



IOF
CAPTURE *the*
FRACTURE

MARCO DE MELHORES PRÁTICAS *para* SERVIÇOS DE MANEJO DE FRATURAS (FLS - FRACTURE LIAISON SERVICES)

Determinação do padrão

As pesquisas demonstraram que os modelos de Serviços de Manejo de Fraturas (FLS - Fracture Liaison Services) são os mais econômicos na prevenção de fraturas secundárias. Esta abordagem sistemática, com a presença de um coordenador de fraturas no seu centro, pode diminuir a quantidade de fraturas e aumentar as economias para o sistema de saúde, além de dar uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

MARCO DE MELHORES PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DE FRATURAS SECUNDÁRIAS

O Marco de Melhores Práticas (Best Practice Framework - BPF) são as orientações revisada por pares e endossadas internacionalmente para prevenir de fraturas osteoporóticas secundária. O BPF promove um modelo de atendimento para coordenadores chamado de Serviço de Manejo de Fraturas (FLS) como modelo de escolha a ser adotado por todos os hospitais e ambulatorios que tratam pacientes com fraturas por fragilidade. O BPF tem dois objetivos essenciais:

- Oferecer orientação a instituições na fase de implementação de um programa de FLS
- Determinar um benchmark para um programa de FLS já implementado para melhorar o serviços existentes

Estruturado em uma série de 13 padrões, o BPF atende elementos essenciais para o sucesso do FLS e, além disso, inclui metas, promovendo assim a excelência. Cada padrão oferece critérios e metas, divididos em três níveis de concretização: ouro, prata e bronze.

Reconhecer a excelência

Capture the Fracture® reconhece todos os FLS que cumprem com o BPF no mapa interativo online. Funciona da maneira seguinte:

Step 1

O FLS encaminha uma solicitação



Step 2

O FLS é marcado em verde e revisado



Step 3

É indicado um nível de concretização ao BPF



Step 4

O FLS é reconhecido no mapa



Para participar ou encaminhar seu FLS para seu reconhecimento, veja:

www.capturethefracture.org

DETALHES DO MARCO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os pacientes com fraturas compreendidas no escopo da instituição (instalações ou sistema de saúde de pacientes internados e/ou ambulatoriais) são identificados para habilitar um serviço de prevenção de fraturas secundárias.

O propósito deste padrão é avaliar a ROTA pela qual são identificados os pacientes com fraturas. O padrão reconhece que algumas instituições farão o manejo apenas de pacientes internados, enquanto outras o farão de pacientes ambulatoriais e, outras, de ambos os dois tipos de pacientes.

Um questionário identificará quais tipos de pacientes com fraturas estão compreendidos no escopo da instituição.

NÍVEL 1

Os pacientes com fratura clínica são identificados, mas não há um sistema de rastreamento de pacientes para avaliar a porcentagem de pacientes identificados vis a vis os não identificados.

Orientação

A instituição não tem um sistema para rastrear cada paciente que chega à instituição com uma fratura, portanto, não pode determinar exatamente a proporção de todos os pacientes contatados pelo serviço.

NÍVEL 2

Os pacientes com fratura clínica são identificados e há um sistema de rastreamento de pacientes para avaliar a porcentagem de pacientes identificados vis a vis os não identificados.

Orientação

A instituição tem um sistema para rastrear cada paciente que chega à instituição com uma fratura, portanto, pode determinar exatamente a proporção de todos os pacientes contatados pelo serviço.

NÍVEL 3

Os pacientes com fratura clínica são identificados e há um sistema de rastreamento de pacientes para avaliar a porcentagem de pacientes identificados vis a vis os não identificados.

A qualidade da captura de dados esteve sujeita a revisões independentes.

Orientação

A instituição tem um sistema para rastrear cada paciente que chega à instituição com uma fratura e tem medidas de avaliação de controle da qualidade dos dados, independentes da equipe que fornece atendimento pós-fratura, por exemplo, uma equipe de garantia da qualidade dos dados para todo o hospital ou uma equipe de qualidade da codificação clínica, que pode ser do hospital/sistema ou terceirizada.

