

Perfil asistencial del paciente con osteoporosis tributario de visita de telemedicina en la era post-COVID-19

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2021000100008>

Cancio JM¹, Capdevila-Reniu A², Casanova T³, Cuadra L⁴, Ivanov A⁵, Llopis A⁶, Santiago JM⁷, Sopena E⁸

¹ Centro Sociosanitario El Carme. Servicios Asistenciales de Badalona. Badalona. Barcelona (España)

² Hospital Clínico. Barcelona (España)

³ Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona (España)

⁴ Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona (España)

⁵ Hospital Sant Antoni Abad. Consorci Sanitari Alt Penedés Garraf. Vilanova i la Geltrú. Barcelona (España)

⁶ Hospital Sant Jaume. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona (España)

⁷ Hospital Sociosanitario de l'Hospitalet. Barcelona (España)

⁸ Hospital Sociosanitario Francolí. Tarragona (España)

Fecha de recepción: 15/11/2020 - Fecha de aceptación: 11/01/2021

Resumen

Objetivo: Definir el perfil del paciente con osteoporosis candidato y no candidato a la asistencia en la teleconsulta de osteoporosis, en la era post-COVID-19. Propuesta de un protocolo de manejo para su seguimiento ambulatorio.

Métodos: Hemos realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos de Pubmed.gov de la evidencia disponible de artículos en inglés y español con fecha de inclusión hasta octubre del 2020 siguiendo las recomendaciones del sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*). Base de datos cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante para esta revisión de forma actualizada.

Resultados: El perfil del paciente candidato a teleconsulta sería aquel paciente con historia de osteoporosis, que conoce su enfermedad, con tratamiento y que precisa de seguimiento. La COVID-19 se ha dado en un contexto en el que las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas y la necesidad de protegerse frente a la transmisión.

Conclusiones: Proponemos un consenso del manejo de dicho paciente, con apartados diferenciados para las distintas etapas del proceso asistencial telemático, que ayude a la toma de decisiones clínicas y que sirva de ayuda en el proceso de seguimiento y adherencia terapéutica, y, por tanto, en la optimización de recursos asistenciales.

Palabras clave: osteoporosis, telemedicina, COVID-19, cuidado ambulatorio.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas osteoporóticas representan un problema de salud pública creciente a nivel mundial que, en la actualidad, no cuentan con los procedimientos adecuados de prevención, diagnóstico, valoración, intervención y seguimiento adecuado de los pacientes.

Las nuevas tecnologías han proporcionado nuevas herramientas de comunicación y han provocado un cambio en nuestra mentalidad, con la posibilidad de realizar, de forma virtual, acciones o trámites de nuestra vida cotidiana que hasta ahora necesitaban de nuestra presencia física, ya fuera por motivos técnicos, culturales o sociales¹.

La pandemia de COVID-19, producida por el virus SARS-COV-2, ha provocado una emergencia mundial de salud pública con una evolución rápida y trágicas con-

secuencias. La lucha contra esta enfermedad está obligando a modificar las formas de atención, lo que incluye transformar algunas consultas presenciales en no presenciales².

La telemedicina, en sus diferentes formas, se ha utilizado previamente a la pandemia de la COVID-19 de forma excepcional. Uno de los primeros usos fue la práctica de la teleenfermería que surgió en el Reino Unido y Canadá desde la Atención Primaria.

Durante el periodo de alarma y la crisis asistencial provocada por la pandemia, iniciada en marzo de 2020, nos hemos visto obligados a realizar las consultas de forma telemática. La osteoporosis, como enfermedad crónica, supone un reto asistencial en esta nueva situación en nuestras consultas, que deberíamos aprovechar para valorar sus beneficios y poder vencer sus barreras.



Correspondencia: José Manuel Cancio (canciotrujillojosemanuel1@gmail.com)

Por ello, la definición de un perfil clínico del paciente y la creación de un circuito asistencial son absolutamente necesarias para asegurar la correcta atención de estos pacientes. Sin embargo, hoy en día, la información disponible sobre los posibles beneficios o la seguridad de este tipo de atención telemática es muy limitada³.

