

## Proyecto Salud ósea: Reduzcamos los riesgos de fractura secundaria causada por fragilidad ósea (Osteoporosis)

Calidad Asistencial en las Unidades de Prevención de Segunda Fractura en pacientes con fragilidad ósea.

Proyecto de desarrollo de criterios y estándares de buena práctica.

Acreditación Unidades Prevención Segunda Fractura

Informe final Fase 1

**Índice de Contenido**

|   |    |
|---|----|
| Participantes en el Proyecto .....      | 3  |
| Introducción .....                      | 4  |
| Objetivos .....                         | 4  |
| Qué es una Norma y para que sirve ..... | 5  |
| Metodología .....                       | 6  |
| Resultado .....                         | 11 |
| Conclusiones y siguientes pasos .....   | 17 |
| Bibliografía .....                      | 18 |
| Anexos .....                            | 20 |

## PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

### **Comité de Dirección**

Josep Blanch, reumatólogo

Enric Duaso, internista y geriatra

Daniel Martínez, médico de familia

Antonio Naranjo, reumatólogo

### **Coordinación del Proyecto**

Manel Santiñà, SECA

María José Bueno, SECA

### **Comité Asesor**

Patrocínio Ariza, fisioterapeuta

Max Brosa, Oblikue Consulting

José Ramón Caeiro, traumatólogo

Natividad Calvente, farmacéutica

Anna Garcia-Altés, economista

Esteban Jodar, endocrinólogo

María Elena Martínez, rehabilitadora

Rafael Micó, médico de familia

Amparo Molina, enfermera

María Jesús Moro, internista

Santiago Palacios, FHOEMO

Carlos Rus, SEDISA

Josep Vergés, AECOSAR

## Introducción

En España se producen cada año más de 300.000 fracturas por fragilidad ósea cada año, ocasionando un gasto sanitario que supera los 4.200 M de € en el conjunto de países de la Unión Europea.

Se estima que unos 3 millones de personas tienen osteoporosis, siendo las mujeres el género más afectado.

El coste sanitario por fracturas por fragilidad en España es similar a la de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y supera al del Accidente Vascular Cerebral (AVC).

Tras una fractura, la persona que la ha sufrido tiene un riesgo cinco veces mayor que la población que no la ha sufrido a tener una segunda fractura en los dos años siguientes a la de la primera.

Las fracturas por fragilidad ósea se pueden prevenir, pero se considera que tres cuartas partes de las mujeres españolas de más de 50 años no reciben ni realizan ningún tipo de acción preventiva, ni tan siquiera las que han sufrido una primera fractura.

Dado al alargamiento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población y el aumento de la población de más de 50 años, en muchos casos con problemas de salud crónicos, se estima que la incidencia de fracturas por fragilidad ósea crecerá un 30% en esta década.

La Internacional Osteoporosis Foundation (IOF) recomienda realizar diferentes acciones de acuerdo con la siguiente hoja de ruta:

1. Priorizar la prevención de fracturas secundarias
2. Crear protocolos asistenciales nacionales consensuados (código de fractura)
3. Desarrollar e implantar modelos asistenciales post-fractura
4. Reforzar los registros de seguimiento de las fracturas por fragilidad y el impacto de los modelos asistenciales post-fractura
5. Elaborar una guía para reducir las listas de espera para intervenciones quirúrgicas de fracturas de cadera.
6. Mejorar y armonizar la asistencia post-fractura a través de indicadores y normas de calidad
7. Realizar campañas de sensibilización y compromiso de los pacientes

Articular estas acciones, favorecer su implementación en el Sistema de Salud, mejorando la coordinación entre especialistas y Centros, implicando a los pacientes y cuidadores, es el objetivo de este proyecto que obviamente tiene como finalidad última la prevención de las fracturas causadas o favorecidas por la osteoporosis.

## Objetivos

1. Diseñar la ruta o trayectoria asistencial (Patient Path Flow) de Prevención de la Fractura secundaria por fragilidad ósea causada por la osteoporosis.

La trayectoria asistencial debería permitir establecer los pasos básicos del paciente que ha sufrido una fractura primaria, su identificación en el medio hospitalario, y relacionarla con la presencia de osteoporosis, como agente causal, y su control evolutivo posterior en la asistencia primaria.

2. Establecer los criterios clave del proceso y los resultados a conseguir, basado en las recomendaciones de la IOF y de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM).

Decidir cuáles son las acciones que realizar en cada momento, lugar y situación. Los resultados a conseguir deberán permitir evaluar el éxito de las acciones y conocer que cambios hay que introducir para mejorar la situación.

3. Elaborar una norma de acreditación de Unidades de Prevención de la Segunda Fractura (UPSF) que facilite aplicar en la práctica del Sistema Nacional de Salud de España las recomendaciones de la IOF y la SEIOMM

La norma de acreditación debería ayudar a la implementación del modelo asistencial conformado por la trayectoria del/a paciente en una determinada área de salud, comunidad o centro, estableciendo un conjunto de criterios y subcriterios que orienten a los profesionales en su implementación.

4. Implementar la norma de acreditación y reconocer las UPSF que las aplican con éxito.

La implementación de la norma de acreditación tendría como finalidad el apoyo a los profesionales y Centros que estén trabajando en el modelo, reconociendo su trabajo y estimulando la mejora continua del proyecto iniciado.