Reconhece-se que as instituições/sistemas de saúde terão métodos diferentes para conseguir definir seu grupo 'de pacientes com fratura', quer seja mediante códigos de diagnóstico (ICD, CIM10), quer pela idade do paciente, pelo tipo de fratura, etc., os quais habilitarão os serviços de prevenção de fraturas secundárias.

2. AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Os pacientes com fratura identificados que estão compreendidos no escopo da instituição são avaliados para determinar futuros riscos de fratura.

Este padrão trata sobre o número de pacientes avaliados para determinar futuros riscos de fratura. O propósito deste padrão é avaliar qual é a proporção de todos os pacientes que chegam à instituição ou ao sistema por uma fratura que é avaliada para determinar futuros riscos de fratura. O padrão reconhece que algumas instituições farão o manejo apenas de pacientes internados, enquanto outras o farão de pacientes ambulatoriais e, outras, de ambos os dois tipos de pacientes. Além disso, o padrão reconhece situações em que a melhor prática é omitir a avaliação de fratura e ir direto aos protocolos de tratamento (por exemplo, com pacientes com mais de 80 anos).

NÍVEL 1

Daqueles pacientes identificados, em que a progressão para tratamento imediato não está garantida, 50% são avaliados para determinar se há risco de fratura posterior.

NÍVEL 2

Daqueles pacientes identificados, em que a progressão para tratamento imediato não está garantida, 70% são avaliados para determinar se há risco de fratura posterior.

NÍVEL 3

Daqueles pacientes identificados, em que a progressão para tratamento imediato não está garantida, 90% ou mais são avaliados para determinar se há risco de fratura posterior.

A avaliação baseada neste padrão vai levar em conta as dificuldades associadas com a avaliação de pacientes com demência ou com transtornos na função cognitiva.

3. CRONOGRAMA DE AVALIAÇÕES PÓS-FRATURA

A avaliação pós-fratura para a prevenção de fraturas secundárias é feita pontualmente depois da ocorrência de fratura.

Este padrão determina quando deverá ser feita a avaliação de risco de fratura posterior. Essa avaliação pode ser feita por um fornecedor qualificado, mas deve ser monitorizada pelo coordenador do FLS e deve conter os elementos

de avaliação pós-fratura pertinentes, como densitometria, avaliação de risco ou outras avaliações procedentes. Isto é para certificar-se de que foi feita uma avaliação formal de risco de fratura.

NÍVEL 1

A avaliação pós-fratura para a prevenção de fraturas secundárias é feita entre 13 e 16 semanas a partir da ocorrência de fratura clínica.

Orientação

A proporção de pacientes ao qual se aplica este padrão é definida pelas porcentagens de 50%, 70% e 90% exigidas para alcançar o Nível 1, o Nível 2 ou o Nível 3, respectivamente, no Padrão 2.

NÍVEL 2

A avaliação pós-fratura para a prevenção de fraturas secundárias é feita entre 9 e 12 semanas a partir da ocorrência de fratura clínica.

Orientação

A proporção de pacientes ao qual se aplica este padrão é definida pelas porcentagens de 50%, 70% e 90% exigidas para alcançar o Nível 1, o Nível 2 ou o Nível 3, respectivamente, no Padrão 2.

NÍVEL 3

A avaliação pós-fratura para a prevenção de fraturas secundárias é feita em 8 semanas a partir da ocorrência de fratura clínica.

Orientação

A proporção de pacientes ao qual se aplica este padrão é definida pelas porcentagens de 50%, 70% e 90% exigidas para alcançar o Nível 1, o Nível 2 ou o Nível 3, respectivamente, no Padrão 2.

Mediante os protocolos para determinar o cronograma médio do sistema/instituição de saúde, os solicitantes são encorajados a fornecer um período de tempo o mais preciso possível para fazer a avaliação pós-fratura para prevenção de fraturas secundárias. No entanto, é importante destacar que fazer uma avaliação pós-fratura em um prazo superior a quatro meses depois da fratura é tarde demais.

