

CONSENSO DE EXPERTOS SOBRE ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD

Autores | Josep Blanch¹, José Carlos Bastida^{2,3}, Laura Canals⁴, Cristina Carbonell^{5,6}, Enrique Casado⁷, Luis Lizán^{8,9}, José Luis Pérez Castrillón¹⁰

1. Servicio de Reumatología, Hospital del Mar, Barcelona; 2. Medicina de familia, centro de Salud de Marín, Pontevedra; 3. Coordinador nacional Grupo de Osteoporosis SEMG; 4. Amgen, Barcelona; 5. Instituto Catalán de la Salud (ICS), Barcelona; 6. Universidad de Barcelona; 7. Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Parc Taulí (UAB), Sabadell; 8. Outcomes'10, Castellón; 9. Universitat Jaume I, Castellón; 10. Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

Promovido por:

INTRODUCCIÓN

Las personas con una fractura por fragilidad tienen mayor riesgo de sufrir nuevas fracturas¹⁻³. Sin embargo, existe una importante brecha en el tratamiento, por lo que es necesario intensificar los esfuerzos para optimizar la prevención secundaria de fracturas⁴.

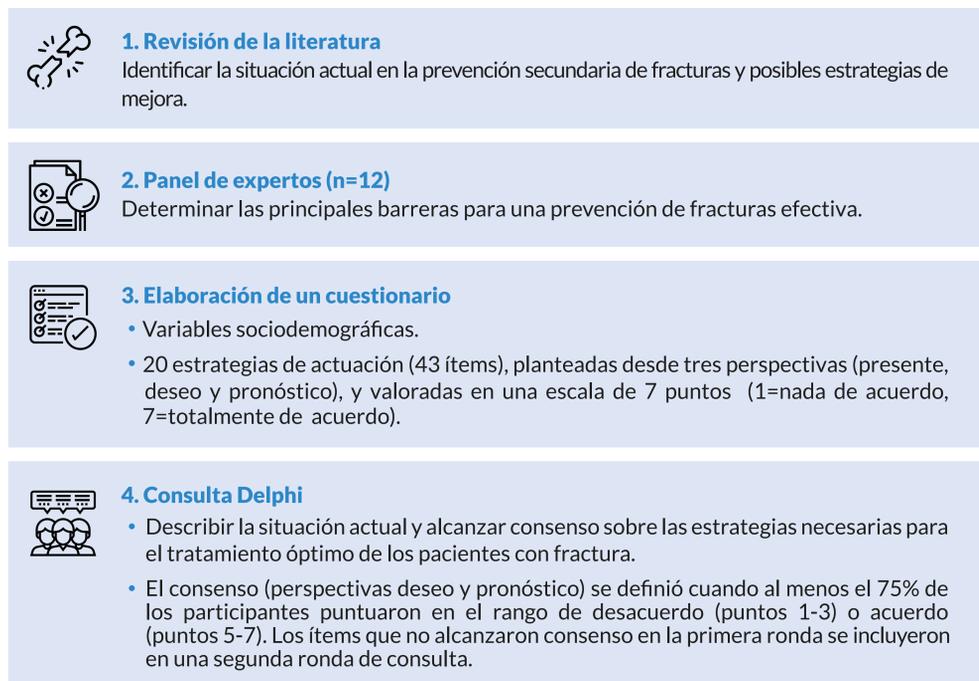
OBJETIVO

Establecer un consenso de actuación multidisciplinar entre profesionales sanitarios para mejorar la prevención secundaria de fracturas osteoporóticas en España.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio liderado por un comité científico multidisciplinar (2 reumatólogos, 2 médicos de atención primaria, 1 internista) y desarrollado en 4 fases (Figura 1).

Figura 1: Fases del estudio



RESULTADOS

De los 102 profesionales contactados, 75 respondieron la primera ronda de consulta (Tabla 1) (tasa de respuesta: 73,5%), y 69 respondieron la segunda ronda (tasa de respuesta: 92,0%).

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes

EDAD [media años (DE)]	ESPECIALIDAD [% (N)]		TIEMPO DE EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD [media años (DE)]
51,8 (10,1)	 Reumatología 24,0% (18)	 Ginecología 8,0% (6)	22,3 (10,9)
SEXO [% (N)]	 Médico de atención primaria 21,3% (16)	 Endocrinología y nutrición 6,7% (5)	
 Mujer 40,0% (30)	 Geriatría y gerontología 14,7% (11)	 Cirugía ortopédica y traumatología 4,0% (3)	
 Hombre 60,0% (45)	 Medicina interna 8,0% (6)	 Otros* 5,4% (4)	
	 Medicina física y rehabilitación 8,0% (6)		
	 TIEMPO DE EJERCICIO DE LA ESPECIALIDAD [media años (DE)]		

*Directivo/gestor sanitario (n=2), Nefrología (n=1), Profesor UAH anatomía (n=1); DE: desviación estándar.

Situación actual

Las principales barreras para una prevención secundaria efectiva son la falta de: homogeneidad en los informes clínicos del paciente con fractura; sistemas de comunicación eficientes atención primaria-hospital; control sistemático de la adherencia al tratamiento; uso de cuestionarios de calidad de vida.

