

5. Villalbí JR, Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz MC, Borrell C. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21:441–7.
6. Aranda Regules JM, Mateos Vilchez P, González Villalba P, González Villalba A, Sánchez F, Luna del Castillo JD. Validez de distinta medidas de consumo de tabaco durante el embarazo: especificidad, sensibilidad y puntos de corte dónde y cuándo. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82:535–45.

Josefa Rojas Villegas^{a,*}, José Gregorio Soto Campos^b, Pascacio Peña González^a e Maribel Martín Rubio^a

^a *Distrito Jerez Costa Noroeste, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

^b *Sección de Neumología, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josefa.rojas.exts@juntadeandalucia.es (J. Rojas Villegas).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.008

Valoración subjetiva de los factores de riesgo de osteoporosis frente a su registro objetivo mediante la herramienta FRAX. Avance del estudio VALSUFRAx

Assessment of subjective risk factors for osteoporosis in front of objective registration by FRAX tool. VALSUFRAx study preview

Sr. Director:

Este estudio surge con el objetivo de valorar la solicitud de la petición de DEXA (*dual energy x-ray absorciometry*) de acuerdo con los factores de riesgo subjetivos frente a la utilización de la herramienta FRAX[®]. El objetivo secundario fue evaluar el conocimiento que las pacientes tienen sobre la osteoporosis.

Con esta finalidad se elaboró un estudio observacional, multicéntrico, mediante cuestionario con preguntas cerradas al profesional médico y al paciente.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres > 65 años que acudieron a 10 centros de Ssalud de Aragón por cualquier motivo.

A las pacientes se les entregó un consentimiento informado que debieron firmar, bien entendido que no iban a ser sometidas a tratamiento farmacológico inusual y que sus datos serían conservados con la debida diligencia (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). El estudio se adhiere a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Por una parte, las pacientes rellenaban una encuesta con 11 preguntas cerradas y 4 opciones de respuesta única.

Paralelamente el médico recogió otro apartado haciendo constar los siguientes puntos: tratamiento antirresortivo, resultado del test de FRAX[®] y factores de riesgo para osteoporosis.

Se creó una base de datos Excel (2007) y los cálculos estadísticos se realizaron con el programa PASW Statistics18. Test de chi cuadrada para comparar dos proporciones y t de Student para las medias.

El tamaño muestral fue 206. La edad media (años) fue 73,43 ± 6,50 (IC del 95%, 74,31-72,54).

La herramienta FRAX[®] obtiene en el 81% de los casos valores superiores a 10 que sugiere solicitar DEXA. Si se realiza una valoración subjetiva de factores de riesgo, en el 42% de los casos tienen al menos un factor de riesgo que indicarían solicitar DEXA, $p < 0,0001$.

Las pacientes tratadas tienen mayor número de factores de riesgo media ± desviación estándar 0,98 ± 0,98 (IC del 95%, 0,79-1,16) frente a las no tratadas 0,48 ± 0,72 (IC del 95%, 0,39-0,57); $p < 0,0001$.

El riesgo de fractura mayor calculado fue superior en pacientes tratadas 12,01 ± 6,99 (IC del 95%, 10,77-13,35) frente a no tratadas 4,40 ± 3,5 (IC del 95%, 3,73-5,07); $p < 0,0001$.

La tabla 1 muestra el resultado de las respuestas obtenidas en la encuesta autoadministrada a las pacientes.

Recientemente se ha publicado la herramienta FRAX[®] 1 como útil para el cálculo de fractura a los 10 años. El riesgo obtenido con esta herramienta justifica la petición de DEXA o el tratamiento^{2,3}.

Nuestro estudio refleja que el riesgo de fractura en las pacientes tratadas es muy superior frente a las no tratadas. Debido, como se apunta en otros estudios⁴, al mayor número de factores de riesgo.