### Que es una Norma de Acreditación y para que sirve

Es el conjunto de criterios, indicadores y estándares desarrollados con la finalidad de asegurar la buena calidad de una unidad asistencial, de un proceso asistencial o de un sistema de salud.

Los criterios van a definir y orientar el nivel de Calidad Asistencial a conseguir o mantener, son los que dicen como debe de ser la práctica para que sea aceptable.

Los indicadores y estándares se deben de desarrollar una vez definidos los criterios, pues su finalidad es ayudar o facilitar el cumplimiento de los criterios. El indicador nos dirá hasta que punto se satisface el criterio. El estándar el grado de cumplimiento aceptable.

La Norma de Acreditación permite a las unidades que la utilizan realizar una autoevaluación para poder conocer cuál es su situación, qué criterios se cumplen y sobre cuáles deben trabajar su mejora.

La Norma de Acreditación permite realizar una auditoría externa, efectuada por profesionales externos a la organización que proporcionen una mirada diferente y desde otros ángulos al trabajo que se está realizando, evaluándolo y elaborando un informe final con conclusiones y recomendaciones con una orientación a la mejora continua.

## Metodología

Este proyecto se ha desarrollado por etapas:

1. Se estableció un Comité de Dirección del Proyecto (CD) formado por 4 profesionales expertos en la prevención de segundas fracturas por fragilidad ósea, principalmente osteoporosis que junto con 2 miembros de la SECA se encargaron de preparar la documentación inicial para el trabajo del Comité Asesor del Proyecto (CA): Propuesta de Trayectoria de lo/as Pacientes (Patient Path Flow), criterios y estándares.
2. Se estableció un CA formado por líderes, expertos, representantes de las diferentes especialidades que atienden pacientes con osteoporosis y representantes de los pacientes, además de los miembros del CD.
3. Se presentó al CA la propuesta de trayectoria de los pacientes (Patient Path Flow) en una Unidad de Prevención de Segunda Fractura (UPSF), del paciente que ha sufrido una fractura primaria causada por fragilidad ósea y los criterios clave para desarrollar la norma de acreditación.
4. Se realizó un estudio Delphi para consensuar los criterios que formarían parte de la Norma de Acreditación de las UPSF
5. En base a ello se ha elaborado este informe final con los resultados del trabajo realizado y los siguientes pasos a realizar.

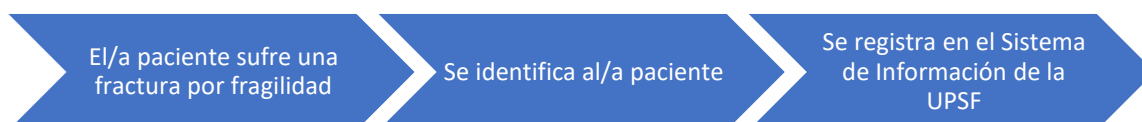
Primer paso: Revisión bibliográfica y Elaboración de propuesta documental

En base a la literatura científica y a la experiencia profesional, se definieron las fases o etapas de la atención al/a paciente que ha sufrido una primera fractura por fragilidad ósea, principalmente causada por la osteoporosis:

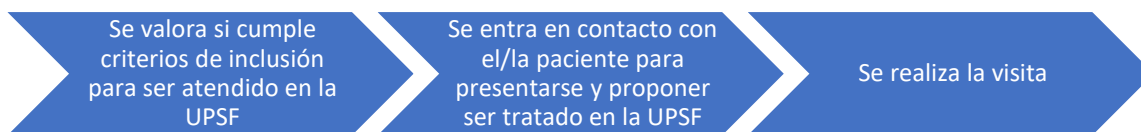


Y se definió la ruta o trayectoria de lo/as pacientes en la UPSF, siguiendo las recomendaciones que la IOF propone, teniendo en cuenta la experiencia profesional y lo que indica la literatura científica al respecto:

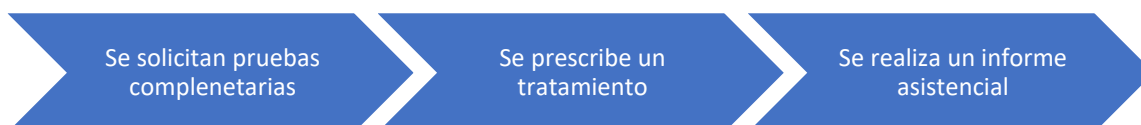
Fase de Identificación



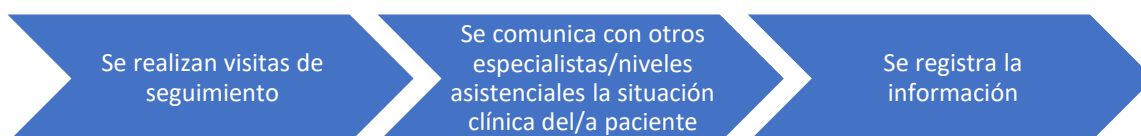
## Fase de evaluación



## Fase de Prescripción



## Fase de Seguimiento



Y se definieron un conjunto de criterios, subcriterios, indicadores y estándares que conformaron la propuesta que se presentaron al Comité Asesor (CA) del proyecto.

Segundo paso: Constitución del CA. Sesión para presentar los objetivos del trabajo, presentación y discusión de la propuesta.