4. FRATURA VERTEBRAL

A instituição tem um sistema que identifica os pacientes com fraturas vertebrais não reconhecidas previamente, que devem fazer uma avaliação para prevenção de fraturas secundárias.

A maioria das fraturas vertebrais passa sem ser reconhecida nem detectada. O propósito deste padrão é estabelecer quais sistemas foram implementados pela instituição para identificar fraturas vertebrais entre pacientes que chegam à instituição e/ou que são hospitalizados nela por outra doença. Conhecer o status das fraturas vertebrais, além de fazer um estudo BMD (Bone Mineral Density) demonstrou ter melhorado significativamente o prognóstico de risco de fratura para fraturas secundárias.

NÍVEL 1

Os pacientes com fraturas vertebrais clínicas devem ser avaliados e/ou receber tratamento para a prevenção de fraturas secundárias.

Orientação

Até um quarto de pacientes apresentados a um FLS com fraturas não-vertebrais demonstrou ter deformidades vertebrais através da tecnologia de Avaliação de Fraturas Vertebrais (VFA - Vertebral Fracture Assessment). O padrão é ciente de que para alguns pacientes com fratura que são submetidos à VFA este estudo pode não ser prático para manejos de mudança, como com os pacientes com fratura de bacia.

NÍVEL 2

Os pacientes com fraturas não-vertebrais são submetidos rotineiramente à avaliação de morfometria vertebral lateral por DXA (ou, possivelmente, por RX convencional de coluna) para avaliar fraturas vertebrais.

Orientação

Para os pacientes encaminhados a uma unidade de estudos de densitometria local para fazer uma densitometria por motivos que não forem ter antecedentes de fraturas anteriores, o fato de determinar o status de fratura vertebral poderia afetar significativamente as decisões de tratamento para uma série de pacientes.

NÍVEL 3

Os pacientes que, segundo os radiologistas da Instituição, têm fraturas vertebrais em RX convencionais, TC e Ressonância Magnética MRI (quer sejam fortuitos, quer não o sejam) são identificados pelo FLS para serem submetidos a uma avaliação para tratamento preventivo de fraturas secundárias.

Orientação

Um volume importante de imagens é tomado entre os pacientes com mais de 50 anos, o que representa uma oportunidade para aumentar significativamente as taxas de identificação de pacientes com fraturas vertebrais previamente não reconhecidas durante os cuidados de outras doenças.

Este padrão reconhece que os pacientes com fratura vertebral são difíceis de identificar. Este padrão é uma aspiração, mas, como as fraturas vertebrais são as fraturas por fragilidade mais comuns, seria uma negligência não incluir a tentativa de identificá-los neste marco.

5. DIRETRIZES PARA AVALIAÇÕES

A avaliação da instituição para a prevenção de fraturas secundárias, para determinar se há necessidade de intervenção, está em consonância com as orientações locais/regionais/nacionais.

Este padrão tem dois propósitos. Primeiro, o padrão exige que as instituições adiram a orientações anteriormente revisadas por pares em nível local, regional ou nacional. Segundo, o padrão destaca a importância do papel de líder que um FLS efetivo pode ter na assistência a colegas de todo o sistema nacional de saúde. Um FLS corretamente estabelecido deveria ter uma função importante na promoção e na redação de orientações nacionais sobre prevenção de fraturas secundárias.

NÍVEL 1

A avaliação da instituição deve ser feita de acordo com uma diretriz revisada por pares e elaborada pela instituição local que oferece FLS ou com uma diretriz inspirada e adaptada em orientações internacionais.

Orientação

Embora o uso de diretrizes baseadas em orientações internacionais ou locais seja aceito neste nível, existe a expectativa de que uma vez que as diretrizes regionais, estaduais ou nacionais forem elaboradas, o centro vai trabalhar para modificar suas avaliações para prevenção de fraturas secundárias.

NÍVEL 2

A avaliação das instituições deve estar baseada em diretrizes regionais ou estaduais.

