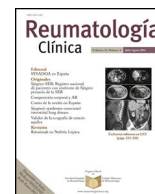




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Enfoque organizativo y clínico de la osteoporosis en reumatología: encuesta y consenso OP-SER-Excellence



Antonio Naranjo^{a,*}, Pilar Aguado^b, Javier de Toro^c, M. Dolores Toledo^d, Teresa González^e, José Rosas^f, Cristina Campos Fernández^g, Diana Gavilan^h y Grupo OsteoResSER

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Hospital Universitario A Coruña, INIBIC, Universidade da Coruña, A Coruña, España

^d Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^e Instituto Provincial de Rehabilitación, Madrid, España

^f Hospital Marina Baixa, La Vila Joiosa, Alicante, España

^g Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^h Departamento de Organización de Empresas y Marketing, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de julio de 2019

Aceptado el 6 de noviembre de 2019

On-line el 9 de diciembre de 2019

Palabras clave:

Osteoporosis

Fractura

Gestión

Reumatología

R E S U M E N

Introducción: Los estudios de opinión sobre la percepción del reumatólogo de la práctica asistencial en osteoporosis (OP) pueden ayudar a identificar áreas de mejora en la gestión de esta patología.

Objetivo: Conocer y analizar el enfoque organizativo que adoptan los reumatólogos españoles ante la OP para definir prioridades estratégicas y establecer unos estándares de calidad.

Material y método: Un grupo de expertos diseñó una encuesta sobre creencias y conductas en OP en la práctica del reumatólogo. La encuesta se remitió a los socios de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Mediante ronda Delphi se consensuaron las prioridades estratégicas en OP.

Resultados: El grupo de expertos consensuó como prioridades estratégicas en OP: 1) La SER debería impulsar la inclusión de la OP en el conjunto de prestaciones de todos los servicios de reumatología, así como ampliar la oferta formativa específica para médicos y enfermeras; 2) Los servicios de reumatología deberían fomentar el papel de la enfermera en OP, impulsar la implantación y el seguimiento de indicadores de calidad e implantar protocolos de derivación consensuados con atención primaria además de impulsar su formación en esta área; 3) La SER y los servicios de reumatología deberían impulsar la implantación de la consulta electrónica y la consulta monográfica o dedicada a OP así como la participación del reumatólogo en unidades de fractura, *Fracture Liaison Service*.

Conclusiones: Las prioridades estratégicas en OP derivadas de la encuesta a los reumatólogos españoles ayudan a identificar las áreas de mejora a nivel organizativo, estructural y de estándares de calidad en esta patología.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Organisational and Clinical Approach to Osteoporosis in Rheumatology: OP-SER-Excellence Survey and Consensus

A B S T R A C T

Objective: To determine and analyse the organisational approach adopted by Spanish rheumatologists to osteoporosis (OP) to define strategic priorities.

Material and method: A group of experts designed a questionnaire on OP in the rheumatologist practice. The survey was sent to the Spanish Society of Rheumatology (SER) members. Through the Delphi round, strategic priorities were agreed upon in OP.

Keywords:

Osteoporosis

Fracture

Management

Rheumatology

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anarher@gobiernodecanarias.org (A. Naranjo).

Results: The priorities are: 1) The SER should promote the inclusion of OP in 100% of the services and expand the training offer; 2) Rheumatology services should promote the role of the nurse in OP, promote quality indicators and referral protocols agreed with primary care in addition to promoting their training in this area; 3) The SER and Rheumatology services should promote electronic consultation, OP monographic clinics and participation in *Fracture Liaison Service* units.

Conclusions: Strategic priorities in OP help identify areas of improvement at organisational, structural and quality standards level in this pathology.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La osteoporosis (OP) es un proceso prevalente en las consultas de reumatología. Un estudio transversal realizado en la Comunidad de Madrid, en el que se recogió la actividad asistencial de 41 reumatólogos con datos de un total de 2.311 pacientes, evidenció que la patología metabólica ósea constituía el motivo más frecuente de consulta, un 19,7% de las consultas, por delante de la artrosis periférica (16%) y la patología de partes blandas (14%)¹.

En el año 2010 se estimó que el 21% de las mujeres y el 5% de los varones > 50 años españoles padecían OP². El proceso asistencial de la OP postmenopáusica se inicia por lo general en atención primaria (AP), siendo algunos casos derivados a la Atención Especializada.

La preocupación por la OP, tanto en el ámbito sanitario como en la población, conlleva la utilización frecuente de pruebas diagnósticas y tratamientos, siendo un problema sanitario importante susceptible de acciones de mejora.

