

#### 4. Seguimiento y adherencia al tratamiento anti-osteoporótico desde enfermería en una Fracture Liaison Service (FLS)

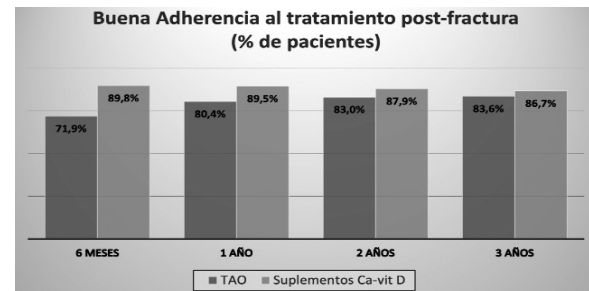
Izquierdo Aviño R<sup>1</sup>, Cebollada Gadea L<sup>1</sup>, Laguna Rodrigo R<sup>2</sup>, Jordán Jarque M<sup>1</sup>

1 Unidad FLS, Hospital N<sup>o</sup> S<sup>a</sup> de Gracia, Zaragoza; 2 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

**Introducción:** La adherencia al tratamiento es fundamental para que la eficacia de los fármacos se reproduzca en la práctica clínica. Los factores que influyen en la adherencia son diversos y multidimensionales. Hemos evaluado si el seguimiento proporcionado por nuestra FLS mejora la adherencia al tratamiento antiosteoporótico y/o suplementos de calcio y vitamina D de los pacientes.

**Material y método:** Estudio descriptivo retrospectivo transversal de los pacientes incluidos en una FLS desde 2016 hasta 2020.

**Resultados:** La media de edad de los pacientes incluidos en nuestra FLS durante el periodo de estudio fue de 81,97 años, destacando que el 85,8% fueron mujeres y el 14,2% hombres. Durante el seguimiento, 1.201 pacientes de la muestra tuvieron un primer seguimiento a una media de 5,16 meses desde el inicio del tratamiento. Un total de 879 pacientes tuvieron un segundo seguimiento a los 14,28 meses de media desde el inicio del tratamiento. Un total de 522 pacientes tuvieron un tercer seguimiento, llevándose a cabo a los 24,12 meses de media. Finalmente, a 195 pacientes se les realizó un cuarto seguimiento, a unos 33,52 meses



de media tras el inicio. Con respecto a las causas de finalización del seguimiento en nuestra FLS, un 3,1% de los pacientes lo abandonó porque había cesado la indicación de un tratamiento farmacológico, un 6,5% por decisión propia, un 11% por fallecimiento, un 4% por decisión médica, un 2,7% por imposibilidad de ser localizado y un 9,4% porque fueron derivados a seguimiento con su médico de atención primaria. Datos de buena adherencia al tratamiento se muestran en el gráfico.

**Conclusiones:** El seguimiento de los pacientes incluidos en una FLS se muestra efectivo para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, incluso a los 3 años.

#### 5. Prevalencia y prescripción de tratamiento farmacológico en una Fracture Liaison Service de Badalona (FLS-BSA) en comparación datos de Cataluña en el año 2019

Cancio Trujillo JM, Pérez-Castejón Garrote JM, Ferré Jodra A, Rodríguez García JL

Badalona Serveis Assistencials, Badalona

**Introducción:** Describir la actividad desarrollada durante el año 2019 (pre-pandemia) en relación a los datos publicados recientemente sobre la epidemiología de las principales fracturas osteoporóticas en Cataluña.

**Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo, de revisión de historias clínicas en una FLS comparada con la totalidad de fracturas por fragilidad en Cataluña.

**Resultados:** Prevalencia de los diversos tipos de fracturas por fragilidad en FLS-BSA y resto de Cataluña.

	FLS	SOC-CAT
Edad (mediana)	84,9	79,0
Porcentaje de mujeres	74,5%	81,6%
Distribución en base a la fractura primaria		
Fractura de cadera	68,5%	28,8%
Fractura vertebral	6,93%	20,4%
Fractura de antebrazo	3,26%	21,2%
Fractura de húmero	1,22%	14%
Otras (pelvis, 1/3 distal fémur)	20,09%	15,6%

Proporción de pacientes inician tratamiento farmacológico antiosteoporosis de forma posterior a la fractura.

