IOF CAPTURE *the* FRACTURE

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE EXCELENCIA *para* UNIDADES DE FRACTURA

Establecimiento de un estándar

Diversos estudios han demostrado que el modelo de Unidades de Coordinación de Fracturas (Fracture Liason Services) es el más coste-efectivo para la prevención secundaria de fracturas. Este abordaje sistemático, centrado en la figura de un coordinador de fracturas, puede resultar en un menor número de las mismas, ahorro en costes para el sistema sanitario y mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

www.capturethefracture.org

International Osteoporosis Foundation

REQUISITOS DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL DE EXCELENCIA PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS

El Marco Asistencial de Excelencia (MAE) (Best Practice Framework (BPF)) es una guía clínica reconocida internacionalmente, revisada por pares, para la prevención secundaria de fracturas osteoporóticas. El MAE promueve un modelo asistencial basado en un coordinador, conocido como Unidad de Coordinación de Fracturas (UCF), como el mejor para ser adoptado por todos los hospitales y estructuras ambulatorias que tratan pacientes con fracturas por fragilidad. La UCF persigue dos objetivos clave:

- Proporcionar guía a las instituciones que implementan una UCF
- Establecer una referencia óptima para aquellas UCF ya establecidas que busquen mejorar la atención existente

Estructurado como una serie de 13 estándares, la MAE aborda elementos claves para el éxito de las UCF e incluye asimismo objetivos de idoneidad, estimulando con ello la excelencia. Cada estándar proporciona criterios y objetivos que se desglosan en tres niveles de consecución: oro, plata y bronce.

Reconocimiento de la excelencia

Capture the Fracture® reconoce todas las UCF que cumplen los requisitos del MAE en un mapa interactivo online. Funciona de la siguiente forma:

Paso 1
Una UCF envía la aplicación

Paso 2
La UCF es marcada en verde y revisada

Paso 3
Se asigna a la UCF un nivel de consecución

Paso 4
La UCF es reconocida en el mapa

Para participar o enviar su UCF para su reconocimiento, visite *www.capturethefracture.org*

DESGLOSE DEL PROTOCOLO

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Se identifica a los pacientes con fractura del ámbito de la institución (hospitalaria y/o ambulatoria o sistema de asistencia sanitaria) para proporcionar una intervención de prevención secundaria de fractura.

La intencionalidad de este estándar es analizar el MECANISMO por el que son identificados los pacientes con fractura. El estándar reconoce que algunas instituciones atienden sólo pacientes ambulatorios en tanto que otras atienden hospitalizados y ambulatorios.

Un cuestionario identifica qué tipo de pacientes con fractura caen dentro del ámbito de la institución.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Se identifica a los pacientes con fractura clínica pero **no existe un sistema de detección** que evalúe el porcentaje de los casos que se identifican y los que no lo son.	Se identifica a los pacientes y **existe un sistema de detección** que evalúa el porcentaje de los que son identificados y los que no lo son.	Se identifica a los pacientes y **existe un sistema de detección** que evalúa el porcentaje de los que son identificados y los que no lo son. La calidad de los **datos obtenidos está sometida a revisión independiente**.
Guía de evaluación La institución **no** tiene ningún sistema para detectar a **todos** los pacientes que acuden a la misma con una fractura, por lo tanto **no puede** determinar con precisión la proporción del total de pacientes que son atendidos por el servicio.	**Guía de evaluación** La institución **si** tiene un sistema para detectar a **todos** los pacientes que acuden a la misma con una fractura, por lo tanto **puede** determinar con precisión la proporción del total de pacientes que son atendidos por el servicio.	**Guía de evaluación** La institución **si** tiene un sistema para detectar a **todos** los pacientes que acuden a la misma con una fractura, **y además** posee un sistema de control de calidad de la información independiente del equipo que lleva a cabo la atención post-fractura p.ej. existe un equipo de control de calidad de ámbito hospitalario o un equipo de codificación clínica ya sea interno o externo al hospital/sistema.

Se reconoce que las instituciones/sistemas sanitarios pueden tener diferentes sistemas para definir su grupo de "pacientes con fractura", sea mediante los códigos diagnósticos (CIE, CIM10), edad del paciente, tipo de fractura, etc., a partir del cual llevar a cabo una prevención secundaria de fractura.

2. EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Se evalúa el riesgo futuro de fractura en los pacientes con fractura identificados en el ámbito de la institución.

