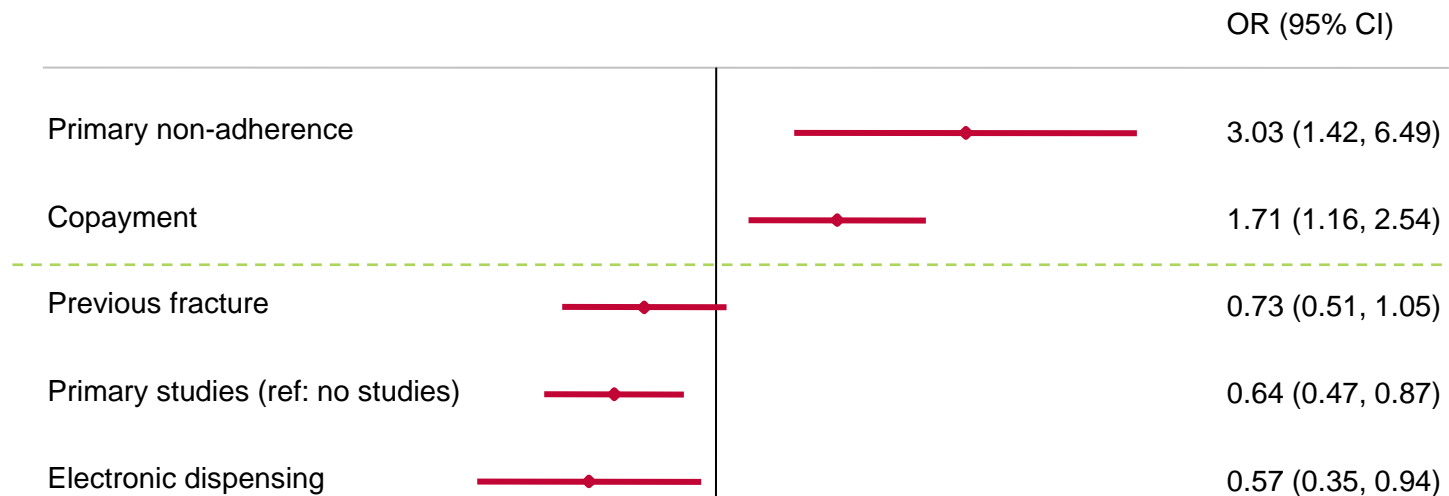
## Características de los pacientes

	All	Adherent	Non-adherent	p-value
N (%)	712	300 (42,1)	412 (57,9)	
<b>Drug-related covariates</b>				
Polypharmacy	62,2	67,3	58,5	0,016
Electronic dispensation	10,4	13,3	8,3	0,028
Ca/VitD	71,8	77,0	68,0	0,008
Copayment	21,5	16,0	25,5	0,002
Primary non-adherence	6,5	3,0	9,0	0,001

- 712 pacientes
- Seguimiento: 1 año
- Edad: 65,4 años
- Mujeres: ≈80%
- PDC<80: 58%
- NA 1aria: 6,5%
- Fractura previa: 22%
- Alto riesgo: 22%
- Polifarmacia: 62%

# Resultados

## PREDICTORES DE ADHERENCIA SECUNDARIA A ANTIOSTEOPORÓTICOS



**La no-adherencia primaria y el copago se asocian fuertemente a la no-adherencia en el primer año de tratamiento**

# Limitaciones

---

- ❑ Validez externa (médicos voluntarios + intervención formativa)
- ❑ Recetas en papel: infraestimación la adherencia primaria
- ❑ No se valora adecuación de los tratamientos.

# Conclusiones/Implicaciones

---

- ❑ Un alto porcentaje de pacientes que inician tratamiento con antiosteoporóticos no alcanzan un nivel adecuado de adherencia en el 1<sup>er</sup> año de seguimiento.
- ❑ La no-adherencia primaria y el copago se asocian fuertemente a la no-adherencia en el primer año de tratamiento.
- ❑ Importante resultado a la hora de diseñar intervenciones de mejora de la adherencia (intervenciones tempranas).
- ❑ La comprensión de este fenómeno y la intervención sobre el mismo puede contribuir a incrementar la efectividad de las medidas terapéuticas, a reducir la morbimortalidad y a reducir el gasto sanitario.



*Gracias por vuestra atención*

sanfelix\_gab@gva.es