Orientação

Embora o uso de diretrizes regionais ou estaduais esteja aceito neste nível, existe a expectativa de que uma vez que forem elaboradas diretrizes nacionais, o centro vai trabalhar para modificar suas avaliações para prevenção de fraturas secundárias.

NÍVEL 3

A avaliação da instituição deve estar baseada em diretrizes nacionais.

Reconhece-se que diferentes instituições/sistemas de saúde podem estar limitados a seguir as diretrizes disponíveis em seu país.

6. CAUSAS SECUNDÁRIAS DA OSTEOPOROSE

A Instituição pode demonstrar qual proporção de pacientes que precisam de tratamento para prevenção de fraturas secundárias devem ser submetidos a mais estudos (em geral, exames de sangue) para avaliar casos subjacentes de baixo BMD).

É importante reconhecer porque os pacientes têm osteoporose. A avaliação deve seguir um algoritmo para detectar causas secundárias.

NÍVEL 1

A instituição pode demonstrar que 50% dos pacientes que precisam de tratamento são examinados rotineiramente para detectar causas secundárias de osteoporose.

NÍVEL 2

A instituição pode demonstrar que 70% dos pacientes que precisam de tratamento são examinados rotineiramente para detectar causas secundárias de osteoporose.

NÍVEL 3

A Instituição pode demonstrar que 90% dos pacientes que precisam de tratamento são examinados rotineiramente para detectar causas secundárias de osteoporose através do protocolo do centro e, se for indicado, deverá encaminhá-los a especialistas.

Orientação

Para efeitos de clareza, nos sistemas de saúde em que o médico de atendimento primário tiver a função de 'gatekeeper' para o encaminhamento a especialistas, o FLS deverá ter um sólido acordo com médicos de cuidados primários locais para garantir o posterior encaminhamento.

Reconhece-se que serão utilizados diferentes métodos para identificar causas secundárias de osteoporose. A filosofia deste padrão é que os pacientes pós-fratura que precisarem de tratamento serão avaliados para identificar causas secundárias de osteoporose de acordo com os métodos existentes na instituição ou no sistema de saúde.

7. SERVIÇOS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Os pacientes com fratura por fragilidade e que são considerados sem situação de risco de ter outras quedas são avaliados para determinar se são necessários os serviços de intervenção para prevenção de quedas e, de serem necessários, eles deverão ser encaminhados posteriormente a um serviço estabelecido para prevenção de quedas.

A qualificação deste padrão estará baseada em se há disponibilidade de serviços de prevenção de quedas ou não. O padrão básico consiste em que será feita uma avaliação para determinar se um paciente precisa de serviços de prevenção de quedas ou não. A qualificação do padrão ficará mais alta se houver serviços de prevenção de quedas disponíveis e se houver possibilidade de que os pacientes sejam encaminhados a esses serviços.

NÍVEL 1

50% dos pacientes com fraturas que são percebidos com estando em situação de risco de ter mais quedas são avaliados para determinar se precisam dos serviços de prevenção de quedas ou não.

Orientação

Todos os pacientes são avaliados para determinar se têm risco de quedas mediante um questionário básico de avaliação de risco de quedas.

NÍVEL 2

70% dos pacientes com fraturas que são percebidos com estando em situação de risco de ter mais quedas são avaliados para determinar se precisam dos serviços de prevenção de quedas ou não.

NÍVEL 3

90% dos pacientes com fraturas que são percebidos como estando em risco são avaliados para determinar se precisam de serviços de prevenção de quedas ou não e os pacientes aptos são encaminhados a um serviço estabelecido de prevenção de quedas que ofereça intervenções baseadas em evidências.

Orientação

O serviço de prevenção de quedas deveria oferecer programas baseados em evidências.

Este padrão determina se um serviço de prevenção de quedas é necessário ou não e, se estiver disponível, saber como ele está sendo utilizado. Se não houver um serviço estabelecido de quedas no centro, este padrão se tornará uma aspiração e encorajará os líderes do FLS a pressionar a instituição ou o sistema para que disponibilizem um serviço de prevenção de quedas.