El objetivo de nuestra propuesta es elaborar un protocolo del manejo del paciente en seguimiento telemático, donde es fundamental promover una actuación coordinada entre los diferentes niveles asistenciales, Atención Primaria, Sociosanitaria y Hospitalaria, con la participación de médicos de las diversas especialidades implicadas, así como de Enfermería y Farmacia Comunitaria, que faciliten la detección, la valoración y el tratamiento, asegurando una buena adherencia.

PERFIL DEL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS QUE ACUDE A LAS CONSULTAS EXTERNAS DE DIVERSAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

El perfil del paciente con osteoporosis es diverso y en su atención convergen diversas especialidades que desarrollan su actividad en todos los niveles asistenciales (reumatólogos, internistas, médicos de familia, ginecólogos, traumatólogos, geriatras, rehabilitadores), diferentes especialidades para un mismo paciente con osteoporosis. Lo que varía es el motivo de consulta, el momento vital y la ubicación del paciente.

Las sociedades médicas han recogido las características de los pacientes con osteoporosis, lo que permite establecer el perfil característico en cada especialidad.

El estudio RETOSS (Reumatología y Osteoporosis), promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER), analizó el perfil de las pacientes con osteoporosis postmenopáusicas en la consulta de Reumatología. Se trató de pacientes con baja ingesta de calcio, antecedentes familiares de fractura, historia previa de fracturas, niveles de calcidiol insuficientes y con edad mayor de 70 años, además de una elevada incidencia de dolor de espalda. La mayoría fueron remitidas desde Atención Primaria (63%), Ginecología (13,8%) o Traumatología (10%)⁴.

El registro OSTEOMED (Osteoporosis en Medicina Interna), promovido por el Grupo de Trabajo de Osteoporosis (GTO) y bajo el amparo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), mostró que los principales motivos de consulta en los servicios de Medicina Interna fueron fracturas vertebrales confirmadas (17,2%), fracturas no vertebrales (9,1%), dorsalgia o cifosis (9,8%), dolores musculoesqueléticos (11,4%), y sospecha de osteoporosis secundaria (7,2%). En global, se trató de un perfil de paciente sedentario (36%), con baja exposición solar (23%). Se recomendaba hacer una búsqueda activa de los pacientes que reciben corticoides, y en ello las consultas de Medicina Interna y Atención Primaria tienen un papel importante. Los pacientes fueron derivados desde Atención Primaria, de otros servicios hospitalarios y de otras consultas del propio servicio de Medicina Interna⁵.

Desde la perspectiva de la Geriátrica, el Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC) recoge los pacientes con fractura de cadera mayores de 75 años ingresados en el año 2017 en 54 hospitales de España. Es el estudio prospectivo español de paciente con edad media más elevada, principalmente mujeres, y con alto porcentaje de deterioro cognitivo previo, en su mayoría sin tratamiento previo para la osteoporosis. Se evidencian diferencias entre comunidades autónomas, como el

acceso a unidades de Rehabilitación Funcional, la probabilidad del retorno al domicilio previo o la prevención secundaria de fracturas⁶.

En un intento de unificar criterios de diagnóstico, tratamiento y derivación a los diferentes especialistas que convergen en torno al paciente con osteoporosis, las sociedades científicas de especialidades implicadas en el tratamiento de la osteoporosis presentaron en 2017 un documento de consenso, estableciendo tres perfiles bien diferenciados con osteoporosis postmenopáusicas (OPM)⁷ (Figura 1).

A. Paciente con osteoporosis sin fractura

El consenso coincide que en el paciente sin riesgo de fractura el seguimiento se debería realizar por Atención Primaria o Reumatología. En caso de alto riesgo de fractura, se priorizaría el seguimiento por Reumatología.

Los pacientes con menopausia precoz quirúrgica o sintomática, son tributarias de atención por Ginecología. En caso de enfermedad tiroidea asociada, sería atendida por Endocrinología.