La semana anterior a la reunión se envió la documentación a todos los miembros, participantes en la reunión, con la presentación del porqué del trabajo, de los objetivos a conseguir y una primera propuesta de los criterios, subcriterios, indicadores y estándares que podrían constituir la Norma para su lectura previa a la reunión.

En el CA se presentó la propuesta a desarrollar y consensuar, con las diferentes etapas asistenciales, los criterios, subcriterios y posibles estándares a manejar. En esta sesión de trabajo se suscitó el debate en torno a los pasos de la trayectoria de los pacientes y los criterios principales. Definiéndose 4 pasos: Identificación, Evaluación, Prescripción y Seguimiento. Y una serie de criterios principales que se desglosaron en subcriterios con una primera aproximación de indicadores y estándares.

En total esta primera propuesta se estructuró en 14 criterios y 56 subcriterios, acompañados de ejemplos de posibles indicadores para evaluar su cumplimiento.

Tercer paso: Estudio de consenso de los criterios y subcriterios a manejar, mediante la metodología Delphi. En una primera ronda, a los 17 participantes se les envió un borrador con los 14 criterios y 56 subcriterios, con propuestas de estándares e indicadores que servían de ejemplos de lo que se buscaba evaluar con cada uno de ellos.

Cada uno de los participantes recibió de manera personal una invitación que les permitía poder acceder al estudio Delphi. Esta metodología permitía que cada uno de los participantes valorasen, según su punto de vista, cada uno de los criterios y subcriterios propuestos, para ello en una escala de 1 a 4 puntos, debían determinar su importancia dentro de una norma (1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo, 4 muy de acuerdo). Así mismo podían hacer sugerencias o incluso la posibilidad de incorporar nuevos criterios para ser valorados. Se establecieron 3 niveles de consenso:

- Alto acuerdo, criterios que directamente pasarían a la valoración final
- Dudoso acuerdo, criterios que tenían que ser sometidos a una segunda consulta
- Bajo acuerdo, criterios que directamente serían eliminados de la valoración final

El punto de corte fue determinado por el grado de consenso alcanzado en cada una de las votaciones, para la primera ola se consideró como un alto consenso si el criterio obtenía una puntuación media de más de 3 puntos y una desviación estándar inferior a 0,5. Dudoso consenso si la media era entre 3 y 3,4 puntos con una desviación estándar igual o mayor de 0,5. Y bajo consenso, si las puntuaciones no llegaban a los 3 puntos.

Así mismo en esta primera ronda se solicitó que se indicase también la categoría de cada subcriterio, puntuado en una escala de 1 a 3 puntos (1 esencial, 2 recomendable, 3 no procede). En la pregunta sobre la categoría de cada subcriterio también se siguió el mismo criterio para valorar si había un alto acuerdo en cuanto a la categoría elegida. Así para considerarlo esencial, la puntuación media alcanzada tenía que ser menor de 1,4; para ser considerado recomendable la puntuación media alcanzada tenía que ser igual o superior a 1,4; mientras se consideraron no procedentes aquellas puntuaciones que superaban los 2 puntos. En las tres situaciones, sería dudoso si la desviación estándar era igual o mayor a 0,5.

También se solicitaba la opinión con relación a los indicadores y estándares que ilustraban la valoración de cada subcriterio. En este caso solo se solicitaba la opinión y no que se puntuase.

El resultado fue que todos los criterios se situaron en una franja de puntuaciones medias que iba de los 3,59 a los 3,88 puntos. Entraron en la segunda ola ronda del Delphi aquellos en que había aportaciones que podían mejorar la definición del Criterio o en los que había una cierta confusión en su redactado.

Teniendo en cuenta que cada Criterio enmarca un área de trabajo, un paso de la trayectoria del paciente, que se desarrolla a través de los subcriterios que serán los que se deberán trabajar y evaluar mediante los indicadores y estándares que se irán definiendo en el modelo de evaluación, se propuso los siguientes cambios:

*Criterio 2: Sistema de Identificación a través de listados, por gestora de casos o derivados de otro nivel asistencial.* Que haya un Sistema de Identificación no había generado controversia, pero si el modo en como se desarrollaba, por lo que se propuso que este criterio se denominara: *Sistema de Identificación.*



Criterio 5 *Aceptación del/la Paciente*. Este criterio lo que quiere es valorar es que el paciente esté informado de cuál es su situación (riesgo de sufrir una segunda fractura), que se le propone y que haya una aceptación, de ello, por parte del paciente. Es decir, información, dialogo para entender y resolver dudas, y aceptación/compromiso. La base de las decisiones compartidas, de la Participación del paciente en las decisiones asistenciales. Como generó dudas y controversia, se propuso titularlo Aceptación del/la Paciente (Decisiones Compartidas).

Criterio 6 *Se recogen todos los datos necesarios*, la propuesta fue realizar un cambio mínimo en el redactado: *Recogida de todos los datos necesarios*

Criterio 8 *Tratamiento prescrito incluye tratamiento prescrito rechazado*. Los comentarios recibidos iban en el sentido de denominarlo *Tratamiento prescrito*, eliminando la segunda parte.

Criterio 12A *Registro en la Historia Clínica* y 12B *Registro en la Base de Datos de la UPSF*. Diferentes panelistas abogaron por tener un registro único y que este estuviera en el Sistema de Información de la Organización e indicaban que el criterio 3 ya abordaba este tema, por tanto, se propuso eliminarlos.