Índice de calidad de la prescripción farmacéutica (IQF) de la Región Sanitaria.

Centros sin FLS	23,48%
FLS-BSA	57,15%

**Conclusiones:** Un modelo asistencial en Unidades multidisciplinarias de Fractura o Fracture Liaison Services (FLS), tiene el objetivo de realizar una correcta prevención secundaria de nuevas fracturas. Las FLS son un modelo multidisciplinar de atención al paciente que, de forma coordinada, asume la responsabilidad de identificar, tratar y apoyar a los pacientes con fracturas por fragilidad, interviniendo de forma adecuada sobre cada paciente, reduciendo así la probabilidad de que sufran otra fractura. Habiendo demostrado su eficacia en la disminución de la presentación de nuevas fracturas de una forma coste-efectiva para los sistemas de salud así como una mejora en la adherencia terapéutica de los pacientes seguidos en estas unidades.

La FLS-BSA de coordinación ortogerátrica, presenta una atención mayor en la fractura de cadera por fragilidad, con un gap a destacar en resto de fracturas en relación a la proporción de fracturas en Cataluña. Ello refuerza la necesidad de mejorar el abordaje del resto de fracturas.

#### 6. Cribado de riesgo poligénico de fracturas óseas en mujeres de España con osteoporosis

Real A del<sup>1</sup>, Cruz R<sup>2</sup>, Olmos JM<sup>1</sup>, Hernández JL<sup>1</sup>, Valero C<sup>1</sup>, Riancho JA<sup>1</sup>  
1 Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, IDIVAL, Santander; 2 Grupo de Medicina Xenómica, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Universidad de Santiago de Compostela

Dado que la osteoporosis tiene un importante componente hereditario, el conocimiento de las variantes genéticas implicadas puede permitir la identificación precoz de los sujetos en riesgo y la instauración de medidas preventivas no farmacológicas. Por otro lado, puede ayudar a seleccionar más eficientemente los grupos de población en los que aplicar medios diagnósticos y terapéuticos más sofisticados. La osteoporosis tiene un carácter poligénico, por lo que se están intentando elaborar puntuaciones de riesgo basadas en el análisis de múltiples genes ("polygenic risk scores", PRS). En esta línea, recientemente se ha propuesto un PRS generado a partir de los datos genotípicos y de ultrasonografía de calcáneo como ayuda en la predicción de fracturas (Forgetta V, PLoS Med. 2020 ;17(7): e1003152). El objetivo de este estudio fue analizar la capacidad de ese índice para predecir osteoporosis en la población española.

Estudiamos 1.747 mujeres, de las cuales 307 (65±9 años) fueron previamente diagnosticadas con osteoporosis y 1.440 (49±17 años) eran controles de población general. En todas ellas se hizo un análisis genómico con el Spanish Biobank Array. Tras solapar las variantes genotipadas con las del estudio referido, analizamos finalmente un total de 10.319 marcadores.

Las puntuaciones del PRS fueron significativamente menores en el grupo de osteoporosis que en el grupo control (-2,40 versus -1,75; p=5,68x10<sup>-12</sup>). Esas diferencias persistían después de incluir la edad como covariable (p=2,78x10<sup>-11</sup>). Con el modelo ajustado por la edad, el PRS mostró un poder predictivo bastante alto, con un área bajo la curva de 0,875 (95% IC 0,775-0,925). En comparación con las mujeres de los otros cuartiles, aquellas con puntuación PRS en el primer cuartil tenían un riesgo de osteoporosis significativamente mayor (OR=2,1; 95% IC 1,6-2,7; p=9,01x10<sup>-8</sup>).

Sin embargo, dentro del grupo de osteoporosis, no hemos encontrado asociación del PRS con variables como la DMO basal de región lumbar, cadera total o cuello de fémur.

En resumen, la aplicación de este PRS muestra diferencias significativas entre la población general española y las pacientes con osteoporosis, lo que sugiere su utilidad dentro de estrategias de identificación de sujetos en riesgo basado en criterios clínicos-genéticos.