Este estándar se centra en el número de pacientes que son evaluados sobre su riesgo subsiguiente de fractura. La intencionalidad del mismo es establecer qué proporción del total de pacientes con fractura de la institución o sistema son evaluados sobre su riesgo de futuras fracturas. El estándar reconoce que algunas instituciones sólo atienden pacientes ingresados, otras sólo pacientes ambulatorios y otras pacientes intra y extra-hospitalarios. Además, el estándar reconoce que hay circunstancias en que la práctica más adecuada es ignorar la evaluación de la fractura y proceder directamente a los protocolos de tratamiento (p.ej. para pacientes de edad igual o superior a 80a.).

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
De aquellos pacientes en los que no es necesario proceder al tratamiento de forma inmediata, el **50%** es evaluado sobre su riesgo futuro de fractura.	De aquellos pacientes en los que no es necesario proceder al tratamiento de forma inmediata, el **70%** es evaluado sobre su riesgo futuro de fractura.	De aquellos pacientes en los que no es necesario proceder al tratamiento de forma inmediata, el **90%** o más es evaluado sobre su riesgo futuro de fractura.

La evaluación de este estándar debe tener en cuenta las dificultades inherentes a la evaluación de pacientes con demencia o deterioro cognitivo.

3. TIEMPO HASTA EL ESTUDIO POST FRACTURA

La evaluación post fractura para la prevención secundaria se realiza en el momento adecuado tras presentarse la fractura.

Este estándar se centra en el momento en que se realiza la evaluación del riesgo subsiguiente de fractura. Esta evaluación la puede realizar cualquier profesional cualificado pero debe ser revisada por el coordinador de la UCF y debe asimismo contener los elementos necesarios para dicha evaluación de riesgo como densitometría, escala de riesgo u otro procedimiento relevante para el paciente. Con ello se asegura que se ha realizado formalmente una evaluación de riesgo.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
La evaluación post-fractura para prevención secundaria ocurre entre **13 y 16** semanas tras la fractura clínica.	La evaluación post-fractura para prevención secundaria ocurre entre **9 y 12** semanas tras la fractura clínica.	La evaluación post-fractura para prevención secundaria ocurre en las primeras **8 semanas** tras la fractura clínica.
Guía de evaluación La proporción de pacientes a los que se puede atribuir este estándar se define por los niveles de 50%, 70% y 90% que se requieren, respectivamente, para alcanzar el Nivel 1, Nivel 2 ó Nivel 3 del estándar 2.	**Guía de evaluación** La proporción de pacientes a los que se puede atribuir este estándar se define por los niveles de 50%, 70% y 90% que se requieren, respectivamente, para alcanzar el Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 del estándar 2.	**Guía de evaluación** La proporción de pacientes a los que se puede atribuir este estándar se define por los niveles de 50%, 70% y 90% que se requieren, respectivamente, para alcanzar el Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 del estándar 2.

Si se utilizan los tiempos promedio de los protocolos de la institución/sistema, se solicita a los participantes que proporcionen los plazos más precisos posibles en que se realiza la evaluación de la prevención secundaria. Es de destacar, sin embargo, que realizar esta evaluación post fractura más allá de los cuatro meses tras la fractura se considera demasiado tarde.

4. FRACTURA VERTEBRAL (FV) ID

La institución posee un sistema mediante el cual se detectan pacientes con fractura vertebral previamente no diagnosticados y se les realiza evaluación de prevención secundaria.