Las valoraciones de los subcriterios se situaron en una franja de puntuaciones medias que iba de los 3,06 a los 3,88 puntos. En este caso si que había 16 de dudosos que debían de volver a ponderarse en la segunda ronda

3 subcriterios recibieron comentarios de que estaban repetidos y llevaban a confusión, por lo que se decidió eliminarlos y no incluirlos en la segunda ronda. Entraron en ésta aquellos subcriterios que, por las aportaciones recibidas, se cambió el redactado para hacerlo mas entendible.

Respecto a los subcriterios se propuso:

Eliminar el 1D por estar repetido con el 1E, tal como indicaban los panelistas. Y cambiar en éste su redactado, proponiendo fuera: *La UPSF tiene un protocolo asistencial actualizado*.

Cambiar el redactado del 2C *El Sistema de Identificación es conocido en los centros de Atención Primaria de la zona de referencia* parecía que situábamos las UPSF en el ámbito hospitalario, cuando pueden estar en cualquier nivel asistencial, por el siguiente: *El Sistema de Identificación es conocido por los Centros que dan Continuidad a la Asistencia prestada en la UPSF*.

5A *La UPSF tiene establecido un modelo de Consentimiento Informado para los pacientes que son atendidos en esta Unidad Asistencial*. Como indicaron los comentarios de los panelistas, el CI no es una obligación en este caso, pues no entra en los supuestos en que este lo sea. La idea de enfocar los subcriterios de este grupo, en el desarrollo del CI no pareció pues la más acertada, por ello en la segunda ronda propusimos enfocarlos, en base a la participación de los pacientes, las decisiones compartidas:

6C *Se actualiza el procedimiento de trabajo, como mínimo cada 3 años, se propone eliminar el como mínimo cada 3 años, pues generaba controversia.*

7B *Se registra en la HC y/o en la BD de la UPSF las pruebas complementarias solicitadas y su resultado.* Los comentarios de los panelistas fueron en el sentido de no duplicar registros e integrar la información en el sistema de información de la organización. Por lo que se propuso cambiar el redactado: *Se registra en el Sistema de Información de la Organización las pruebas complementarias solicitadas y su resultado.*

8B *Se registra en la HC y en la BD de la UPSF el tratamiento prescrito.* Los mismos comentarios recibidos que en el caso del 7B, por lo que también se modificó y se propuso: *Se registra en el Sistema de Información de la Organización el tratamiento prescrito.*

9C *Se actualiza el procedimiento de trabajo, como mínimo cada 3 años, se propuso eliminar el como mínimo cada 3 años. Misma situación que en los subcriterios 1E y el 6C.*

9D *Se evalúa que los informes asistenciales contengan la información necesaria de acuerdo con el RD 1093/2010 para ser entendidos por los pacientes y para que otras especialidades puedan conocer el diagnóstico y el tratamiento prescrito.* Este redactado suscitó diversos comentarios, por lo que se propuso simplificarlo: *Se evalúa que los informes asistenciales contengan la información que permita que pacientes y otras especialidades conozcan el diagnóstico y el tratamiento prescrito.*

11D *Se evalúa la efectividad de la comunicación con otros especialistas.* Este subcriterio recibió varios comentarios en el sentido de la dificultad de como medir esta efectividad. No se propuso ningún cambio en su redactado, pero si entró en la segunda ronda para confirmarlo o no.

Los subcriterios 12A, 12B, 12C y 12D se eliminarían en base a lo comentado en relación con el criterio 12. En este caso en la segunda ronda se preguntaría si se esta de acuerdo con su eliminación.

Los subcriterios también fueron valorados a fin de determinar a qué categoría corresponderían, esenciales, recomendables o no procede. Aquellos en los que había más dispersión en las valoraciones y que suscitaron más comentarios, entran en la segunda ronda del Delphi para acabar de concretar en que categoría los situamos.

Las opiniones respecto a los indicadores y estándares planteados se recogieron, sirvieron para ponderar mejor las valoraciones recibidas y conocer las dificultades que entrañaba un determinado subcriterio en cuanto a como evaluarlo.

En resumen, en la segunda ronda pasaron a valorarse 5 de los 12 criterios (2 quedaban eliminados en la primera ronda), 16 de los 52 subcriterios (4 quedaban eliminados en la primera ronda). En 25 de los subcriterios también debían valorar la categoría.

En la segunda ronda se presentaba un documento Excel con todas las puntuaciones alcanzadas por cada criterio y subcriterio, solicitando que volviesen a puntuar aquellos

que no habían alcanzado un alto acuerdo en la primera ronda y pidiendo también el acuerdo para eliminar aquellos que habían obtenido un bajo acuerdo en esa primera ronda.

En esta segunda ronda también se incluía una propuesta de los tres niveles de acreditación que tendría la Norma: básico, avanzado, excelente.

### Resultado

En la figura que se presenta en las páginas 12 a 16, se puede ver como quedaría estructurada la Norma.

En la primera columna se presentan las fases de la atención. En la segunda columna las etapas de la ruta asistencial del paciente. En la tercera, los criterios con su definición. En la cuarta, los subcriterios. En la quinta columna la definición de éstos. Y en la sexta la categoría a la que quedaría adscrito cada subcriterio.