La alta prevalencia de la OP, la complejidad en la gestión por el gran número de profesionales que implica y la importancia del papel del reumatólogo como líder de este proceso, impulsan este grupo de mejora, que se propuso analizar la gestión clínica que realizan actualmente los especialistas en reumatología ante la OP. Los estudios de opinión sobre la percepción del reumatólogo pueden ser un buen método para detectar problemas asistenciales e identificar de manera consensuada áreas de mejora en la gestión clínica y de la calidad en la atención de estos pacientes³. En la misma línea, los documentos de consenso intentan llegar a acuerdos en temas controvertidos como, en este caso, la gestión de la OP por el reumatólogo⁴.

Así, el objetivo del presente estudio fue conocer y analizar el enfoque organizativo y clínico que adoptan los reumatólogos ante la OP en España para definir líneas y prioridades estratégicas, así como establecer una relación de indicadores y estándares de calidad que permitan una mejor gestión y una mejora continua en la atención de la OP y sus complicaciones.

Material y método

El diseño del estudio ha sido cualitativo y cuantitativo con un abordaje basado en la técnica de consenso. El proyecto se ha desarrollado entre septiembre de 2017 y diciembre de 2018 con un método mixto, en 2 etapas, combinando el enfoque cualitativo y el cuantitativo⁵.

La investigación cualitativa se considera especialmente adecuada en la fase exploratoria de un proyecto, porque permite descubrir y obtener una comprensión profunda de las experiencias individuales, opiniones y creencias asociadas a un objeto de estudio⁶. Para ello, se realizó un *grupo focal* con expertos en reumatología que plantearon los temas que serían claves en la atención del paciente con OP. La consideración de experto en reumatología se basó en una experiencia clínica de más de 15 años en la atención y gestión de consultas incluyendo la OP.

La fase cualitativa, dada su naturaleza inductiva y su limitada representatividad, justifican una segunda fase cuantitativa que

proporcione una medición y ponderación de los hechos. En esta segunda fase se recopilaron datos de una muestra de profesionales a través de una encuesta online autoadministrada sobre los aspectos que previamente habían identificado los expertos. Puesto que el objetivo último del trabajo era definir líneas estratégicas de actuación, se realizó a continuación una ronda Delphi con el grupo de expertos que priorizaron las decisiones a adoptar. En total se llevaron a cabo 2 rondas Delphi a través de correo electrónico.

Investigación cualitativa

La fase cualitativa consistió en un *grupo focal* en el que participaron 7 especialistas en reumatología con un moderador. El objetivo fue recopilar amplia información sobre la práctica asistencial que realiza el reumatólogo ante la OP; su percepción de esta patología y la organización asistencial. Se diseñó una guía de trabajo con diversas preguntas y áreas temáticas: a) procedencia del paciente, b) atención del paciente en AP, c) atención del paciente en reumatología, d) consulta de reumatología, e) continuidad asistencial de pacientes con OP: informe y seguimiento, f) enfermería y programas de prevención en pacientes con OP.

La duración de la sesión fue de 2 h, seguida de un análisis de contenido. La técnica concluyó con la identificación de temas de interés sobre el enfoque organizativo y clínico que adoptan los reumatólogos ante la OP.

Investigación cuantitativa

La fase cuantitativa consistió en el diseño, aplicación y análisis de los datos de una encuesta dirigida por correo electrónico a reumatólogos miembros de la Sociedad Española de Reumatología (SER), con el objetivo de recabar información que ofreciera una visión global, orientativa y en lo posible representativa de la práctica clínica y asistencial del reumatólogo ante la OP primaria que sería la OP posmenopáusica con o sin fractura, la OP secundaria (asociada a otras enfermedades metabólicas o inflamatorias, glucocorticoides, hipogonadismo...) y la fractura por fragilidad.

Se diseñó una encuesta estructurada de preguntas directas sobre las prácticas habituales y las creencias vigentes respecto a las necesidades y áreas de mejora más convenientes frente a la OP. La [tabla 1](#) recoge las áreas temáticas de la encuesta.

Se adoptó el formato de respuestas en escalas Likert-5 donde 1 indicaba mínima conformidad o frecuencia y 5 máxima conformidad o frecuencia. La encuesta fue elaborada con la colaboración de un grupo de 6 reumatólogos cuya práctica asistencial no era exclusiva en OP. Tras un proceso de revisión y depuración, la encuesta definitiva estuvo formada por 24 preguntas ([Anexo 1 material adicional](#)). Se eligió el formato de recogida de datos online a través de la SER, que lo divulgó entre sus socios entre septiembre y diciembre de 2017.