Sin embargo, la identificación de casos indicativos de intervención clínica ya sea farmacológica directamente o diagnóstica, a través de la herramienta FRAX[®], es estadísticamente significativa en comparación con la percepción aislada de los factores de riesgo que presenta la paciente. Esto se traduce en que identifica grupo de población con osteopenia u osteoporosis, con riesgo de fractura mayor del 10% de forma más fácil frente a otros modelos, y que de otra manera podría pasar desapercibido en las consultas de atención primaria⁵.

En el otro apartado del estudio, con relación a la encuesta a las pacientes, la mayoría responde correctamente a la definición de osteoporosis. Solo identifican como factores de riesgo los antecedentes familiares de fractura de cadera o menopausia precoz. Sin embargo, el bajo peso, el tabaco o el alcohol no son bien identificados.

Del mismo modo, la mitad de las pacientes reflejan que la osteoporosis se nota cuando se tiene y es la principal causa de dolores en las mujeres de mayor edad. En el caso de las pacientes que no se encuentran en tratamiento, un 78% identifican que sí pueden presentarla o que no se lo habían planteado, y sólo un 12% dice haber sido ya estudiado.

Estos resultados no reflejan sino una insuficiente educación sanitaria⁶. Con el fin de mejorar este aspecto así como advertir acerca de la prevención de posibles caídas, nuestro centro de salud tiene en marcha un proyecto para realizar charlas sobre osteoporosis dirigidas a la población general.

Tabla 1 Resultado de la encuesta autoadministrada.

Cree usted que:

La osteoporosis es una enfermedad de:

a-Los huesos	94,7%
b-Los tendones	0,5%
c-Los músculos	1%
d-No sé	3,9%

¿La osteoporosis es la causa de los dolores que tienen las mujeres mayores?

a-Casi siempre	57,3%
b-Nunca	3,4%
c-A veces	25,2%
d-No sé	14,1%

3- *¿La osteoporosis se nota cuando se padece?*

a-Sí	53,2%
b-No	10,2%
c-A veces	22,9%
d-No sé	13,7%

4- *¿La osteoporosis tiene unos factores (llamados de riesgo) que pueden hacer que se padezca en mayor o menor grado?*

a-Sí	63,1%
b-No	4,9%
c-Solo en las mujeres jóvenes	2,9%
d-No sé	29,1%

5- *Si su madre o abuela se fracturó la cadera, ¿sabe usted si tiene más riesgo de que se le fracture también?*

a-Sí	51,5%
b-No	15,5%
c-Sólo si me caigo.	15,5%
d-No sé	17,5%

6- *¿Cree que la menopausia precoz (falta de la regla antes de los 45 años) puede favorecer que se tenga osteoporosis?*

a-Sí	53,9%
b-No	6,8%
c-Depende de las mujeres	16,5%
d-No sé	22,8%

7- *¿Cree usted que estar muy delgada favorece el padecimiento de osteoporosis?*

a-Sí	18,9%
b-No	33%
c-Es peor estar obesa	24,8%
d-No sé	23,3%

8- *¿Cree usted que fumar favorece la osteoporosis?*

a-Sí	40,8%
b-No	20,9%
c-Depende de si se fuma rubio o negro	1%
d-No sé	37,4%

9- *¿Cree usted que beber alcohol favorece la osteoporosis?*

a-Sí	39,3%
b-No	22,3%
c-Al revés, protege de la misma	1%
d-No sé	37,4%

10- *¿Cree usted que debería (en su caso) hacerse alguna prueba para ver si tiene o no osteoporosis?*

a-Sí	46,6%
b-No	7,4%
c-Lo que diga mi médico	35,3%
d-No sé	10,8%

11- *¿Cómo cree usted que está con respecto a esta enfermedad?*

a-Ya estoy en tratamiento	43,3%
b-No la tengo (ya he sido estudiada)	7,4%
c-Puedo padecerla (no me he mirado)	31,5%
d-No me lo había planteado	17,7%