La mayoría de fracturas vertebrales no se detectan ni diagnostican. El objetivo de este estándar es establecer qué sistemas ha instaurado la institución para detectar fracturas vertebrales en los pacientes que acuden o son ingresados en la misma por cualquier causa. Conocer la existencia de fracturas vertebrales, además de la densidad mineral ósea (DMO) se ha demostrado que mejora significativamente la predicción de riesgo de fractura cara a su prevención secundaria.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
En los pacientes con **fractura vertebral clínica se realiza estudio** y/o reciben tratamiento para prevención secundaria de fracturas.	Los pacientes con **fracturas no-vertebrales se estudian sistemáticamente** mediante una morfometría lateral por DXA (o alternativamente por radiografía de columna) para estudiar si hay fractura vertebral.	Los pacientes en que **los Radiólogos de la Institución informan** de la existencia de fracturas vertebrales por radiografía simple, TC o RNM (sean con intención diagnóstica de osteoporosis o no) son identificados por la UCF para que se les someta a estudio para tratamiento preventivo de fracturas secundarias.
Guía de evaluación En hasta una cuarta parte de los pacientes que se atienden en la UCF con fracturas no-vertebrales se estudia si tienen deformidades vertebrales mediante tecnología de Diagnóstico de Fractura Vertebral (VFA). El estándar es consciente de que en algunos pacientes realizar una evaluación de fracturas vertebrales puede no tener consecuencias prácticas para el tratamiento p.ej. en casos de fractura de fémur.	**Guía de evaluación** En aquellos pacientes referidos a una unidad local de densitometría ósea para una DXA por razones diferentes a una historia de fractura previa, detectar la existencia de una fractura vertebral puede influir significativamente sobre las decisiones de tratamiento en una proporción de pacientes.	**Guía de evaluación** Una parte importante de exploraciones de imagen se lleva a cabo en pacientes de más de 50 años, durante su atención por otras patologías, lo que representa una oportunidad de incremento sustancial de las tasas de diagnóstico en pacientes con fracturas vertebrales previamente no diagnosticadas.

Este estándar es consciente que los pacientes con fractura vertebral son de difícil detección. Este estándar es ambicioso pero, dado que las fracturas vertebrales son las más habituales de entre las fracturas por fragilidad, sería poco aceptable no incluir el intento de su diagnóstico en un protocolo de excelencia.

5. GUÍAS DE ESTUDIO

El estudio de prevención secundaria de fractura de la institución, para establecer la necesidad de intervención, está de acuerdo con las guías locales/ regionales/ nacionales.

La intención de este estándar es doble. En primer lugar, el estándar requiere que la institución siga guías que han sido sometidas a una revisión por pares de ámbito local, regional o nacional. En segundo lugar, el estándar destaca el papel efectivo que una UCF puede desempeñar en el apoyo a colegas del sistema asistencial nacional. Una UCF bien establecida debe jugar un papel en promover y elaborar guías nacionales de prevención secundaria de fracturas.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Los procedimientos de la institución son coherentes con las guías revisadas por pares de la propia institución **local** a que pertenece la UCF, o están adaptados a guías internacionales. **Guía de evaluación** A pesar de que unas guías locales o la adaptación de guías internacionales se consideren aceptables, lo esperable es que cuando se desarrollen guías regionales o nacionales la institución trabaje para la adaptación de sus guías de prevención secundaria de fractura.	Los procedimientos de la institución son coherentes con las guías **regionales** o estatales. **Guía de evaluación** Si bien el uso de guías regionales se considera aceptable, lo esperable es que una vez que se desarrollen guías nacionales la institución trabaje para la adaptación de sus guías de prevención secundaria de fractura.	Los procedimientos de la institución son coherentes con las guías **nacionales**.

Se reconoce que diferentes instituciones o sistemas sanitarios pueden estar limitados a las guías nacionales disponibles en su país.

6. CAUSAS DE OSTEOPOROSIS SECUNDARIA

La institución puede demostrar que a una proporción de pacientes que requiere tratamiento para la prevención secundaria de fracturas se les realiza otros estudios (típicamente análisis de sangre) para detectar causas subyacentes de baja DMO.

Es importante establecer la causa de la osteoporosis en los pacientes. Su estudio debe derivarse de un algoritmo que detecte causas secundarias.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
La institución puede demostrar que a un 50% de pacientes que requieren tratamiento se les estudia de rutina sobre causas de osteoporosis secundaria.	La institución puede demostrar que a un 70% de pacientes que requieren tratamiento se les estudia de rutina sobre causas de osteoporosis secundaria.	La institución puede demostrar que a un 90% de pacientes que requieren tratamiento se les estudia de rutina sobre causas de osteoporosis secundaria y que existe un protocolo y envío a especialistas si así está indicado. **Guía de evaluación** Como clarificación, en aquellos sistemas sanitarios en que el médico de atención primaria es quien controla el envío a especialistas, la UCF necesita tener un acuerdo sólido con los médicos de atención primaria locales que asegure que dicho envío tiene lugar.

Se reconoce que pueden existir varios métodos de detección de causas secundarias de osteoporosis. La filosofía de este estándar es que aquellos pacientes que necesitan tratamiento post fractura sean estudiados para identificar causas de osteoporosis secundaria de acuerdo con los medios existentes en la institución o en el sistema sanitario.

7. SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Los pacientes que acuden por una fractura por fragilidad, en los que se detecta que existe riesgo de nuevas caídas, son evaluados para establecer si es necesaria o no una intervención de prevención de caídas y, si es así, son enviados a un servicio existente de prevención de caídas.

La puntuación de este estándar depende de la disponibilidad de servicios de prevención de caídas.

Este estándar básico consiste en que se lleve a cabo una valoración de si el paciente necesita la intervención de un servicio de prevención de caídas. La puntuación puede aumentar si existe dicho servicio y los pacientes son remitidos al mismo.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Se evalúa la necesidad de un servicio de prevención de caídas en un **50%** de pacientes que se atienden por fracturas en los que se detecta riesgo de ulteriores caídas. **Guía de evaluación** En todos los pacientes se evalúa el riesgo de caída mediante un cuestionario básico de evaluación de riesgo de caídas.	Se evalúa la necesidad de un servicio de prevención de caídas en un **70%** de pacientes que se atienden por fracturas en los que se detecta riesgo de ulteriores caídas.	Se evalúa la necesidad de un servicio de prevención de caídas en un **90%** de pacientes que se atienden por fracturas en los que se detecta riesgo de ulteriores caídas y, en los que sea preciso, se lleva a cabo una derivación a un servicio de prevención de caídas establecido para una atención basada en la evidencia. **Guía de evaluación** Los servicios de prevención de caídas deben ofrecer intervenciones basadas en la evidencia.

Este estándar determina si un servicio de prevención de fracturas existe o no y, si es así, cómo se utiliza. Si no existe un servicio de prevención de fracturas próximo el estándar se convierte en un objetivo y anima a los responsables de la UCF a que presionen a la institución/sistema sanitario para que se disponga del mismo.

8. ESTUDIO MULTIDISCIPLINARIO DE FACTORES DE RIESGO

En los pacientes que acudan por fracturas por fragilidad se lleva a cabo un estudio multifactorial de factores de riesgo como medida preventiva para identificar cambios en su salud o hábitos de vida que, si se llevan a cabo, reduzcan su riesgo futuro de fractura y, además, que aquellos que lo necesiten sean referidos a la estructura pluridisciplinaria adecuada para su estudio y tratamiento.

Más allá del tratamiento farmacológico, es importante identificar otras oportunidades de intervención que reduzcan el riesgo subsiguiente de fractura, incluyendo el estudio de problemas o factores de salud subyacentes que pudiesen contribuir a futuras fracturas. La identificación de factores de riesgo como tabaquismo, toma de alcohol, malnutrición, falta de ejercicio, mala coordinación, alteración del balance, etc. y el envío del paciente al punto asistencial adecuado para su corrección ayudará a la prevención de nuevas fracturas.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
En un **50%** de pacientes se lleva a cabo un estudio multifactorial de factores de riesgo.	En un **70%** de pacientes se lleva a cabo un estudio multifactorial de factores de riesgo.	En un **90%** de pacientes se lleva a cabo un estudio multifactorial de factores de riesgo.

El análisis de factores múltiples de riesgo lo puede efectuar un sanitario de la UCF (médico, enfermera, coordinador de la UCF, etc.) y si se precisa tratamiento se puede efectuar el envío a la estructura asistencial adecuada para su posterior estudio y tratamiento. Por ejemplo, en un paciente muy anciano que se presenta con una fractura por fragilidad y en el que al estudiar sus posibles factores de riesgo se detecta una mala coordinación y balance. En dicho caso, la UCF remite al paciente para establecer si precisa protectores de cadera como prevención de fractura de fémur en caso de caída.

Se reconoce que pueden existir diversos métodos para la identificación de factores de riesgo de futuras fracturas. La filosofía de este estándar es que en aquellos pacientes post fractura que necesitan tratamiento se lleva a cabo una evaluación que identifique factores de "estilo de vida" de acuerdo a los métodos existentes en la institución o en el sistema asistencial.

9. INICIO DE MEDICACIÓN

En todos los pacientes de más de 50 años que no estén en tratamiento en el momento de la fractura, se inicia, o son referidos a su médico de atención primaria para que inicie, un tratamiento para la osteoporosis si es necesario de acuerdo con las guías locales/regionales/nacionales basadas en la evidencia.