Los resultados de la encuesta se exponen mediante estadística descriptiva, media, mediana y desviación estándar así como el análisis factorial de componente principal.

Tabla 1
Relación de áreas temáticas del cuestionario

a) Volumen, procedencia y características de los pacientes atendidos por OP en la consulta del reumatólogo
b) Pruebas aportadas y calidad de la derivación de los pacientes desde atención primaria
c) Aspectos organizativos y asistenciales de la OP en la consulta del reumatólogo: acceso a densitometría ósea características del paciente atendido existencia de protocolos existencia de consultas monográficas existencia de Unidades de Fractura
d) Gestión de la Calidad en OP: indicadores y estándares de calidad características del informe médico existencia de cuestionarios funcionales y de calidad de vida en OP
e) Atención de enfermería y programas de prevención
f) Expectativas y áreas de mejora

Fase de decisión: Delphi

Siguiendo la metodología descrita por Linstone y Turoff en 1975, se convocó nuevamente al grupo de expertos en un formato de comunicación controlada que evitaba la confrontación directa entre los expertos y las influencias que esto genera⁶. A partir de los resultados claves de la encuesta, se diseñó un formulario online autoadministrable donde cada experto debía indicar la importancia que otorgaba a implementar cada medida propuesta. El objeto final era priorizar las áreas de mejora de la atención de pacientes con OP y la instancia a la que correspondía abordar esta mejora, optando entre la SER, los servicios de reumatología o ambos. Finalmente se elaboró una relación de prioridades estratégicas respecto a la OP.

Los resultados se exponen mediante estadística descriptiva; media, mediana y desviación estándar.

Aspectos éticos: El protocolo no requirió aprobación por un Comité de Ética y/o Investigación, al ser un proyecto de no práctica clínica aprobado por la comisión correspondiente de la SER y realizado bajo los auspicios del programa CRETA de la SER. Por el mismo motivo, los participantes no firmaron carta de consentimiento informado.

Resultados

Características de la muestra de reumatólogos que respondió a la encuesta

La tasa de respuesta entre los socios de la SER fue del 8%, con una muestra de 108 encuestas, (84 respuestas válidas) de reumatólogos repartidos por 22 provincias: Madrid (16,7%), Barcelona (14,8%), Alicante (7,4%) y Sevilla (7,4%) son las que concentran mayor número de respuestas. El 85% se sitúa en el intervalo 35-50 años (tabla 2). La muestra está formada principalmente por médicos de hospitales terciarios (49%). El 90% de los participantes procede del sector público y el tamaño medio de los equipos de trabajo es de 5 especialistas.

Volumen, procedencia y características de los pacientes atendidos por OP en la consulta del reumatólogo

La atención a la OP no figura entre el conjunto de prestaciones de un 6% de los servicios de los encuestados.

El número de pacientes que se atienden en una semana por OP o fractura oscila entre 6 y 15, siendo el 65% mujeres posmenopáusicas sin causas de OP secundaria y el 34% primeras visitas. Los reumatólogos opinan que el 42,7% (DE 25) de los pacientes podría haber sido atendido solo en el primer nivel asistencial. Las espe-

Tabla 2
Descripción de los reumatólogos participantes

Edad (años), media ± DE	46,8 ± 11,2
<i>Sexo (n = 54)</i>	
Hombres	24 (44%)
Mujeres	30 (56%)
<i>Tipo de centro de trabajo (n = 83)</i>	
Hospital terciario	41 (49%)
Hospital comarcal	21 (25%)
Centro de especialidades	13 (16%)
Consulta privada	8 (10%)
<i>Pacientes atendidos a la semana por OP/Fx</i>	
Media ± DE	11 ± 10,9
% OP posmenopáusica (no secundaria)	65,1 ± 23,5
% OP 1.ª consulta	34,6 ± 22,3
% pacientes procedentes AP	50,2 ± 29,1

AP: atención primaria; DE: desviación estándar; Fx: fractura por fragilidad; OP: osteoporosis.

cialidades que derivan con mayor frecuencia al reumatólogo son Traumatología, AP, Oncología y Ginecología. Los principales motivos de derivación fueron, por este orden: valoración de resultados de densitometría ósea (DXA) y/o fractura por fragilidad, evaluación de OP por glucocorticoides, evaluación de OP en paciente con artritis crónica, tratamientos con inhibidores de la aromatasa, dudas con el tratamiento de la OP y dudas sobre procesos odontológicos y su relación con fármacos antiosteoporóticos.