Aquellos pacientes con osteoporosis donde se objetiva una pérdida importante de densidad mineral ósea, a pesar de un correcto tratamiento farmacológico, precisarían de atención por Reumatología.

En todos los pacientes cuya condición osteomuscular condicione además dolor o pérdida funcional, sería recomendable una valoración y posterior seguimiento por Rehabilitación.

Como exploraciones complementarias se recomienda la densitometría ósea (Absorciometría radiológica dual -DXA-) y radiografía de columna lumbar cada 2 años. La consulta también ha de servir para subrayar la adherencia al tratamiento.

Figura 1. Circuitos de atención médica de la paciente diagnosticada de osteoporosis postmenopáusicas (OPM) en función de su perfil. Adaptado de Blanch *et al.*⁷

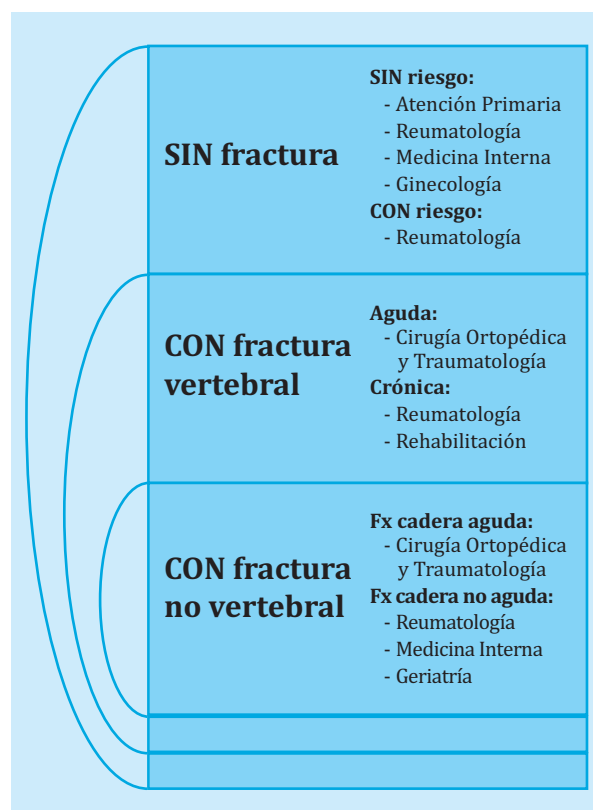


Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de la consulta telemática^{15,16}

Ventajas	Inconvenientes
Se consiguen resultados similares a los obtenidos en la visita presencial	Exige una serie de habilidades tecnológicas
Aporta una gestión más eficiente para el profesional	No todos los hogares cuentan con estructura, tecnología y destrezas necesarias para llevar a cabo estas consultas
Ahorra tiempo al paciente, ya que evita el desplazamiento y tiempo de espera	Personas mayores con limitaciones sensoriales (visuales, auditivas), deterioro cognitivo
Puede ser útil para resolver problemas y para solucionar dudas de medicación, tareas administrativas, seguimiento de pacientes crónicos	Dificulta la correcta identificación del paciente
Contribuye a disminuir las visitas presenciales y facilitar un mayor tiempo por persona para la atención asistencial	Pérdida de la comunicación no verbal

B. Paciente con osteoporosis con fractura vertebral

En la fractura vertebral aguda, especialmente con afectación del muro posterior, es el Servicio de Traumatología el que debe valorar la opción quirúrgica, que se debe acompañar de una valoración médica por Reumatología, Medicina Interna o Geriátrica según edad y comorbilidades⁵.

Se destaca la importancia de disponer de una FLS (*Fracture Liaison Service*), o de una Unidad de Metabolismo Óseo, como dispositivo que debería asumir la responsabilidad de dichas fracturas⁸.

A nivel de seguimiento pasado el momento agudo, se recomienda seguimiento por Reumatología y Rehabilitación, o Geriátrica en caso de edad avanzada o déficit funcional o cognitivo.