Este estándar no mide el porcentaje total de pacientes tratados si no el porcentaje de pacientes que según las guías aplicables son tratados.

El estándar reconoce que no todos los pacientes con fractura de más de 50 años precisan tratamiento.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
El **50%** de pacientes con fractura **candidatos a tratamiento** según las guías locales/ nacionales/ regionales basadas en evidencia, inician fármacos para la osteoporosis.	El **70%** de pacientes con fractura **candidatos a tratamiento** según las guías locales/ nacionales/ regionales basadas en evidencia, inician fármacos para la osteoporosis.	El **90%** de pacientes con fractura **candidatos a tratamiento** según las guías locales/ nacionales/ regionales basadas en evidencia, inician fármacos para la osteoporosis.

Este protocolo reconoce la variabilidad en los sistemas sanitarios existentes. Dependiendo de las características del sistema, el especialista puede iniciar el tratamiento o, cuando el médico/sanitario de atención primaria es quien tiene esta potestad, el especialista puede remitirle el paciente para que inicie el tratamiento. En todo caso, es deseable la prueba de que este proceso es lo más robusto posible.

10. REVISIÓN DEL TRATAMIENTO

En los pacientes que ya están en tratamiento para la osteoporosis cuando ocurre la fractura, se realiza una reevaluación que incluya adherencia a la medicación, posibles fármacos alternativos para la misma así como intervenciones no farmacológicas.

La intención de este estándar es analizar si la UCF reevalúa al paciente que se ha fracturado mientras, aparentemente, recibe tratamiento para la osteoporosis y qué proporción de los mismos es reevaluado detalladamente.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
La institución demuestra que se revisa (por las UCF) la medicación de un **50%** de pacientes detectados, que están en tratamiento en el momento de la fractura, y que se lleva a cabo una valoración de la adherencia y se analizan posibles alternativas terapéuticas.	La institución demuestra que se revisa (por las UCF) la medicación de un **70%** de pacientes detectados, que están en tratamiento en el momento de la fractura, y que se lleva a cabo una valoración de la adherencia y se analizan posibles alternativas terapéuticas.	La institución demuestra que se revisa (por las UCF) la medicación de un **90%** de pacientes detectados, que están en tratamiento en el momento de la fractura, y que se lleva a cabo una valoración de la adherencia y se analizan posibles alternativas terapéuticas.

11. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

El plan de actuación de la UCF de la institución se comunica a los clínicos de atención primaria – y secundaria – y contiene la información requerida y aprobada por las autoridades locales.

La intención de este estándar es conocer en qué medida el plan de la UCF –así como su comunicación a los colegas clínicos relevantes de la primaria o especializada – ha recogido sus opiniones acerca de cómo adaptarse a sus necesidades con tal de asegurar una adherencia óptima a las recomendaciones de la UCF.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
El plan de actuación de la UCF de la institución se ha comunicado a los médicos de atención primaria y especializada.	La institución demuestra que el plan de actuación de la UCF se ha comunicado a los médicos de atención primaria y especializada y contiene al menos el 50% de criterios reconocidos.*	La institución demuestra que el plan de actuación de la UCF se ha comunicado a los médicos de atención primaria y especializada y contiene al menos el 90% de criterios reconocidos.*

Este estándar se refiere principalmente a situaciones en que un paciente acude a un servicio hospitalario o ambulatorio por un motivo no ortopédico y, una vez allí, se descubre de forma oportunista que existe una fractura (p.ej. una radiografía torácica por una neumonía detecta una fractura vertebral). En dicho caso se activa un plan de actuación post fractura y se avisa al paciente así como a su facultativo y a los aseguradores (si se requiere derivarlo) implicados en la atención al paciente.

**Criterios mencionados en el Nivel 2 y Nivel 3: escala de riesgo de fractura, DXA-DMO, estudio de fractura vertebral por DXA o bien radiografía de columna; factores de riesgo de caída/fractura, tratamiento farmacológico activo (si pertinente), revisión de adherencia a tratamientos, plan de seguimiento, análisis de factores de riesgo de estilo de vida, tiempo desde última fractura.*

12. TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

La institución tiene un protocolo establecido para seguimiento a largo plazo, intervenciones iniciales basadas en la evidencia y un plan a largo plazo sobre adherencia.