Pruebas aportadas y calidad de la derivación de los pacientes desde atención primaria

El 31% de los encuestados trabaja con un protocolo de derivación consensuado con AP; de estos en el 46% incluía realizar DXA y el 88% incluía valoración de los factores de riesgo clínicos. El 87,5% y el 82% de los reumatólogos opina que es importante o muy importante que los pacientes fueran derivados con analítica del metabolismo óseo y con radiología de columna dorsolumbar y el 65,1% opina que lo es la DXA y la valoración de riesgo clínico (FRAX/otras escalas). El 65% de los reumatólogos refiere que la mitad o menos de los pacientes derivados aporta alguna prueba realizada y 2/3 de los pacientes derivados lo hace sin evaluación del riesgo clínico de fractura.

Aspectos organizativos y asistenciales de la OP en la consulta del reumatólogo

El 20% de los encuestados no tiene acceso a DXA en su área sanitaria (14% en hospitales comarcales, 18% en hospitales terciarios y 33% en centros de especialidades). El 51% opina que el informe de la DXA le ayuda en la toma de decisiones y el 36% que es útil para conocer la evolución del paciente.

Los reumatólogos opinan que la OP por glucocorticoides, la del varón y la secundaria, así como pacientes con fractura previa y aquellos con alto riesgo de fractura deben ser atendidos por reumatología (tabla 3).

El porcentaje de implantación de diferentes estrategias organizativas en OP y su previsión futura quedan reflejados en la tabla 4. El 38% afirma que su servicio dispone de consulta monográfica o dedicada a OP, atendida por 3-4 médicos y mayoritariamente se pasa 2 o más días por semana. El 74% de los reumatólogos cree que la falta de recursos es la causa de no disponer de consulta monográfica.

Las unidades *Fracture Liaison Service* (FLS) están presentes en el 16% de los hospitales y, allí donde existen, en el 54% de los casos están lideradas por reumatología.

Tabla 3

Grado de acuerdo de los reumatólogos sobre actividad asistencial en osteoporosis (escala 1-5, siendo 5 totalmente de acuerdo)

Media	Mediana	DE	Escalas
4,48	5	1,05	La OP por glucocorticoides es tarea del reumatólogo
4,24	5	1,07	La OP del varón es tarea del reumatólogo
4,44	5	1,01	La OP secundaria es tarea del reumatólogo
4,57	5	0,95	La OP que se asocia a la patología inflamatoria es tarea del reumatólogo
4,32	5	1,06	El paciente con factura previa es tarea del reumatólogo
4,06	4	1,12	La OP por inhibidores de la aromatasa es tarea del reumatólogo
4,56	5	0,89	La atención de pacientes con alto riesgo de fractura es tarea del reumatólogo
3,19	4	1,31	La OP primaria es tarea de AP
3,52	4	1,22	El uso del FRAX permite al médico de AP justificar al paciente que no necesita tratamiento para su OP
3,46	4	1,4	Una consulta de OP en reumatología solo debe existir para pacientes de alto riesgo
3,86	4	1,28	Nuestro servicio es referente de OP en su área
3,67	4	1,22	Las guías de OP son poco claras y a menudo equívocas
4,24	5	1,1	Sería necesario que hubiera una guía nacional de OP para todas las especialidades
2,83	3	1,2	La OP tiene tanta variabilidad que no es adecuada para ser protocolizada
4,05	4	1,275	

AP: atención primaria; DE: desviación estándar; OP: osteoporosis.

Tabla 4

Estrategias para la atención de pacientes con OP en los servicios de reumatología

	Existe en la actualidad (%)	Se tiene previsto implantar en el futuro (<2 años) (%)
Un programa específico de formación en OP para residentes	23,8	76,2
Facultativos subespecializados en OP y referentes en el servicio	50,8	49,2
Reumatólogo consultor o de enlace en esta patología designado en cada centro de salud	28,6	71,4
Protocolos propios del servicio sobre OP	47,6	52,4
Consulta virtual/interconsulta electrónica/teleconsulta habilitada en OP	30,2	69,8
Consulta monográfica de OP	38,1	61,9
Unidades de fractura (FLS)	16	32

FLS: Fracture Liason Service; OP: osteoporosis.