En la **fase de identificación**, es donde el/la paciente ha sufrido la fractura por fragilidad ósea, mayoritariamente por osteoporosis. Donde se tiene que identificar a la paciente que la ha sufrido y se tiene que registrar sus datos. Para ello se han definido 3 criterios que a su vez se han desglosado en 4 o 5 **subcriterios**; de los cuales 4 se han considerado **esenciales**: tener un protocolo asistencial; tenerlo implementado; tener un sistema de identificación y tener establecido un sistema de registro de los pacientes que son atendidos en la UPSF.

En la **fase de evaluación**, es donde se comprueba si el/la paciente reúne las condiciones para ser atendido en la UPSF. Donde se realiza el primer contacto y se recogen sus datos clínicos. Para ello se han definido 3 criterios que a su vez se han desglosado en 3 o 4 **subcriterios**; de los cuales 3 se han considerado **esenciales**: utilizar los criterios de inclusión y exclusión para ser atendidos en la UPSF; tener un procedimiento de trabajo que especifique los datos que se deben de recoger en una primera visita y que se aplique.

En la **fase de prescripción**, es donde el/la paciente tiene que hacerse las pruebas complementarias pertinentes. Donde se le prescribe un tratamiento y se realiza un informe asistencial. Por ello se han definido 3 criterios que a su vez se han desglosado en 4 o 5 **subcriterios**; de los cuales 5 se han considerado **esenciales**: la evaluación de las pruebas complementarias (DEXA y analíticas); tener establecido un procedimiento de trabajo para registrar el tratamiento prescrito; registrarlo en el sistema de información de la organización y realizar el informe asistencial.

En la **fase de seguimiento**, es donde el/la paciente debe de asistir a las visitas de seguimiento programadas. Por ello se han definido 2 criterios que a su vez se han desglosado en 5 y 3 subcriterios; de los cuáles ninguno se ha considerado esencial.

| FASES DE ATENCIÓN      | ETAPAS RUTA ASISTENCIAL                          | CRITERIOS   | SUBCRITERIOS   | DEFINICION  | CATEGORIA    |
|------------------------|--|---|----------------|---|--------------|
| FASE DE IDENTIFICACIÓN | El/la paciente sufre una fractura por fragilidad | CRITERIO 1: Protocolo de la UPSF propio o de Sociedad Científica compartido con otros niveles asistenciales | Subcriterio 1A | Existencia de un protocolo asistencial que contemple que cualquier persona de $\geq 50$ años, con fractura por fragilidad (de vértebra, cúbito/radio, húmero, cadera, rama pélvica) debe ser valorado en la UPSF. | Esencial     |
|                        |  |   | Subcriterio 1B | El protocolo asistencial se ha presentado a otros niveles asistenciales.  | Recomendable |
|                        |  |   | Subcriterio 1C | La UPSF implementa el protocolo asistencial   | Esencial     |
|                        |  |   | Subcriterio 1D | La UPSF tiene un protocolo asistencial actualizado  | Recomendable |
|                        |  |   | Subcriterio 1E | La UPSF evalúa los resultados obtenidos con la aplicación del protocolo asistencial   | Recomendable |
|                        | La UPSF identifica al paciente                   | CRITERIO 2: Sistema de identificación   | Subcriterio 2A | Existencia de un sistema de identificación  | Esencial     |
|                        |  |   | Subcriterio 2B | El sistema de identificación es conocido por los profesionales del centro   | Recomendable |
|                        |  |   | Subcriterio 2C | El sistema de identificación es conocido en los centros que dan continuidad a la asistencia prestada en la UPSF   | Recomendable |
|                        |  |   | Subcriterio 2D | La UPSF tiene actualizado su sistema de identificación  | Recomendable |
|                        |  |   | Subcriterio 2E | La UPSF evalúa los resultados obtenidos mediante el sistema de identificación   | Recomendable |

|                    |   |  |                |   |              |
|--------------------|---|--|----------------|---|--------------|
|                    | Se registra al paciente   | CRITERIO 3: Sistema de Registro de la UPSF     | Subcriterio 3A | La UPSF tiene establecido un sistema de registro de los pacientes que son atendidos en la Unidad Asistencial  | Esencial     |
|                    |   |  | Subcriterio 3B | La UPSF tiene actualizado su sistema de registro  | Recomendable |
|                    |   |  | Subcriterio 3C | El sistema de registro de la UPSF permite evaluar los resultados asistenciales y compararlos con otras UPSF   | Recomendable |
| FASE DE EVALUACION | La UPSF determina si el/la paciente cumple los criterios para ser atendido en la Unidad | CRITERIO 4: Criterios de inclusión y exclusión | Subcriterio 4A | La UPSF tiene establecidos los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes que pueden ser atendidos en esta Unidad Asistencia y se recogen en un check list | Recomendable |
|                    |   |  | Subcriterio 4B | La UPSF tiene implementados los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes que pueden ser atendidos en esta Unidad Asistencial                             | Esencial     |
|                    |   |  | Subcriterio 4C | La UPSF tiene actualizados los criterios de inclusión y exclusión   | Recomendable |
|                    |   |  | Subcriterio 4D | La UPSF evalúa si los criterios de inclusión y exclusión utilizados cumplen con los objetivos de la Unidad Asistencia   | Recomendable |
|                    | La UPSF contacta con el/la paciente   | CRITERIO 5: Participación del Paciente         | Subcriterio 5A | La UPSF tiene un procedimiento de Decisiones Compartidas  | Recomendable |
|                    |   |  | Subcriterio 5B | La UPSF tiene implementado el procedimiento de Decisiones Compartidas   | Recomendable |
|                    |   |  | Subcriterio 5C | El procedimiento de Decisiones Compartidas esta actualizado   | Recomendable |

