

Cómo fusionar las unidades de ortogeriatría con las unidades de coordinación de fracturas (FLS). Experiencia en el Complejo Sanitario Joan XXIII de Tarragona

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2019000400006>

Sopena-Bert E¹, San Segundo-Mozo RM², Castro-Oreiro S³

1 Servicio de Geriatría. Hospital Sociosanitario Francolí. Tarragona (España)

2 Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona (España)

3 Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona (España)

Fecha de recepción: 03/11/2019 - Fecha de aceptación: 30/11/2019

Sr. Director:

La evidencia científica actual y las guías de práctica clínica recomiendan la prevención primaria y secundaria de las fracturas por fragilidad en el paciente geriátrico^{1,2}. El antecedente personal de fractura por fragilidad incrementa significativamente el riesgo de nuevas fracturas. Hasta un 33% de los pacientes con fractura de fémur ya habían tenido una fractura previa. De entre las diversas fracturas por fragilidad, hay que destacar la de fémur, la más prevalente y la que más repercusiones tiene (clínica, funcional y social) en pacientes mayores de 65 años, con el consecuente consumo de recursos sanitarios³. Se estima que en el mundo se pasará de 1,7 millones de fracturas de fémur en 1990 a 6 millones en el año 2050⁴.

En 2011 el Grupo de Trabajo de Fracturas del Comité de Asesores Científicos de la Fundación Internacional de Osteoporosis remarcó la importancia de la coordinación entre ortopedia, servicios de osteoporosis, unidades de caídas, paciente, familia, geriatra y médico de Atención Primaria. Esta actuación multidisciplinar se consolidó en los denominados "servicios coordinados para el tratamiento de las fracturas" o *Fracture Liaison Services* (FLS) que se implementaron inicialmente en el Reino Unido, Europa, Australia, Canadá y EE. UU.⁵, con muy buenos resultados.

Durante el año 2017 diseñamos nuestra propia unidad FLS que, por el momento, está centrada en los pacientes procedentes de ortogeriatría (mayores de 65 años con fractura de fémur y/o ramas pélvicas). La FLS está constituida por todos los profesionales que intervendrán a lo largo del proceso de hospitalización aguda, proceso de recuperación y posterior seguimiento. (médico rehabilitador, geriatra, reumatólogo, traumatólogo, maxilofacial, enfermera, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional).

Todos los pacientes mayores de 65 años que han sufrido una fractura de fémur o de ramas pélvicas son valorados por la Unidad de Ortogeriatría (excluidas las periprotésicas o metastásicas). Al quinto día de ingreso en el Servicio de Traumatología se trasladan al Hospital

Sociosanitario, donde completarán el proceso de rehabilitación y convalecencia. El reumatólogo indica el tratamiento farmacológico para la prevención secundaria de la osteoporosis, tras una valoración maxilo-facial. A todos los pacientes de la FLS se les inicia tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D, en función de los valores analíticos determinados al ingreso (urea, creatinina, calcio, fosfato, 25-OH colexicaliferol, PTH y proteínas totales) y de las comorbilidades, como, por ejemplo, la insuficiencia renal. Si el Barthel previo a la fractura era superior o igual a 60 y no había deterioro cognitivo severo (escala GDS igual o inferior a 3) se amplía el estudio con una radiografía de columna y una interconsulta a Reumatología.

Durante el año 2018 se valoraron un total de 200 pacientes; 161 tenían una fractura de fémur y 39 de ramas pélvicas. El 77% fueron mujeres; edad media 85 años en ambos sexos con rango en mujeres de 65 a 103 y en varones de 69 a 96. Es destacable que las mujeres fueron mayoría (74%) en el subgrupo de pacientes mayores de 90 años (que representaba el 24% del total). El 28% de los pacientes tenían un Barthel previo a la fractura <60 y no presentaban deterioro cognitivo, o si lo presentaban era con un GDS<3. A todos ellos se les inició un tratamiento farmacológico específico de osteoporosis. Los principales motivos de la exclusión al tratamiento farmacológico fueron la demencia (41%) y la limitación funcional (34%) previas. Del total de los 200 pacientes que fueron valorados por la Unidad, únicamente 15 tenían un diagnóstico previo de osteoporosis y realizaban o habían realizado un tratamiento específico.

Como conclusiones, queremos resaltar que es imprescindible conseguir que las distintas asistencias, primaria, hospitalaria y sociosanitaria, se coordinen para abordar el paciente con fractura por fragilidad, aunque es muy complejo realizar un ensamblaje correcto entre los diferentes niveles asistenciales. Existen distintas modalidades de FLS y cada región sanitaria puede diseñarla según las necesidades y las peculiaridades de cada territorio.



Bibliografía

1. Cancio JM, Vela E, Santaegúènia S, Clèries M, Inzitari M, Ruiz D. Influence of demographic and clinical characteristics on elderly patients with a hip fracture on mortality: A retrospective total cohort study in North-East Spain. *Bone*. 2018;117:123-9.
2. Berry SD, Kiel DP, Colón-Emeric C. Hip fractures in older adults in 2019. *JAMA*. 2019;321(22):2231-2.
3. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Teresa Rigueiro Veloso M, Casariego Vales E. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(17):678.
4. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al. National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2014;25(109):2359-81.
5. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. Capture the fracture; a best practice framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int*. 2013;24:2135-52.