Gestión de la calidad en OP

El 43% de los encuestados emplea indicadores de calidad propuestos por la SER, el 17% índices de calidad de vida y el 24% indicadores de calidad propios. La demora promedio para la primera visita y revisión de OP son 6 y 12 semanas y la relación estimada revisiones/nuevos es de 5,4.

El 38% cree que la posición de la OP es similar a otras enfermedades atendidas en reumatología, mientras que el 42% contesta no tener una idea al respecto.

Respecto al informe de seguimiento, un 65% considera que el informe médico del reumatólogo sobre OP es aceptable, un 82% piensa que contiene consideraciones sobre tratamiento y hábitos de vida saludables. En el 86% el informe incluye la DXA, en el 63% se explican los datos de la DXA y en el 58% se incluye datos del FRAX. El 87% está de acuerdo en que un informe completo y de calidad en OP podría marcar diferencias con otras especialidades que atienden la OP.

Atención de enfermería y programas de prevención

Un 60% de los servicios dispone de enfermera dedicada a reumatología, la cual presta atención a los pacientes con OP en aspectos educativos y de administración de fármacos (tabla 5).

Expectativas y áreas de mejora

Las áreas de mejora percibidas por los encuestados como importantes se refieren a la relación con AP; homogeneizar y definir la práctica asistencial; potenciar el papel del reumatólogo como experto en OP y desarrollar programas específicos de formación en

Tabla 5

Actividades de la enfermera en los servicios de reumatología. Porcentajes promedio

Da dietas a los pacientes	35,7
Explica los ejercicios	21,4
Proporciona folletos informativos sobre la osteoporosis	31
Aclara cuestiones sobre la toma y/o administración de fármacos para la osteoporosis	26,2
Instruye sobre la prevención de efectos secundarios	15,5
Recibe pacientes para consulta específica de educación en osteoporosis	11,9
Instruye a los pacientes para la prevención de caídas	9,5
Atiende las dudas de los pacientes mediante el teléfono	31
Atiende las dudas de los pacientes en la consulta	16,7
Administra denosumab y/o bisfosfonatos iv	26,2

OP implicando diferentes niveles médicos asistenciales, a enfermería y al paciente con OP (tabla 6).

Las prioridades estratégicas para la mejora del enfoque clínico y organizativo de la atención de pacientes con OP, consensuadas por el grupo de expertos a través del Delphi fueron las siguientes:

1) Prioridades estratégicas que deberían ser asumidas desde la SER:

- Impulsar desde la SER la inclusión de la OP en el conjunto de prestaciones de los servicios, en el 100% de los servicios (actualmente en el 94%).
- Ampliar la oferta formativa específica en OP desde la SER, tanto para médicos como para enfermeras.

2) Prioridades estratégicas que deberían ser asumidas desde los servicios:

- Fomentar el papel de la enfermera en los pacientes con OP.

Tabla 6
Áreas de mejora percibidas por los reumatólogos (escala 1-5, siendo 5 totalmente de acuerdo)

Media	DE	Áreas de mejora
4,3	1,05	Potenciar la relación con AP en relación a la OP
4,26	1,06	Potenciar la formación del médico de AP en OP
4,37	1,03	Homogeneizar los criterios en la solicitud de las pruebas entre los reumatólogos y AP
4,17	1,07	Establecer desde la SER un protocolo o guía de OP prácticos y definidos
4,24	1,02	Homogeneizar y clarificar los criterios de derivación de pacientes con OP a reumatología
4,52	1,00	Potenciar el papel del Reumatólogo como experto en OP
4,17	0,92	Crear un registro, a nivel de la SER, sobre enfermedades óseas menos frecuentes o raras
3,98	1,09	Mejorar la información que facilitamos a los pacientes desde la web de la SER
3,98	1,05	Mejorar los Informes de alta de los pacientes
4,04	1,06	Promover talleres de organización asistencial en OP
4	1,13	Potenciar la formación de enfermeras especializadas desde la SER
3,83	0,97	Impulsar las consultas telemáticas de OP

AP: atención primaria; DE: desviación estándar; OP: osteoporosis; SER: Sociedad Española de Reumatología.