Deseo y pronóstico

- Todos los ítems alcanzaron consenso desde la perspectiva deseo.
- El 58,1% de los ítems alcanzaron consenso desde la perspectiva pronóstico, señalando un menor optimismo sobre la factibilidad de implementar determinadas acciones a medio plazo: 1) aplicar estrategias para la prevención de fracturas; 2) homogeneizar los informes clínicos; 3) promover una comunicación efectiva atención primaria-hospital; 4) mejorar la información proporcionada al paciente; 5) controlar sistemáticamente la adherencia al tratamiento o; 6) utilizar cuestionarios de calidad de vida (Figuras 2-7).

*Se recuadran en amarillo los ítems que no han alcanzado consenso.

Figura 2: Aplicación de estrategias para mejorar la prevención de fracturas

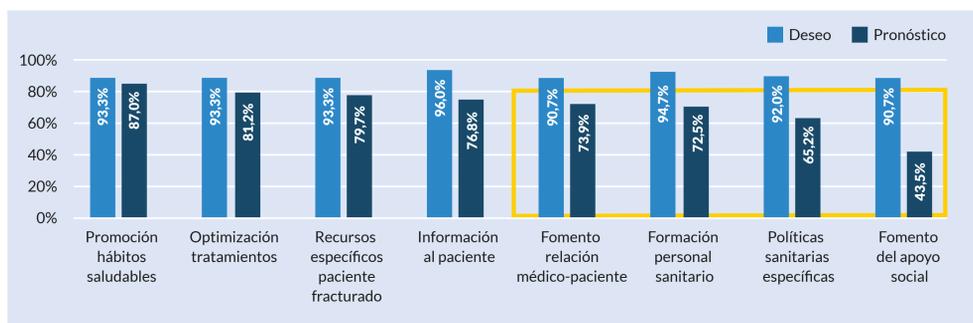


Figura 3: Homogeneidad informes clínicos

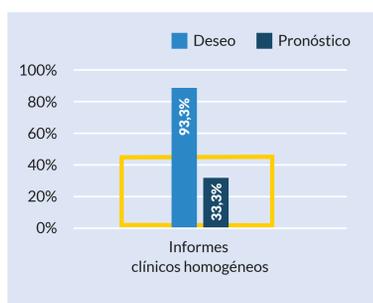
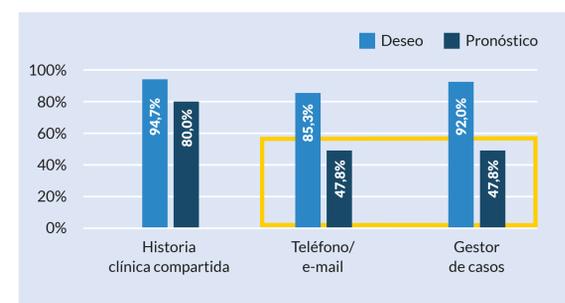


Figura 4: Promoción de la comunicación AP-hospital



AP: Atención primaria

Figura 5: Información al paciente



Figura 6: Control de adherencia al tratamiento

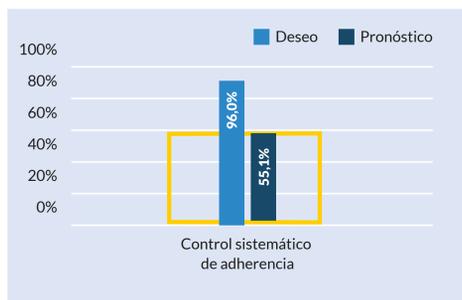
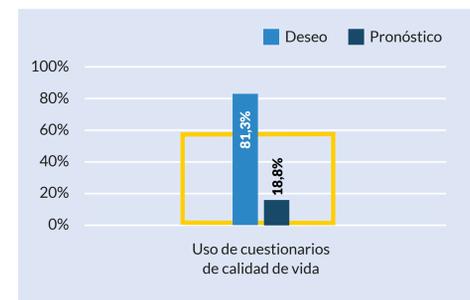


Figura 7: Uso de cuestionarios de calidad de vida



CONCLUSIONES

Aunque existe un consenso multidisciplinar respecto al deseo de implementar estrategias para optimizar la prevención secundaria de fracturas, algunos aspectos se consideran de difícil aplicación. Los esfuerzos deberán centrarse en aquellas cuestiones con mayores divergencias entre el deseo y el pronóstico, definiendo acciones que mejoren la gestión de la prevención secundaria.

REFERENCIAS

1. Bogoch ER. J Bone Jt Surg. 2006;88(1):25. 2. Center JR. JAMA. 2007;297(4):387. 3. Robinson CM. J Bone Joint Surg Am. 2002;84-A(9):1528-33. 4. Kanis JA. Osteoporos Int. 2017;28(7):2023-34.

AGRADECIMIENTOS

Sara García Carazo (FHOEMO), Silvia González (AEEM), Esteban Jodar (SEEN), Domingo del Cacho (SEDISA), Jimena Ramón García (SEFAP), Jesús González Macías (SEFRAOS), Alfonso González Ramírez (SEGG), Alberto Sacristán Rubio (SEMERGEN), Vicente Giner Ruiz (SEMFYC), Antonio Naranjo (SER), Cristina Alonso (SEMEG) y M^a Elena Martínez Rodríguez (SERMEF) han participado en el panel de expertos del estudio.