|                      |   |  |                |  |              |
|----------------------|---|--|----------------|--|--------------|
|                      | Realización de la Visita                | CRITERIO 6: Recogida de todos los datos necesarios | Subcriterio 6A | Se dispone de un procedimiento de trabajo que especifique los datos que se deben recoger en una primera visita y de acuerdo con el protocolo asistencial de la UPSF        | Esencial     |
|                      |   |  | Subcriterio 6B | Se recogen los datos previstos en una primera visita   | Esencial     |
|                      |   |  | Subcriterio 6C | Se actualiza el procedimiento de trabajo   | Recomendable |
|                      |   |  | Subcriterio 6D | Se evalúa si en la primera visita se registra el nivel de riesgo del/a paciente  | Recomendable |
| FASE DE PRESCRIPCIÓN | Prescripción de Pruebas Complementarias | CRITERIO 7: Pruebas solicitadas                    | Subcriterio 7A | La UPSF tiene establecido el procedimiento de trabajo para registrar las pruebas complementarias indicadas y realizadas a los pacientes atendidos en la Unidad Asistencial | Recomendable |
|                      |   |  | Subcriterio 7B | Se registra en el Sistema de Información de la Organización las pruebas complementarias solicitadas y su resultado   | Recomendable |
|                      |   |  | Subcriterio 7C | Se revisa el procedimiento de trabajo establecido periódicamente   | Recomendable |
|                      |   |  | Subcriterio 7D | Se evalúan las pruebas complementarias solicitadas (DEXA)  | Esencial     |
|                      |   |  | Subcriterio 7E | Se evalúan las pruebas complementarias solicitadas (analíticas)  | Esencial     |

|  |                                   |                                   |                |   |              |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------|---|--------------|
|  | Prescripción del Tratamiento      | CRITERIO 8: Tratamiento prescrito | Subcriterio 8A | La UPSF tiene establecido el procedimiento de trabajo para registrar el tratamiento prescrito a los pacientes atendidos en la Unidad Asistencial                      | Esencial     |
|  |                                   |                                   | Subcriterio 8B | Se registra en el Sistema de Información de la Organización el tratamiento prescrito  | Esencial     |
|  |                                   |                                   | Subcriterio 8C | Se actualiza periódicamente el procedimiento de trabajo   | Recomendable |
|  |                                   |                                   | Subcriterio 8D | Se evalúa el resultado del tratamiento prescrito  | Recomendable |
|  | Elaboración y emisión del Informe | CRITERIO 9: Informe realizado     | Subcriterio 9A | La UPSF tiene establecido un procedimiento de trabajo para elaborar el informe asistencial  | Recomendable |
|  |                                   |                                   | Subcriterio 9B | La UPSF realiza el informe asistencial  | Esencial     |
|  |                                   |                                   | Subcriterio 9C | El procedimiento de trabajo se revisa periódicamente  | Recomendable |
|  |                                   |                                   | Subcriterio 9D | Se evalúa que los informes asistenciales contengan la información que permita que pacientes y otras especialidades conozcan el diagnóstico y el tratamiento prescrito | Recomendable |

|                            |   |   |                        |   |              |
|----------------------------|---|---|------------------------|---|--------------|
| <b>FASE DE SEGUIMIENTO</b> | <b>Realización de visitas de control</b>  | <b>CRITERIO 10: Adherencia</b>  | <b>Subcriterio 10A</b> | La UPFS tiene establecidos el procedimiento de trabajo para realizar el seguimiento adecuado a los pacientes atendidos en la Unidad Asistencial   | Recomendable |
|                            |   |   | <b>Subcriterio 10B</b> | La UPFS realiza visitas de seguimiento a los 4 meses  | Recomendable |
|                            |   |   | <b>Subcriterio 10C</b> | La UPFS realiza visitas de seguimiento a los 12 meses   | Recomendable |
|                            |   |   | <b>Subcriterio 10D</b> | El procedimiento de trabajo se actualiza periódicamente   | Recomendable |
|                            |   |   | <b>Subcriterio 10E</b> | Se evalúa el número de pacientes que acuden a las visitas de seguimiento y las causas de abandono   | Recomendable |
|                            | <b>Se comparte información con los otros especialistas que atienden al/a paciente</b> | <b>CRITERIO 11: Sistema de comunicación con otros especialistas/niveles asistenciales</b> | <b>Subcriterio 11A</b> | La UPSF tiene establecidos un procedimiento de trabajo para comunicarse con otras especialidades a fin de asegurar una buena coordinación asistencial relativa a los pacientes atendidos en la Unidad Asistencial | Recomendable |
|                            |   |   | <b>Subcriterio 11B</b> | La UPSF se comunica de acuerdo con el procedimiento establecido con otras especialidades  | Recomendable |
|                            |   |   | <b>Subcriterio 11C</b> | El procedimiento de trabajo se evalúa periódicamente  | Recomendable |



## Conclusiones y siguientes pasos

El trabajo desarrollado ha dado como fruto una primera versión de la Norma que consta de 11 Criterios y 45 subcriterios, de los cuales 12 son esenciales y 33 recomendables; estableciendo 3 niveles de Acreditación:

- **Básica**, donde se tendrán que cumplir el 90% de los criterios esenciales y el 60% de los recomendables
- **Avanzada**, donde se tendrán que cumplir el 100% de los criterios esenciales y el 75% de los recomendables
- **Excelente**, donde se tendrán que cumplir el 100% de los criterios esenciales y el 85 de los recomendables.