- b. El jefe de servicio debe impulsar la implantación y el seguimiento de indicadores de calidad en la atención de pacientes con OP.
 - c. Implantar protocolos de derivación consensuados con primaria.
 - d. Mejorar la relación revisiones/nuevas consultas para aproximarla al estándar dado por la SER^{2,3}.
- 3) Prioridades estratégicas que deberían ser asumidas conjuntamente:
- a. Mejorar la atención de los pacientes con OP en AP, evitando que lleguen al especialista pacientes que podrían ser atendidos en el primer nivel asistencial. Para ello debería implicarse en primer lugar el propio servicio de reumatología y en segundo lugar la SER.
 - b. Reducir el número de reumatólogos que todavía no tiene acceso a la DXA en su área sanitaria.
 - c. Implantar como criterio asistencial que los pacientes con OP primaria deben ser atendidos en AP, mientras que los pacientes con OP por glucocorticoides, la del varón y la secundaria, así como pacientes con fractura previa o alto riesgo de fractura sean atendidos por reumatología.
 - d. Lograr una implantación de la consulta electrónica sobre OP en el 60% de los servicios de reumatología (actualmente en el 30%).
 - e. Implantar la consulta monográfica o dedicada a OP en el 70% de los servicios de reumatología.
 - f. Conseguir que el 60% de los servicios de reumatología participen en unidades de fractura FLS.

Discusión

En este trabajo se presenta el primer documento de consenso sobre las prioridades estratégicas en OP desde la óptica del reumatólogo.

Distintas asociaciones médicas europeas respaldan el acceso con calidad a los servicios de reumatología para la atención de las enfermedades reumáticas, entre las que se incluye la OP⁷. Este posicionamiento contrasta con que alrededor de la mitad de los reumatólogos no tiene una idea concreta del posicionamiento de la OP respecto a otras enfermedades reumáticas. Sin embargo, es llamativa la frecuencia con que otras especialidades derivan a los pacientes con OP a nuestras consultas, otorgándonos el liderazgo de la patología. La OP está incluida en el programa de la especialidad y los reumatólogos pueden liderar la OP del mismo modo que, por ejemplo, las enfermedades autoinmunes sistémicas. Las áreas de mejora identificadas en la encuesta indican, en nuestra opinión, el camino para que reumatología encabece el campo de la OP.

En los últimos años se han producido algunas novedades que afectan a la gestión de la OP, como la relevancia de la prevención

secundaria de fractura, la generalización de la historia informatizada y la conexión telemática con AP.

En esta encuesta, el volumen de pacientes totales y nuevos es de 10-11 y 3,4 por semana, respectivamente, mientras que en un estudio de unidades de metabolismo óseo en España fue de 20 y 15 por semana respectivamente⁸. Además, la proporción de OP primarias es mayor en nuestro estudio (65 vs. 48%) Estos resultados indican que la encuesta ha sido respondida por reumatólogos cuyo foco de interés no está solo centrado en OP.

La causa de derivación a reumatología es muy variada en nuestro caso, mientras que en otro estudio la mitad de las derivaciones presenciales por OP desde AP eran motivadas por dudas relacionadas con el tratamiento⁹.

Las características que posee el médico de AP hacen que la mayoría de las pacientes con OP posmenopáusicas puedan ser evaluadas y, si lo precisan, tratadas en el primer nivel asistencial¹⁰ y solo en caso de dudas serían susceptibles de ser derivadas a reumatología. Los reumatólogos respondieron que casi la mitad de los pacientes derivados podrían haber sido atendidos en AP. Racionalizar las derivaciones desde AP y dar espacio en la consulta del reumatólogo a la atención de la OP secundaria emergieron en nuestra encuesta como enfoques organizativos o áreas de mejora en la gestión de la OP. En este mismo sentido, diferentes sociedades científicas están otorgando un papel principal al manejo de la OP como comorbilidad¹¹.

Para disminuir la variabilidad asistencial sería necesario elaborar protocolos conjuntos de actuación con otras especialidades, especialmente AP. Solo el 31% de los encuestados trabaja con un protocolo de derivación consensuado con AP.

Respecto a las pruebas aportadas en el proceso de derivación desde AP, los reumatólogos encuestados consideran importante la valoración del riesgo clínico, la analítica del metabolismo óseo y la radiología simple de la columna dorsolumbar, por encima de la DXA. La frecuencia con que los pacientes son derivados con las pruebas realizadas es baja, y entre un 50% y un 75% de los casos no aportan ninguna prueba. De aquí surge otra área de mejora identificada en nuestra encuesta: fomentar la autonomía del médico de AP en la atención del paciente con OP.

En varios estudios realizados en España se observa un escaso manejo del FRAX[®] y otras herramientas de valoración del riesgo de fractura^{12,13}. A pesar de ello, en nuestra encuesta los profesionales están de acuerdo en que los factores de riesgo de fractura son necesarios para la valoración de la OP. Además, cuando se elaboran protocolos de derivación desde AP se da prioridad a la valoración del riesgo clínico sobre la DXA, al igual que en el estudio EPISER 2016 en comparación con EPISER 2000¹⁴.