A nivel de seguimiento ambulatorio se recomienda seguimiento por Atención Primaria, siempre que existan profesionales formados específicamente.

C. Paciente con osteoporosis con fractura no vertebral

Dichas fracturas corresponden principalmente a fractura de cadera y radio distal. La atención de la fase aguda corresponde a Traumatología, pero la atención por equipos interdisciplinares integrados en una FLS o unidad ortogeriátrica han demostrado mejorías tanto en complicaciones y mortalidad, como mejoría funcional al alta. También mejoran la coordinación con Atención Primaria y la prevención secundaria de nuevas fracturas¹⁰.

En resumen, independientemente de la especialidad referente, se recomienda:

- Atención a la fractura por unidades multidisciplinarias. A destacar el papel de las FLS.
- Coordinación entre niveles asistenciales, en especial destacar el papel de la Atención Primaria en la prevención secundaria.
- Establecer medidas de evaluación y seguimiento estandarizadas (riesgo de fractura, dolor, capacidad funcional, calidad de vida)

IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR COVID-19 PARA LAS CONSULTAS EXTERNAS DE OSTEOPOROSIS

Durante el periodo de la reciente crisis sanitaria, la telemedicina ha sido la principal herramienta de contacto de los pacientes con los centros hospitalarios y con los ambulatorios. Hasta entonces su uso era más bien esporádico¹¹.

Uno de los entornos hospitalarios con mayor afectación han sido las consultas externas, tanto por la limitación de las visitas presenciales de pacientes como por la disponibilidad de los facultativos debido a la alta sobrecarga asistencial en las salas hospitalarias. Por otro lado, el paciente ha disminuido, limitado o reducido la asistencia a las consultas presenciales por el propio miedo a contagiarse, pudiendo conllevar a pérdidas en el seguimiento, anulación de pruebas diagnósticas o retraso en la solicitud de primeras visitas por especialistas^{12,13}.

Según datos del Servicio Catalán de Salud, en los hospitales catalanes durante el segundo trimestre del 2020, las primeras visitas de cualquier especialidad disminuyeron un 50% respecto al mismo trimestre del año precedente sin recuperarse en el tercer trimestre (70% de las realizadas en 2019), siendo la mayor parte por telemedicina. Antes de la crisis sanitaria en los centros de Atención Primaria se atendían diariamente 13.500 visitas presenciales, 14.500 telefónicas y unas 1.000 consultas telemáticas; ahora las visitas presenciales son unas 18.000 diarias, las telefónicas unas 86.000 y las consultas telemáticas unas 17.000¹⁴.

TELEMEDICINA EN ÉPOCA COVID-19

Las herramientas digitales ofrecen importantes oportunidades para remodelar los sistemas sanitarios actuales, y no son incompatibles con la visita presencial a lo largo de la relación médico-paciente. Habrá momentos en los que la consulta presencial tenga más sentido (primeras visitas) y en otros momentos será más conveniente el uso de telemedicina (seguimiento).

Hay diferentes formatos de consulta telemática:

- Telefónica. A través de llamada telefónica del médico al paciente.
- Videollamada. Consiste en llamar al paciente mediante un dispositivo que permite que paciente y médico se vean el uno al otro, lo que facilita tanto la identificación como la comunicación no verbal.
- Consulta electrónica o e-consulta. Contacto telemático entre profesionales y con el paciente que permitiría resolución dudas.

La consulta telemática tiene ventajas e inconvenientes (Tabla 1)^{15,16}. El Servicio Catalán de Salud ha publicado un documento en el que se valora que la atención telemática puede ser de mayor utilidad en las visitas de seguimiento de pacientes crónicos estables que conocen bien su enfermedad y que no precise de exploración física¹⁷.