8. AVALIAÇÃO DE MÚLTIPLAS FACETAS PARA DETERMINAR FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE E O ESTILO DE VIDA

Os pacientes que apresentarem fraturas por fragilidade serão submetidos a uma avaliação de fatores de risco de múltiplas facetas como medida preventiva para identificar qualquer mudança na saúde e/ou no estilo de vida que, se for implementada, diminuirá o risco de futuras fraturas e esse pacientes serão encaminhados posteriormente a um profissional multidisciplinar adequado para mais avaliações e tratamento.

Além do tratamento com medicação, é importante identificar outras necessidades de intervenção que possam reduzir futuros riscos de fratura, incluindo a avaliação de quaisquer fatores de risco subjacentes para a saúde ou o estilo de vida que possam levar a futuras fraturas.

Identificar fatores de risco como fumar, consumo de álcool, nutrição deficiente, falta de exercício, coordenação deficiente, etc., e encaminhar o paciente ao prestador de saúde apropriado para uma intervenção ajudará a prevenir futuras fraturas.

NÍVEL 1

50% dos pacientes internados são submetidos a avaliações de fatores de risco com múltiplas facetas.

NÍVEL 2

70% dos pacientes internados são submetidos a avaliações de fatores de risco com múltiplas facetas.

NÍVEL 3

90% dos pacientes internados são submetidos a avaliações de fatores de risco com múltiplas facetas.

Uma avaliação de risco de múltiplas facetas pode ser feita por um fornecedor de saúde no FLS (clínico, enfermagem, coordenador de FLS, etc.) e os serviços de intervenção necessários podem ser encaminhados a um fornecedor de saúde apropriado para mais avaliações e tratamentos. Por exemplo, uma paciente muito idosa com fratura por fragilidade é submetida a uma avaliação de fatores de risco com múltiplas facetas e é identificada como tendo coordenação e equilíbrio muito deficientes. Ao identificar isto, o FLS encaminha a paciente para que receba protetores da bacia como medida preventiva de fratura da bacia provocada por queda.

Reconhece-se que serão utilizados diferentes métodos para identificar fatores de risco de múltiplas facetas para futuras fraturas. A filosofia deste padrão é que os pacientes pós-fratura que precisarem de tratamento sejam avaliados para identificar fatores de risco para o “estilo de vida” de acordo com os métodos existentes da instituição ou do sistema de saúde.

9. INÍCIO DA MEDICAÇÃO

Todos os pacientes com fraturas com mais de 50 anos de idade, que não estiverem sob tratamento na hora de apresentar-se a fratura são iniciados ou encaminhados ao médico ou fornecedor de atendimento primário para iniciar, se for preciso, um tratamento para osteoporose conforme às diretrizes locais/regionais/nacionais baseadas em evidências.

O padrão não é uma medida geral de porcentagem de pacientes tratados, mais é, essencialmente, uma medida de porcentagem de pacientes compreendidos na diretriz aplicável que estão sendo tratados. O padrão é ciente de que nem todos os pacientes com fraturas com mais de 50 anos vão precisar de tratamento.

NÍVEL 1

50% de pacientes com fratura, que são elegíveis para tratamento de acordo com a diretriz nacional/regional, local baseada em evidência são iniciados nos tratamentos com medicações contra a osteoporose.

NÍVEL 2

70% de pacientes com fratura, que são elegíveis para tratamento de acordo com a diretriz nacional/regional, local baseada em evidência são iniciados nos tratamentos com medicações contra a osteoporose.

NÍVEL 3

90% de pacientes com fratura, que são elegíveis para tratamento de acordo com a diretriz local/nacional/regional diretriz, são iniciados nos tratamentos com medicações contra a osteoporose.

Este marco reconhece variações no sistema de serviços de saúde subjacente. Dependendo do tipo de sistema de saúde, o especialista pode iniciar o tratamento ou, quando o médico ou fornecedor de atendimento primário for o 'gatekeeper', o especialista pode encaminhar o paciente ao médico ou fornecedor de atendimento primário para iniciar o tratamento. Em qualquer um dos casos, a busca de evidência é feita para que este processo seja o mais sólido possível.