Entre los médicos que manejan la OP, el abordaje es heterogéneo. La necesidad de una guía nacional de consenso de manejo de la OP que contenga recomendaciones para el uso adecuado de las

herramientas de valoración del riesgo clínico y de la DXA es otra área de mejora identificada en nuestro trabajo. De esta manera se podría disminuir la variabilidad que existe en el manejo de la OP¹⁵.

En cuanto a otras estrategias sobre OP, destacar como poco implantadas el consultor reumatólogo de enlace, la consulta telemática, con mucha proyección futura. Es de señalar que, aunque la consulta monográfica o dedicada a OP está poco implantada, cuando lo está adquiere gran desarrollo.

Por lo que se refiere a la prevención secundaria de la fractura, los reumatólogos opinan que el paciente fracturado de alto riesgo de presentar otras fracturas debe ser atendido en reumatología. A pesar de que existen experiencias y modelos FLS a nivel nacional que son lideradas por reumatólogos¹⁶, su implantación entre los reumatólogos encuestados es escasa, más de la mitad no se plantea su implementación a medio plazo, lo que contrasta con otras estrategias. Sin duda, la implantación de FLS en la atención reumatológica de la OP debiera ser una línea estratégica impulsada por la SER.

La atención de calidad al paciente, especialmente si hay multimorbilidad y se centra en el paciente complejo, requiere unos adecuados tiempos de asistencia. Entre los reumatólogos encuestados la demora promedio para la primera visita fue de 6 semanas, (estándar SER: 5,6 semanas), mientras que la demora promedio para una revisión fue de 12 semanas (estándar SER: 9,5 semanas)¹⁷.

Los indicadores de calidad establecidos por la SER relativos a las consultas de OP incluyen que es recomendable la existencia de consultas dedicadas a OP, que el retraso de una primera visita no debe superar las 8 semanas y que la duración promedio de la misma debe ser de 20 min¹⁸. Estos indicadores SER son solo utilizados por el 43% de los encuestados, pero su implementación es reconocida como un área de mejora. Recientemente, EULAR ha establecido recomendaciones para la prevención y el manejo de la fractura osteoporótica por parte de profesionales de la salud no médicos¹⁹. Desde la SER se ha esbozado la asistencia en calidad de la enfermería²⁰, pero su implementación a nivel general y de la OP en particular es demandada por la mayoría de los encuestados en nuestro estudio. En una revisión de la literatura se definieron los estándares de calidad para la fractura de cadera²¹. Sin embargo, la SER no dispone de documentos específicos sobre gestión de OP o de fractura.

Otros cambios organizativos que el reumatólogo señala entre sus expectativas es la conexión telemática con AP, con lo que se facilitan las consultas no presenciales tal y como se ha publicado²².

Nuestro trabajo tiene algunas limitaciones. Al tratarse de una muestra de encuestados pequeña, cabe la posibilidad de que no represente la opinión de todo el colectivo de reumatólogos o la práctica clínica habitual. Los resultados recogen la experiencia clínica y tienen carácter exploratorio, aportando una visión orientativa. La presencia de especialistas de todo el territorio y la amplitud de la muestra hacen que adquieran un valor ilustrativo. A pesar del sesgo asociado al recuerdo en las respuestas cuando se trata de cifras numéricas, las pocas cuestiones relacionadas ofrecen unos resultados que se aproximan a las cifras recogidas en otros estudios.

Los autores del presente trabajo creemos que la organización asistencial en OP por parte de reumatología debe dar un giro acorde con los tiempos. Con la implantación de los medios electrónicos para la interacción con AP y la relevancia actual de la fractura por fragilidad, las prioridades estratégicas aquí expuestas opinamos que contienen un mensaje ponderado de la organización asistencial en OP. Los resultados de la encuesta nos aproximan a la situación

actual de la atención en OP («libro blanco») e identifican posibles áreas de mejora a nivel organizativo, estructural y de elaboración e implantación de estándares de calidad en esta patología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este Proyecto de Mejora de la Calidad ha sido realizado en el marco del Proyecto CRETA impulsado por la SER con la financiación de Laboratorios ROCHE.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.reuma.2019.11.002](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.11.002).