Los siguientes pasos deberían consistir en la validación de la Norma en la práctica asistencial, mediante la realización de un estudio piloto en diversas UPSF, óptimamente entre 9 y 12. En este estudio piloto se valoraría la factibilidad del uso de los diferentes subcriterios y su forma de evaluarlos. Para facilitar esta tarea sería de gran ayuda desarrollar una plataforma digital que permita realizar la autoevaluación, disponiendo de los resultados cada UPSF. Esta misma plataforma serviría para realizar, si es el caso, las evaluaciones por revisores externos a las UPSF que serviría para certificar el nivel alcanzado.

Previo al proceso de la prueba piloto de validación se elaboraría la guía para entender y saber cómo realizar la autoevaluación de cada uno de los subcriterios.

El estudio piloto permitirá realizar los ajustes a esta primera versión de la Norma, en base a los resultados y comentarios recogidos de las diferentes UPSF participantes. También servirá para confeccionar el manual del evaluador donde se definiría la forma de evaluar cada subcriterio y los indicadores que se proponen utilizar para ello.

La difusión de esta primera Norma, que busca ser útil a las diferentes realidades asistenciales y por tanto construida desde lo básico para posteriormente poder seguir desarrollándola y mejorándola, de acuerdo con la filosofía de la Mejora Continua de la Calidad Asistencial, está para facilitar el demostrar y mostrar el nivel de excelencia de las UPSF, lo cuál sería otra de las acciones a realizar durante los siguientes pasos de este proyecto.

## Bibliografía

- Casado E, Blanch J, Carbonell C et al. Multidisciplinary expert consensus on secondary fracture prevention in Spain. *Arch Osteoporos* 2021;16:48. <https://doi.org/10.1007/s11657-021-00878-w>
- Canals Ruiz L. Oportunidades de mejora en la asistencia, derivación y el tratamiento de la paciente con osteoporosis posmenopáusica en el sistema sanitario español. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I, 2021.
- Hoggard K, Hart S, Birchall J, Kirk S, Goff I, Grove M, et al. Fracture prevention: a population-based intervention delivered in primary care. *QJM*. 2020;113(5):313-9.
- Söreskog E, Borgström F, Shepstone L, Clarke S, Cooper C, Harvey I, et al. Long-term cost-effectiveness of screening for fracture risk in a UK primary care setting: the SCOOP study. *Osteoporos Int*. 2020.
- Naranjo, A., Ojeda, S., Giner, M. et al. Best Practice Framework of Fracture Liaison Services in Spain and their coordination with Primary Care. *Arch Osteoporos* 2020;15:63. <https://doi.org/10.1007/s11657-020-0693-z>
- Luc M, Corriveau H, Boire G, Filiatrault J, Beaulieu MC, Dagenais P, et al. Implementing a fracture follow-up liaison service: perspective of key stakeholders. *Rheumatol Int*. 2020;40(4):607-14.
- Parsons CM, Harvey N, Shepstone L, Kanis JA, Lenaghan E, Clarke S, et al. Systematic screening using FRAX® leads to increased use of and adherence to, anti-osteoporosis medications: an analysis of the UK SCOOP trial. *Osteoporos Int*. 2020;31(1):67-75.
- *Huesos rotos, vidas rotas: guía para mejorar la atención a las fracturas por fragilidad en España*. Internacional Osteoporosis Foundation (IOF); Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR); Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Oseas (FHOEMO); Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM)
- *Effective Secondary Prevention of fragility fractures: Clinical Standards for Fracture Liaison Services*. Royal Osteoporosis Society. 2019
- Van der Vet PCR, Kusen JQ, Rohner-Spengler M, Link BC, Houwert RM, Babst R, et al. Secondary prevention of minor trauma fractures: the effects of a tailored intervention—an observational study. *Arch Osteoporos*. 2019;14(1):4.
- Majumdar SR, Lier DA, McAlister FA, Johnson JA, Rowe BH, Beaupre LA. Cost-Effectiveness of Osteoporosis Interventions to Improve Quality of Care After Upper Extremity Fracture: Results From a Randomized Trial (C-STOP Trial). *J Bone Miner Res*. 2019;34(7):1220-8.