Tabla 2. Criterios de inclusión

- Diagnóstico confirmado de osteoporosis (densitometría ósea vs. fractura por fragilidad previa)
- No problemas auditivos, cognitivos, o impedimentos visuales
- Presentar conocimientos mínimos de salud
- No comorbilidades que impidan el desarrollo de la teleasistencia
- La aceptación de la tecnología sanitaria por parte de paciente
- Acceso suficiente a Internet vs. cobertura telefónica
- No coste económico para el paciente

Existe evidencia científica de la utilización de la telemedicina en el ámbito de la osteoporosis¹⁸. Algunas experiencias de la utilización de telemedicina se han llevado a cabo en países con grandes distancias entre poblaciones como Australia y Canadá, en los que la geografía y la distribución de los trabajadores sanitarios requieren un enfoque a distancia para la atención ambulatoria de los problemas de salud de la población¹⁹. Un estudio reciente de un programa canadiense de telemedicina aplicada a la osteoporosis determinó que los pacientes participantes percibían una serie de beneficios como una atención de alta calidad, valoraban la experiencia y la credibilidad del médico que los trataba, pero también planteaban algunos inconvenientes como la coordinación de su atención con los resultados de las exploraciones complementarias realizadas y, en ocasiones, el seguimiento subóptimo de otros profesionales de la salud, como los fisioterapeutas²⁰.

En el Reino Unido, las consultas telefónicas se promueven en las directrices clínicas de las consultas de seguimiento en las *Fracture Liaison Service* (FLS) con el objetivo de fomentar la adherencia al tratamiento contra la osteoporosis²¹.

El gran reto de futuro está en la transición a la fase post-pandemia, ya que la transformación clave de la telemedicina es cambiar de un modo de crisis (donde se ha permitido el uso de tecnologías provisionales o no aprobadas) a un modo sostenible. Donde se hace necesario que los diferentes centros sanitarios que la realicen inviertan en sistemas que garanticen la transferencia segura de datos, la encriptación de los correos electrónicos, garantizando la privacidad del paciente y con un apoyo técnico mantenido a largo plazo^{22,23}.

La Directiva 2011/24/UE, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza a distancia mediante la telemedicina, los describe. Aunque se deben plantear retos futuros en la interoperabilidad y cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

PERFIL DEL PACIENTE TRIBUTARIO DE ATENCIÓN EN TELEMEDICINA

El perfil del paciente con osteoporosis que acude a nuestras consultas es cada vez de mayor edad, con más enfermedades crónicas asociadas y, probablemente, con una mayor limitación para el acceso presencial a las consultas médicas de seguimiento.

Existen diferentes formatos de consulta telemática como la consulta telefónica, la videollamada, las plataformas telemáticas específicas. El éxito de esta comunicación radica en escoger de forma personalizada la propuesta que más se adapta a cada paciente²⁴. Para ello se debería valorar previamente a la consulta, la situación funcional y cognitiva de la persona, el nivel cultural, el entorno socio-familiar y la presencia de déficits sensoriales o de comprensión que aconsejen la presencia de un familiar durante la consulta.

Un aspecto importante es el papel de enfermería en la consulta telemática. Como en el modelo de las FLS^{8,9}, sería establecer un primer contacto con el paciente que cumpla los criterios de inclusión (Tabla 2) con el propósito de informar que la consulta médica prevista será telemática (precisando fecha y hora), y preparando al paciente en relación a información relevante para dicha visita (Tabla 3)¹³.

Tabla 3. Propuesta estructural para realizar las consultas telemáticas. Adaptado de Barrios V et al.¹³

Pasos	Quién	Responsabilidad
1. Contacto inicial con el paciente	Personal administrativo/gestión de casos	Localización del paciente (anotar número de contacto válido) Preparación del paciente (tratamientos anotados, familiar de ayuda si es necesario, toma reciente de constantes, peso, analítica si procede) Anotaciones del paciente Establecimiento de la cita (día, hora)
2. Consulta médica telemática	Especialista en OP	Uso de plantilla (aconsejable) Resumen del caso Evolución: asistencias a urgencias u hospitalizaciones, otras consultas Tratamiento actual Anamnesis Resultados de analítica u otras pruebas Cambios terapéuticos oportunos Plan terapéutico y circuito Continuidad asistencial: recomendaciones a atención primaria Documentar en historia clínica
3. Flujo del paciente	Personal administrativo/gestión de casos	Circuito asistencial: petición de pruebas o nueva consulta si proceden Registro de consulta actual