10. REVISÃO DA MEDICAÇÃO

Para pacientes que já estão recebendo medicações para osteoporose quando chegam com uma fratura, eles são submetidos a uma reavaliação que inclui revisar se cumpre com a medicação, considerar outras medicações para a osteoporose e otimizar as intervenções não farmacológicas.

O propósito deste padrão é avaliar se o FLS revisa os pacientes que supostamente tiveram uma fratura durante o tratamento de osteoporose e avaliar que proporção deste sub-grupo de pacientes foi submetida a uma revisão exaustiva.

NÍVEL 1

A Instituição demonstra que revisa as medicações 50% dos pacientes captados acima (pelo FLS), que estão sendo submetidos a tratamento quando ocorreu fratura e fazem uma revisão do cumprimento da medicação e/ou são consideradas intervenções alternativas.

NÍVEL 2

A Instituição demonstra que revisa as medicações 70% dos pacientes captados acima (pelo FLS), que estão sendo submetidos a tratamento quando ocorreu fratura e fazem uma revisão do cumprimento da medicação e/ou são consideradas intervenções alternativas.

NÍVEL 3

A Instituição demonstra que revisa as medicações de 90% dos pacientes captados acima (pelo FLS), que estão sendo submetidos tratamento quando ocorreu fratura e fazem uma revisão do cumprimento da medicação e/ou são consideradas intervenções alternativas.

11. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO

O plano de manejo do FLS pela Instituição é comunicado aos médicos de atendimento primário e secundário e contém a informação exigida e aprovada pelas partes interessadas locais.

O propósito deste padrão é entender até que ponto o plano de manejo do FLS e sua comunicação aos colegas clínicos de atendimento primário e secundário tem recorrido ao parecer desses colegas sobre como melhor atender suas necessidades para garantir uma ótima aderência às recomendações do FLS.

NÍVEL 1

O plano de manejo do FLS da Instituição é comunicado aos atendimentos primário e secundário.

NÍVEL 2

A Instituição demonstra que o plano de manejo do FLS é comunicado aos médicos de atendimento primário e secundário e contém pelo menos 50% dos critérios elencados.*

NÍVEL 3

A Instituição demonstra que o plano de manejo do FLS é comunicado aos médicos de atendimento primário e secundário e contém pelo menos 90% dos critérios elencados.*

Este padrão se aplica principalmente em situações em que os pacientes chegam a uma instituição para pacientes internados ou ambulatoriais por algum motivo não ortopédico e que, estando na instituição, uma fratura é detectada (por exemplo, um RX torácico por pneumonia que detecta que há fratura vertebral). Neste caso, é implementado um plano de manejo pós-fratura que é comunicado ao paciente e a todos os fornecedores de atendimento de saúde e aos financiadores (quando houver encaminhamento) envolvidos no atendimento do paciente.

** Critérios mencionados no Nível 2 e no Nível 3: escore de risco de fratura, DXA - BMD, DXA - resultado de avaliação de fratura vertebral ou RX de coluna se forem feitos alternativamente, fatores de risco de osteoporose primário, causas secundárias de osteoporose (se corresponder), fatores de risco de fratura/ queda, tratamento atual com fármacos (se corresponder), revisão de cumprimento da medicação, plano de acompanhamento, avaliação de fatores de risco para o estilo de vida, tempo desde a última fratura.*

12. GESTÃO DE LONGO PRAZO

A Instituição tem um protocolo para o acompanhamento de longo prazo de intervenções iniciais baseadas na evidência e um plano de aderência de longo prazo.

O propósito deste padrão é determinar quais processos estão sendo implementados para garantir o fornecimento confiável de um manejo de longo prazo para riscos de fratura. Nos sistemas de saúde que têm uma infraestrutura primária bem estabelecida, o atendimento primário local deve participar da elaboração dos processos que eles irão implementar para atender este aspecto do atendimento pós-fraturas. Nos sistemas de serviços de saúde que não têm uma infraestrutura de atendimento primário, o FLS deve estabelecer processos efetivos de feedback diretamente com o paciente ou auxiliares e elaborar estratégias para garantir que o FLS faça o acompanhamento.

