

Autores: S. Ojeda¹, A. Naranjo¹, M. Giner², L. Canals³, M. Balcells-Oliver³, D. Prieto-Alhambra⁴
1. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria 2. Ud. Metabolismo Óseo (Medicina Interna), Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla 3. Amgen, Barcelona 4. NDORMS, Oxford

Introducción

- Las Unidades de Coordinación de Fracturas (FLS) en los hospitales mejoran la prevención secundaria de fracturas osteoporóticas, identificando y tratando apropiadamente a los pacientes con fracturas por fragilidad. Una comunicación efectiva entre la FLS y Atención Primaria (AP) permitiría a AP realizar un mejor manejo de la osteoporosis (OP) a largo plazo tras las recomendaciones iniciales efectuadas por la FLS^{1,2}.

Objetivo

- Identificar y estandarizar en un documento de buenas prácticas los aspectos más relevantes para el desarrollo de una FLS y su coordinación con AP, de manera que se garantice la continuidad asistencial del paciente con fractura por fragilidad.

Resultados

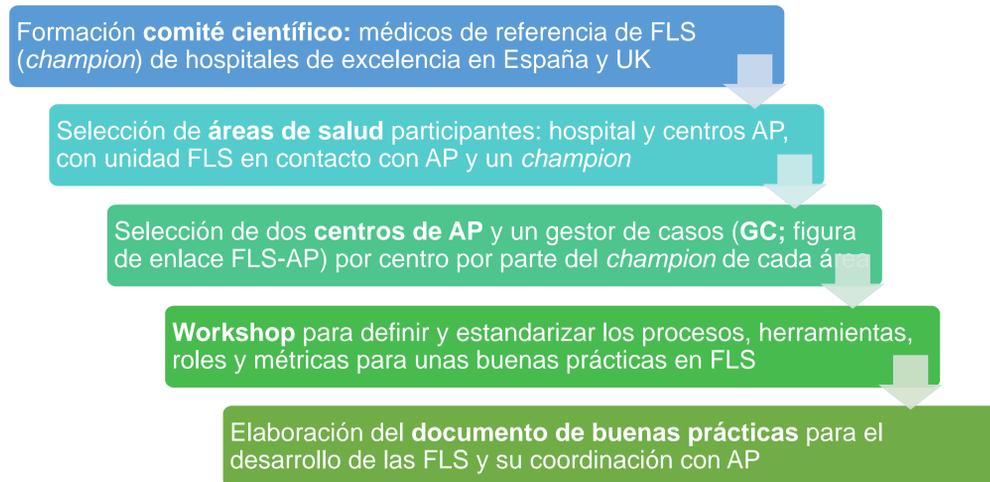
- Se seleccionaron siete FLS, con un *champion* y dos gestores de casos (GC) por área.
- Participaron en el workshop el comité científico, los *champion* de cada FLS y los GC. Partiendo de las experiencias de centros de referencia (Hospital Dr. Negrín y NDORMS), cada FLS expuso su funcionamiento y relación con AP.
- Se identificaron **cuatro necesidades** principales para el desarrollo y coordinación FLS-AP y sus correspondientes **recomendaciones**. Asimismo, se definieron los **indicadores de rendimiento** de esta coordinación (Tabla 1).

Tabla 1: Recomendaciones para la coordinación FLS hospital-AP e indicadores de rendimiento

Necesidad	Recomendación	Indicador de rendimiento
1. Sistema de comunicación hospital-AP 	Vías: <ul style="list-style-type: none"> • Consultor (presencial o virtual) • Dirección correo electrónico • Reuniones periódicas • Protocolos de actuación (derivación, tratamiento) • Rotación personal AP por la FLS • Identificación de pacientes con fractura por fragilidad desde AP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vías establecidas y utilización
2. Informes clínicos remitidos del hospital a AP 	Vía: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Historia clínica • Correo interno a AP • Plataforma informática Métricas: <ul style="list-style-type: none"> • Filiación del paciente • Antecedentes de fractura y fractura actual • Riesgo futuras fracturas: DXA y FRAX con DXA • Tratamiento previo, función renal, comorbilidades, otros (ej. efecto adverso previo) • Analítica y radiografía de columna (si se realiza) • Recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • % informes emitidos por la FLS para el médico de AP, respecto al total de la FLS • % de informes que recibe AP, respecto al total de fracturas de la FLS

Material y Método

Figura 1: Fases de desarrollo del estudio



Necesidad	Recomendación	Indicador de rendimiento
3. Control de adherencia 	En los 6 primeros meses tras la indicación de tratamiento, registrar adherencia en: <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos de la FLS • Historia clínica de AP 	<ul style="list-style-type: none"> • % adherencia terapéutica en los 6 primeros meses, respecto al total de pacientes con indicación de tratamiento • % adherencia al tratamiento por centro de salud (comparar prescripción por centros)
4. Seguimiento del paciente en AP 	Seguimiento en los 6 meses siguientes a la recepción del informe de la FLS: <ul style="list-style-type: none"> • Responsable: enfermera (y/o médico de AP) • Generación automática de cita de seguimiento; o copia del informe clínico para la enfermera (para citar al paciente con fractura por fragilidad); o sesiones grupales de prevención secundaria (ante falta de capacidad/tiempo para sesiones individuales) Fomento del seguimiento mediante un plan formativo , que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Material homogéneo y básico con información sobre prevención secundaria, tratamientos OP, medidas no farmacológicas, casos clínicos, etc. • Médicos de AP en el equipo formador (junto con los médicos de la FLS) • Enfermeras y fisioterapeutas en las sesiones formativas 	Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Cita específica para OP en la plataforma informática de AP en los 6 meses siguientes • % pacientes con anotación del riesgo de re-fractura en la historia clínica de AP Plan formativo: <ul style="list-style-type: none"> • Nº de sesiones formativas realizadas en AP • % profesionales del centro que asisten a las sesiones formativas

Referencias

- International Osteoporosis Foundation (IOF). <http://share.iofbonehealth.org/WOD/2016/thematic-report/WOD16-report-WEB-SP.pdf>.
- Harvey NCW et al. *Osteoporos Int.* 2017;28(5):1507-29.



QR para descargar el póster



CONCLUSIONES

Los aspectos clave identificados para el desarrollo de las FLS y su coordinación con AP son: **promover la comunicación FLS-AP, estandarizar los informes clínicos, controlar la adherencia y mejorar el seguimiento del paciente. Las recomendaciones de buenas prácticas podrán contribuir al manejo y seguimiento óptimo del paciente con fractura por fragilidad.**