La intención de este estándar es analizar qué procesos se han establecido para asegurar que se ofrece un plan fiable de manejo a largo plazo de riesgo de fractura. En los sistemas sanitarios con una infraestructura de atención primaria establecida, la atención primaria local debe estar involucrada en el desarrollo de los aspectos a implantar de este aspecto de asistencia a las fracturas. En sistemas sanitarios que carezcan de esta infraestructura, la UCF debe implantar un proceso efectivo de comunicación directa con el paciente o sus sanitarios y planear estrategias que aseguren el seguimiento por la UCF.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Las recomendaciones sobre tratamiento, en pacientes que lo requieren, incluyen un plan de seguimiento a largo plazo que abarca **>12 meses tras** la fractura, aconsejando al paciente cuándo se debe reanalizar en el futuro su riesgo de fractura y la necesidad de tratamiento. **Guía de evaluación** La institución puede demostrar la proporción de pacientes originariamente estudiados por la UCF que tienen un plan de seguimiento a largo plazo con controles a 1 y 2 años y posteriores.		Las recomendaciones sobre tratamiento, en pacientes que lo necesitan, incluyen tanto un plan de seguimiento a corto plazo **<12 meses tras** la fractura como un plan de seguimiento a largo plazo **>12 meses tras** la fractura, aconsejando sobre cuándo el paciente debe ser reanalizado en el futuro sobre riesgo de fractura, necesidad de tratamiento y una clara orientación sobre cuándo y quien tiene la responsabilidad de monitorizar la adherencia al tratamiento. **Guía de evaluación** La institución puede demostrar la proporción de pacientes originariamente estudiados por la UCF que tienen un plan de seguimiento a corto plazo en 6-12 meses así como un plan de seguimiento a largo plazo con controles a 1 y 2 años y posteriores.

Una responsabilidad asistencia crucial de la UCF es tener un protocolo establecido que asegure que se efectúa un seguimiento a largo plazo, así como una guía clara sobre quién y cuándo tienen la responsabilidad de monitorizar la adherencia al tratamiento, ya sea a cargo de la UCF, a cargo del médico/sanitario de atención primaria, u otros medios adecuados al sistema asistencial existente.

13. BASES DE DATOS

Todos los pacientes con fractura por fragilidad detectados son registrados en una base de datos conectada con una base de datos centralizada nacional.

La intención de este estándar es destacar la importancia de disponer de una base de datos efectiva que consolide el servicio. El estándar también incide en el objetivo óptimo de desarrollar bases de datos locales, regionales y nacionales que puedan establecer estándares asistenciales óptimos para comparar las diferentes UCF del país.

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Los registros de pacientes con fractura por fragilidad (detectados según indicado previamente) se introducen en una **base de datos** local.	El centro demuestra que todos los registros de pacientes con fractura por fragilidad detectados son introducidos en una base de datos regional que puede ser **compartida regionalmente** para la comparación de datos.	El centro demuestra que todos los pacientes registrados con fractura por fragilidad identificados se almacenan en una **base de datos centralizada nacional.** La base de datos ofrece estándares óptimos con que comparar todas las unidades asistenciales.

Una base de datos local para el registro de pacientes con fractura por fragilidad, Nivel 1, es esencial para una UCF. Una base de datos nacional es un objetivo óptimo para la cual es importante realizar esfuerzos y, consecuentemente, sitúa a la UCF en un Nivel 3.

ACERCA DE CAPTURE THE FRACTURE

Capture the Fracture es una iniciativa de la IOF que promueve la prevención secundaria de fractura a escala global facilitando la implementación de Unidades de Coordinación de Fractura (UCF), un modelo asistencial post fractura basado en un coordinador. Visite www.capturethefracture.org para más información y acceder a un amplio número de recursos.

El Marco Asistencial de Excelencia se publicó originalmente en el siguiente artículo de posición de la IOF:

Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int 24:2135-2152.

A nivel mundial existe un gran déficit asistencial que deja a millones de pacientes con fractura en riesgo serio de futuras fracturas. "Capture the Fracture" intenta cubrir este déficit haciendo la prevención secundaria de fractura una realidad.

Prof John A. Kanis
PRESIDENTE, IOF

Translation: Prof. Adolfo Diez-Perez, Hospital del Mar/IMIM and Autonomous University of Barcelona, Spain

International Osteoporosis Foundation

International Osteoporosis Foundation
9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Switzerland • **T** +41 22 994 01 00 • **F** +41 22 994 01 01
info@iofbonehealth.org • www.iofbonehealth.org