

**Autores:** Cancio JM<sup>1</sup>, Duaso E<sup>2</sup>, Mora J<sup>3</sup>, Pablos C<sup>4</sup>, Giner M<sup>5</sup>, Balcells-Oliver M<sup>6</sup>, Naranjo A<sup>7</sup>

1. Servicio de Geriátria. Centre Sociosanitari El Carme. Badalona Serveis Assistencials (BSA), Barcelona; 2. Servicio de Geriátria. Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona; 3. Servicio de Geriátria. Coordinador FLS Hospital Clínico San Carlos. Madrid. 4. Servicio de Geriátria. Complejo Asistencial Universitario Salamanca, Salamanca; 5. Ud. Metabolismo Óseo (Medicina Interna) Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; 6. Amgen, Barcelona; 7. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

## Introducción


- La población de edad avanzada presenta un alto riesgo de fracturas osteoporóticas, así como de fracturas posteriores<sup>1,2</sup>. Existe evidencia suficiente para promover el tratamiento de la osteoporosis (OP) en esta población; sin embargo, hay una baja prevalencia de tratamiento y una baja persistencia<sup>1</sup>. Las Unidades de Coordinación de Fracturas (FLS) mejoran la prevención secundaria de fracturas osteoporóticas, identificando y tratando apropiadamente a los pacientes<sup>3</sup>. La comunicación efectiva entre la FLS y Atención Primaria (AP) puede contribuir a optimizar el manejo de la OP a largo plazo.


## Objetivo

- Describir las prácticas actuales seguidas en las FLS españolas para la atención del paciente con fractura.

## Material y Método

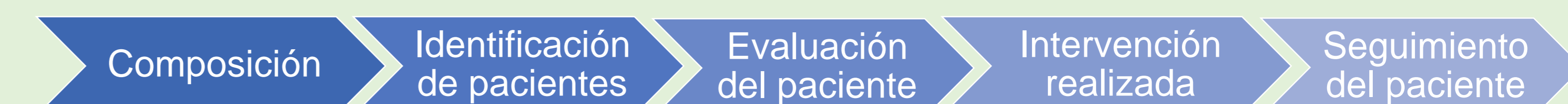
- Reunión de un grupo de trabajo (n=32) constituido por:

 **Comité científico** (1 miembro FLS UK, 2 miembros FLS española de referencia).

 **Expertos en osteoporosis de 7 FLS españolas (champion)** (n=10).

 **Gestores de casos** de centros de atención primaria (n=19).

- Presentación del funcionamiento de cada FLS por parte del *champion*.



- Discusión grupal.

## Resultados

- Se presenta el resumen de las prácticas actuales en la FLS de referencia (H. Universitario Dr. Negrín, Canarias) y las 7 FLS españolas (Centre Sociosanitari El Carme, Barcelona; H. de Igualada, Barcelona; H. Clínico San Carlos, Madrid; Complejo Asistencial Universitario Salamanca, Salamanca; H. Universitario Virgen Macarena, Sevilla; H. Son Llatzer, Mallorca; H. Vital Álvarez Buylla, Asturias), y su coordinación con AP.

Estándar	Características	% FLS
<b>1. Composición</b>	Equipo multidisciplinar (reumatólogos/as, traumatólogos/as, geriatras, enfermeros/as...).	
	• <b>Coordinado por geriatra</b>	50,0%
	• Integrado/con la colaboración de traumatólogos	87,5%
	• Integrado por enfermeros	62,5%
	• Gestor de casos poco extendido	37,5%
	• Colaboración con AP	75%
	• Colaboración de un médico rehabilitador	50,0%
	• Colaboración del servicio de farmacia	37,5%
	• Apoyo de un nutricionista, un técnico de radiodiagnóstico o de personal de administración	25,0%
<b>2. Vías de identificación de pacientes</b>	• <b>Listado de urgencias</b>	75,0%
	• Servicio de reumatología	37,5%
	• Unidad de ortogeriatría	37,5%
	• AP	37,5%
<b>3. Evaluación</b>	Valoración del estado del paciente mediante:	
	• <b>Analítica</b>	100,0%
	• <b>Densitometría</b>	87,5%
	• <b>Radiografía de columna vertebral</b>	75,0%
	• FRAX	37,5%
	• Valoración nutricional	37,5%
	• Escala de riesgo de caídas	37,5%
	• TBS	25,0%
• Valoración de la capacidad funcional	12,5%	

Estándar	Características	% FLS
<b>4. Intervención</b>	• <b>Tratamiento farmacológico</b>	100,0%
	• Calcio y Vitamina D	75,0%
	• Escuela de prevención de caídas	62,5%
	• <b>Recomendaciones nutricionales</b>	87,5%
	• Recomendaciones sobre el estilo de vida	75,0%
	• Recomendaciones de rehabilitación de la marcha	50,0%
	• Recomendaciones sobre ejercicio físico	37,5%
<b>5. Seguimiento</b>	<b>Cita presencial:</b>	
	• En el hospital y en AP	37,5%
	• Exclusivamente en el hospital	37,5%
	• Exclusivamente en AP	25,0%
	Llamada telefónica	37,5%
Plataforma prescripción electrónica	12,5%	
<b>6. Conexión con AP</b>	• Vía establecida para la conexión continuada (email/teléfono/fax o consulta virtual)	75,0%
	• Envío del informe clínico del paciente con fractura (envío directo, a través del paciente, o compartido en programa informático común)	75,0%
	• Charlas informativas periódicas en el centro de AP	25,0%
	• Figura definida para la conexión con AP (técnico de apoyo a la dirección médica de AP o enfermero/a gestor de casos).	25,0%

AP: Atención Primaria, FRAX: Fracture Risk Assessment Tool; TBS: Trabecular Bone Score

## Referencias

- Sanli I. Aging Clin Exp Res. 2018 [ahead to print].
- Ahmed LA. J Bone Miner Res. 2013;28(10):2214-21.
- Harvey NCW. Osteoporos Int. 2017;28(5):1507-29.




## CONCLUSIONES

Conocer las prácticas actuales en las FLS españolas permite identificar y establecer estrategias de mejora para optimizar el manejo de los pacientes con fractura, pudiendo contribuir a mejorar las tasas de tratamiento, la adherencia y la tasa de re-fractura.