NÍVEL 1

As recomendações de fazer tratamento em pacientes que precisam de tratamentos com fármacos incluem um plano de acompanhamento de longo prazo que começa >12 meses depois da ocorrência de fratura e que recomenda quando o paciente deve ser submetido a uma futura reavaliação de risco de fratura e se há necessidade de tratamento.

Orientação

A Instituição pode demonstrar que a proporção de pacientes avaliados originalmente pelo FLS tem um plano de acompanhamento de longo prazo que foi aplicado nos anos 1 e 2 e posteriores.

NÍVEL 2

NÍVEL 3

As recomendações de tratamentos em pacientes que precisam de tratamentos com fármacos inclui tanto um plano de acompanhamento de curto prazo <12 meses depois da fratura, QUANTO um plano de acompanhamento de longo prazo >12 meses depois da fratura, recomendando quando o paciente deve ser submetido a uma futura avaliação de risco de fratura, se é necessário fazer tratamento e oferecendo uma orientação clara de quando e quem é responsável de monitorar a aderência ao tratamento.

Orientação

A Instituição pode demonstrar que a proporção de pacientes avaliados originalmente pelo FLS tem um plano de acompanhamento de curto prazo nos próximos 6 - 12 meses, bem como um plano de manejo de longo prazo que foi aplicado nos anos 1 e 2 e posteriores.

Uma responsabilidade crucial do FLS de atendimento é ter um protocolo que garanta que haverá um acompanhamento de longo prazo e uma orientação clara de quando e quem será responsável pelo monitoramento da aderência ao tratamento, quer seja pelo FLS, através de encaminhamento ao médico/ fornecedor de atendimento primário, ou através de outro meio que o sistema de atendimento subjacente considerar adequado.

13. BASE DE DADOS

Todos os pacientes com fratura por fragilidade que foram identificados são registrados em uma base de dados que, por sua vez, é incorporada a uma base de dados central nacional.

O propósito deste padrão é destacar a importância de ter uma base de dados efetiva para o serviço. O padrão também destaca o propósito de elaborar bases de dados locais, regionais e nacionais que permitam fazer o comparativo (benchmarking) dos atendimentos vis a vis outras unidades de FLS de todo o país.

NÍVEL 1

Os registros de pacientes com fratura por fragilidade (para os pacientes captados acima) ficam guardados em uma base de dados local.

NÍVEL 2

O centro demonstra que todos os registros de pacientes com fratura por fragilidade identificados acima são incorporados a uma base de dados que pode ser compartilhada em nível regional para um eventual comparativo de dados.

NÍVEL 3

O centro demonstra que todos os registros de pacientes com fratura por fragilidade identificados acima ficam guardados em uma base de dados nacional central. A base de dados pode oferecer um comparativo (benchmarking) entre todas as unidades fornecedoras.

Para um FLS, é essencial que exista uma base de dados local para incorporar registros de pacientes com fratura por fragilidade, Nível 1. É importante ter uma base de dados nacional. Essa é uma aspiração e, portanto, isso é determinado no Nível 3.

SOBRE CAPTURE THE FRACTURE®

Capture the Fracture® é uma iniciativa da IOF que promove a prevenção de fraturas secundárias em nível mundial ao facilitar a implementação de Serviços de Manejo de Fraturas (Fracture Liaison Services - FLS), um modelo de atendimento pós-fraturas através de coordenadores. Visite www.capturethefracture.org para mais informações e para consultar uma ampla variedade de recursos.

O Marco de Melhores Práticas (The Best Practice Framework) foi publicado originalmente no paper do IOF, a seguir:

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.

Em nível mundial, há uma lacuna importante que está deixando milhões de pacientes com fraturas à mercê de graves riscos de sofrer fraturas no futuro. 'Capture the Fracture®' espera estreitar essa lacuna e tornar a prevenção de fraturas secundárias uma realidade.

Prof Cyrus Cooper
PRESIDENTE, IOF



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