Bibliografía

- Plan Estratégico de Reumatología de la Comunidad de Madrid. 2011 [consultado 20 Oct 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142682890847&language=es&pageid=1354181624389&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FCM.Actualidad_FA%2FHCLN.actualidad.
- Kanis JA, Borgström F, Compston J, Dreinhöfer K, Nolte E, Jonsson L, et al. SCOPE: A scorecard for osteoporosis in Europe. *Arch Osteoporos*. 2013;8:144.
- Aguado Acín MP, Martín Mola E. Gestión clínica y calidad en reumatología. *Rev Esp Reumatol*. 2003;30:448–55.
- Fink A, Koscoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984;74:979–83.
- Howlett B. Healthcare research methods. En: Howlett B, Rogo E, Shelton TG, editors. *Evidence-based practice for health professionals*, 2013. Burlington: Jones and Bartlett; 2013. p. 31–51.
- Linstone HA, Turoff M. The Delphi method. En: Linstone H, Turoff M, editores. *The Delphi method: Techniques and applications*. Reading: Addison-Wesley; 1975. p. 3–12.
- Woolf A. What healthcare services do people with musculoskeletal conditions need? The role of rheumatology. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:281–2.
- Blanch J, del Pino J, Moro MJ, Valero C, y grupo investigadores SEIOMM. Estudio MINOS. Mapa de la realidad asistencial docente e investigadora para las enfermedades del metabolismo mineral y óseo. Madrid: SANED; 2015.
- García Carazo S, Aguado P, Bonilla G, Plasencia C, Balsa A. Gestión de calidad: evaluación de un proceso asistencial de derivación de pacientes con osteoporosis entre Atención primaria y Reumatología. *Reumatol Clin*. 2018;14:184.
- Carbonell C. Protocolo para la derivación de los pacientes con osteoporosis desde Atención Primaria a especializada. *Medicine*. 2006;9(Extr. 1):57–60.
- Gossec L, Baillet A, Dadoun S, Daien C, Berenbaum F, Dernis E, et al. Collection and management of selected comorbidities and their risk factors in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice in France. *Joint Bone Spine*. 2016;83:501–9.
- Vedía C, Massot M, Valles R, García JA, Franz A, Muñoz L, et al. Adecuación del tratamiento de la osteoporosis en prevención primaria. Estudio cuantitativo y cualitativo. *Aten Primaria*. 2018;50:6–15.
- Naranjo A, Rosas J, Ojeda S, Salas E, y el grupo CANAL. Manejo de la osteoporosis en atención primaria antes y después del resultado de la densitometría; tratamiento instaurado versus tratamiento recomendado en los consensos (estudio CANAL). *Reumatol Clin*. 2013;9:269–73.
- Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez-Ruiz F, et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin*. 2019;15:90–6.
- Sanfeliu-Genovés J, Catalá-López F, Sanfeliu-Gimeno G, Hurtado I, Baixauli C, Peiró S. Variability in the recommendations for the clinical management of osteoporosis. *Med Clin (Barc)*. 2014;142:15–22.
- Naranjo A, Ojeda-Bruno S, Bilbao Cantarero A, Quevedo Abeledo JC, Henríquez-Hernández LA, Rodríguez-Lozano C. Resultados de un modelo de prevención secundaria de fractura osteoporótica coordinado por reumatología centrado en la enfermera y el médico de atención primaria. *Reumatol Clin*. 2014;10:299–303.
- Nolla JM, Martínez C, García-Vicuña R, Seoane-Mato D, Lozano MPR, Alonso A, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas externas de reumatología. El proyecto EXTRELLA. *Reumatol Clin*. 2016;12:248–55.
- Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abelló J, Lázaro P, Mercado D, et al. Estándares de calidad asistencial en reumatología. *Reumatol Clin*. 2007;3:218–25.

19. Hurkmans E, Wilson N, Stamm T, Adams J, on behalf of Task force group HP management osteoporotic fractures. EULAR points to consider/recommendations for the health professionals' prevention and management of osteoporotic fractures. *Ann Rheum Dis*. 2018;77 Suppl 2:1790.
20. Muñoz Fernández S, Lázaro y de Mercado P, Alegre López J, Almodóvar González R, Alonso Ruiz A, Ballina García FJ, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología. *Reumatol Clin*. 2013;9:206–15.
21. Voeten SC, Krijnen P, Voeten DM, Hegeman JH, Wouters MWJM, Schipper IB. Quality indicators for hip fracture care, a systematic review. *Osteoporos Int*. 2018;29:1963–85.
22. Tejera Segura B, Bustabad S. Una nueva forma de comunicación entre reumatología y atención primaria: la consulta virtual. *Reumatol Clin*. 2016;12:11–4.