Posteriormente, el especialista en osteoporosis realizará la consulta telemática en el formato disponible, preferiblemente siguiendo una plantilla que permita estructurar la visita en anamnesis, valoración de pruebas complementarias realizadas, resumen del caso y toma de decisiones en relación al diagnóstico y/o plan terapéutico. Todo ello deberá quedar registrado en la historia clínica, para facilitar la continuidad asistencial.

Finalmente, el personal administrativo, gestionará, dentro del circuito asistencial, las pruebas complementarias que procedan, y programará una nueva visita de seguimiento, si fuera necesaria.

CONCLUSIONES

La osteoporosis es una enfermedad crónica muy prevalente con gran repercusión sociosanitaria que necesita de un tratamiento prolongado en el tiempo, un aspecto que, en ocasiones, complica la adherencia al mismo.

Esta situación nos exige rediseñar activamente la atención asistencial actual de nuestros pacientes para asegurar una correcta identificación, valoración y seguimiento de forma segura y eficaz. El conocimiento del perfil clínico de los pacientes derivados a una consulta de osteoporosis ayudará a mejorar el manejo de esta enfermedad.

La COVID-19 se ha dado en un contexto en el que las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas, y en donde hay desigualdades sociales, y esto también tiene que ver con la expansión de la pandemia. Por todo ello, el planteamiento asistencial a largo plazo por el que se debería apostar tendría que facilitar a las

personas protegerse frente a la transmisión. Se han provocado cambios importantes en la forma de atención en nuestras consultas, algunos de ellos seguramente se irán revirtiendo con el paso del tiempo; otros, como el aumento de visitas no presenciales a expensas de visitas presenciales, es presumible que perduren una vez superada la pandemia.

La necesidad de limitar el acceso a los hospitales y los contagios ha impuesto la telemedicina, pero llega para quedarse. Son muchas las ventajas que puede ofrecer a profesionales y usuarios, convirtiéndose en una herramienta asistencial clave. Ante este escenario, se impone avanzar hacia una atención telemática más segura y protocolizada. Dicha atención debe realizarse de forma estructurada para ser coste-efectiva: para ello, revisaremos previamente la situación clínica y funcional en la que se encuentra el paciente y así poder planificar correctamente dicha asistencia, indicando su necesidad e idoneidad.

A posteriori, su articulación se basará en una serie de pautas divididas en tres grandes pasos: el contacto inicial con el paciente, la consulta médica telemática como tal y el flujo asistencial del proceso. Asegurando la privacidad de los datos clínicos.

Es fundamental que las autoridades sanitarias hagan uso del conocimiento científico para actuar ante la actual compleja y difícil situación, para mantener la asistencia ambulatoria de nuestros pacientes con osteoporosis, priorizando la evaluación de sus resultados sobre la salud de los pacientes, así como de su impacto sobre los sistemas de Salud a corto y largo plazo.



Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Cobos M, Rifà Ros A. Consulta no presencial. *AMF*. 2011;7:96-99.
- Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC, Woolliscroft JO. Telemedicine and the COVID-19 pandemic, lessons for the future. *Telem J E Health*. 2020;26(5):571-3.
- Ohannessian R, Duong TA, Odone A. global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e18810.
- Bernad Pineda M, González Fernández CM, Fernández Prada M, Fernández Campillo J, Maeso Martín R, Garcés Puentes MV. Reumatología y Osteoporosis (RETOSS): osteoporosis posmenopáusica en la consulta de reumatología. *Reumatol Clin*. 2011;7(1):13-9.
- Blázquez Cabrera JA, Sosa Henríquez M, Díaz-Curiel M, Sánchez Molini P, Arranz García F, Montoya MJ, et al. Perfil de los pacientes que acuden al médico internista para valoración de osteoporosis: registro OSTEOMED. *Rev Clin Esp*. 2020:S0014-2565(20)30174-0.
- Sáez-López P, Ojeda-Thies C, Alarcón T, Muñoz Pascual, A, Mora-Fernández J, González de Villaumbrosía C, et al. Registro Nacional de fracturas de cadera (RNFC): Resultados del primer año y comparación con otros registros y estudios multicéntricos españoles. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; vol 93: 18 de octubre e201910072.
- Blanch J, Nogués X, Moro MJ, Valero MC, del Pino-Montes D, Canals L, et al. Circuitos de atención médica de la paciente con osteoporosis postmenopáusica en España. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2017;9(2):62-71.
- Mitchell P, Åkesson K, Chandrane M. Implementation of models of care for secondary osteoporotic fracture prevention and orthogeriatric models of care for osteoporotic hip fracture. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(3):536-58.
- Capdevila-Reniu A, Casanova T, Sopena E, Cancio JM. Seguimiento telemático a los pacientes con fracturas por fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55(6):375-6.
- Naranjo A, Ojeda-Bruno S, Bilbao Cantarero A, Quevedo Abeledo JC, Henríquez-Hernández LA, Rodríguez-Lozano C. Results of a model of secondary prevention for osteoporotic fracture coordinated by rheumatology and focused on the nurse and primary care physicians. *Reumatol Clin*. 2014;10(5):299-303.
- Covid-19 Lliçons apreses per una reforma del sistema de salut de Catalunya. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Juny 2020.
- Fuentes B, Alonso de Leciana M, Calleja-Castaño P, Carneado-Ruiz J, Egido-Herrero J, Gil-Núñez A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the organisation of stroke care. *Madrid Stroke Care Plan. Neurologia*. 2020;35(6):363-71.
- Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gámez JM, Huelmos A, et al. Telemedicine consultation for the clinical cardiologists in the era of COVID-19: present and future. *Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020;73(11):910-8.
- Ena J. Telemedicina aplicada a COVID-19. *Rev Clin Esp*. 2020;220(8):501-2.
- De la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hernández Carrasco M, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta no presencia como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria. *Semergen*. 2018;44(7):458-62.
- Van Den Berg N, Schumann M, Kraft K, Hoffmann W. Telemedicine and telecare for older patients - A systematic review. *Maturitas*. 2012;73:94-114.
- Creris i escenaris de prioritació assistencial en el marc COVID-19 per al desenvolupament de l'activitat assistencial. *Scientia (Dipòsit d'Informació Digital del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya)*. Juny, 2020.
- Paskins Z, Crawford-Manning F, Bullock L, Jinks C. Identifying and managing osteoporosis before and after COVID-19: rise of the remote consultation? *Osteoporos Int*. 2020;31(9):1629-32.
- Slater H, Dear BF, Merolli MA, Li LC, Briggs AM. Use of eHealth technologies to enable the implementation of musculoskeletal Models of Care: Evidence and practice. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(3):483-502.
- Palcu P, Muncie S, Jaglal SB, Allin S, Chishtie JA, Silverstein A, et al. Understanding patient experiences and challenges to osteoporosis care delivered virtually by telemedicine: a mixed methods study. *Osteoporos Int*. 2020;31(2):351-61.
- Gallacher S, Alexander S, Beswetherick N, Carr W DA, Gittos N, Gray A, et al. Effective secondary prevention of fragility fractures: clinical standards for fracture liaison services. *Royal Osteoporosis Society*; 2019.
- Wosik J, Fudim M, Cameron B, Gellad ZF, Cho A, Phinney D, et al. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(6):957-62.
- Garg V, Brewer J. Telemedicine security: A systematic review. *J Diabetes Sci Technol*. 2011;5:768-77.
- Kanis JA, Harvey NC, McCloskey E, Bruyère O, Veronese N, Lorentzon M, et al. Algorithm for the management of patients at low, high and very high risk of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*. 2020;31(1):1-12.