- *Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud - INFORME DE EVALUACIÓN Y LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN. 2019.*
- Dreinhöfer KE. Fragility fractures – Global call to action. *Best Pract Res Clin Rheumato.* 2019; 33:203-4
- Greenspan SL, Singer A, Vujevich K, Marchand B, Thompson DA, Hsu YJ, et al. *Implementing a fracture liaison service open model of care utilizing a cloud-based tool. Osteoporos Int.* 2018;29(4):953-60.
- Mendis AS, Ganda K, Seibel MJ. *Barriers to secondary fracture prevention in primary care. Osteoporos Int.* 2017;28(10):2913-9.
- Blanch J, Nogués X, Moro MJ et al. Medical care circuits for postmenopausal patients in Spain. *Rev Osteoporos Metab Miner,* 2017;9(2):62-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2017000200003>
- Leal J, Grau AM, Prieto-Alhambra D et al. *Impact of hip fracture on hospital care cost a population-based study. Osteoporosis Int* 2016. doi:10.1007/s00198-015-3277-9
- Naranjo A, Ojeda-Bruno S, Bilbao-Cantarero A, Quevedo-Abeledo JC, Diaz-González B V., Rodríguez-Lozano C. *Two-year adherence to treatment and associated factors in a fracture liaison service in Spain. Osteoporos Int.* 2015;26(11):2579-85.
- Drew S, Judge A, May C, Farmer A, Cooper C, Javaid MK, et al. *Implementation of secondary fracture prevention services after hip fracture: A qualitative study using extended Normalization Process Theory. Implement Sci.* 2015;10(57).
- Chan T, De Lusignan S, Cooper A, Elliott M, Dore R. *Improving osteoporosis management in primary care: An audit of the impact of a community based fracture liaison nurse. PLoS One.* 2015;10(8):e0132146.
- Majumdar SR, Lier DA, McAlister FA, Rowe BH, Siminoski K, Hanley DA, et al. *Cost-effectiveness of osteoporosis interventions for «incidental» vertebral fractures. Am J Med.* 2013;126(2):e9-17.
- *National Institute for Health and Care Excellence. Falls in Older People: Assessing Risk and Prevention Clinical Guideline (CG 161). London NICE; 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>*
- Jaglal SB, Donescu OS, Bansod V, Laprade J, Thorpe K, Hawker G, et al. *Impact of a centralized osteoporosis coordinator on post-fracture osteoporosis management: A cluster randomized trial. Osteoporos Int.* 2012;23(1):87-95.

## Anexos

### Anexo 1. Ejemplo de datos básicos a recoger en la primera visita

- Fecha de la primera visita
- Nombre y apellidos del paciente
- Fecha de Nacimiento
- Genero
- Diagnóstico principal (ICDM-10)
- Diagnósticos secundarios (ICDM-10)
- Fracturas previas
- Tratamiento previo
- Ítems del FRAX
- Estilo de vida: actividad física, sueño, alimentación
- Riesgo de caída en su domicilio, evaluado mediante la escala correspondiente
- Pruebas complementarias solicitadas/resultados
- Tratamiento
- Fecha visita de seguimiento

### Anexo 2. Ejemplo de contenido básico de informe asistencial

- Nombre y Apellidos del/a paciente
- Edad, sexo, numero de historia clínica
- Anamnesis y exploración física
- Resultados de densitometría y/o de otras pruebas realizadas
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Recomendaciones de hábitos saludables
- Recomendaciones para prevenir caídas en función del riesgo detectado
- Fecha de visita de seguimiento

Anexo 3. Ejemplos de posibles indicadores

| SUBCRITERIOS    | DEFINICION  | POSIBLE INDICADOR   |
|-----------------|---|---|
| Subcriterio 1C  | La UPSF implementa el protocolo asistencial   | . Número de fracturas de cadera en personas de $\geq 50$ años valoradas en la UPSF / Número de altas hospitalarias por fracturas de cadera en personas de $\geq 50$ años atendidas en el Centro, en un año, expresado en porcentaje<br>. Número de primeras fracturas (vértebra, cúbito/radio, húmero, cadera) en personas de $\geq 50$ años valoradas en la UPSF / Número de primeras fracturas (vértebra, cúbito/radio, húmero, cadera, rama pélvica) en personas $\geq 50$ años atendidas en el Centro, en un período anual, expresado en porcentaje |
| Subcriterio 2E  | La UPSF evalúa los resultados obtenidos mediante el sistema de identificación                               | . Número de pacientes con fracturas de cadera o vertebra identificadas por fragilidad / Total de pacientes con fractura de cadera o vértebra por fragilidad atendidas en el Centro (altas), en un año, expresado en porcentaje<br>. Número de pacientes con fracturas por fragilidad identificadas / Total de pacientes con fractura por fragilidad atendidas en el Centro (altas), en un año, expresado en porcentaje  |
| Subcriterio 3C  | El sistema de registro de la UPSF permite evaluar los resultados asistenciales y compararlos con otras UPSF | . Número de pacientes con fractura por fragilidad visitados en 28 días / Total de pacientes con fractura por fragilidad, en un periodo de un año y en porcentaje<br>. Número de pacientes con fractura fémur visitados en 7 días / Total de pacientes con fractura fémur, en un periodo de un año y en porcentaje   |
| Subcriterio 10B | La UPFS realiza visitas de seguimiento a los 4 meses  | . Número de pacientes con visitas de seguimiento pautadas (4 meses) / Total de pacientes que tenían que haberla tenido pautadas, en un determinado período de tiempo, expresado en porcentaje   |
| Subcriterio 10C | La UPFS realiza visitas de seguimiento a los 12 meses   | . Número de pacientes con visitas de seguimiento pautadas (12 meses) / Total de pacientes que tenían que haberla tenido pautadas, en un determinado período de tiempo, expresado en porcentaje  |
| Subcriterio 10E | Se evalúa el número de pacientes que acuden a las visitas de seguimiento y las causas de abandono           | . Número de pacientes que ha acudido a la visita de seguimiento de los 2-4 meses / Total de pacientes citados, en un determinado período de tiempo, expresado en porcentaje<br>. Número de pacientes que han acudido a las visitas de seguimiento previstas / Total de pacientes que tenían que haber acudido, en un determinado período de tiempo, expresado en porcentaje   |