Bibliografía

1. McCloskey EV, Johansson H, Oden A, Vasireddy S, Kayan K, Pande K, et al. Ten-year fracture probability identifies women who will benefit from clodronate therapy-additional results from a double-blind, placebo-controlled randomised study. *Osteoporos Int.* 2009;20:811–7.
2. Vázquez Díaz M, López García Franco A, Isasi Zaragoza C, Aguado Acín P. Fractura osteoporótica: valoración del riesgo en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2007;129:418–23.
3. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women in the UK. *Osteoporos Int.* 2008;19:385–97.
4. Roig Vilaseca D, Gómez Vaquero C, Hoces Otero C, Nolla JM. Riesgo de fractura calculado con el índice FRAX en pacientes con osteoporosis tratados y no tratados. *Med Clin (Barc).* 2010;134:189–93.
5. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Strom O, Borgstrom F, Oden A. Case finding for the management of osteoporosis with FRAX-assessment and intervention thresholds for the UK. *Osteoporos Int.* 2008;19:1395–408.
6. Sánchez-Borrego R, Palacios S, Neyro JL, Quedad F, Vázquez F, Pérez M. Actitudes, conocimiento y expectativas de las pacientes con osteoporosis posmenopáusicas en España. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52:562–71.

Mariano Blasco Valle^a, Raquel Sanjuán Domingo^b, José María Ferreras Amez^{b,*} e Elisa Aldea Molina^b

^a Médico de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España. Grupo de Osteoporosis de Aragón (GOpAr)

^b Médico de Familia, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chemaferreras@hotmail.com (J.M. Ferreras Amez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.012

¿Conocen los directores de los Equipos de Atención Primaria información de calidad sobre características socioeconómicas de la población que tienen asignada?

Are the directors of Primary Care Quality information teams aware of the socioeconomic characteristics of their allocated population?

Sr. Director:

La Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para mejorar la eficiencia del sistema sanitario y reducir las desigualdades sociales en salud¹. Debido a la falta de instrumentos para evaluar algunos aspectos esenciales de la APS, se ha realizado una adaptación del Primary Care Assessment Tools (PCAT) dirigida a los directores de los Equipos de Atención Primaria (EAP)^{2,3} completada con preguntas sobre las características socioeconómicas de la población atendida. Dado que la fuente de información eran los directores de los EAP, era necesario analizar la calidad de la información aportada por ellos respecto a 2 indicadores sociodemográficos: «% de población originaria de otros países que atiende el EAP» y «% de población que utiliza únicamente los servicios sanitarios públicos».

Para este estudio se disponía información de 54 de las 66 Áreas Básicas de Salud (ABS) de la ciudad de Barcelona, aportada por los directores de los EAP que contestaron el cuestionario PCAT-EAP (82% de respuesta). El análisis de calidad se realizó utilizando valores de referencia, similares a los denominados «patrones de oro». El indicador de «% de población originaria de otros países que atiende el EAP», se contrastó con los de «% de población inmigrante» y «% de población inmigrante procedente de países no ricos», elaborados a partir de la información disponible en *Indicadores de salud por ABS 2005* (InfoABS05)⁴, basado en el padrón. Para evaluar el «% de población que utiliza únicamente los ser-

vicios sanitarios públicos» se utilizó el «% de población con cobertura exclusivamente pública» obtenido de la *Encuesta de Salud de Barcelona del año 2006* (ESB 2006)⁵, asignando a cada EAP el valor del distrito.

Se utilizaron 2 índices de validez convergente para variables continuas: el coeficiente de correlación de Pearson (r) y el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Ambos índices son complementarios, ya que mientras que el coeficiente de correlación de Pearson analiza la correlación lineal existente entre 2 variables, el coeficiente de correlación intraclase informa de la concordancia entre 2 variables y combina la información de la correlación y de las diferencias sistemáticas entre observaciones⁶. Los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 16.0.

El porcentaje de inmigrantes atendidos por los EAP de la ciudad de Barcelona variaba desde un 5 hasta un 52%. El porcentaje de la población atendida por los EAP de la ciudad de Barcelona que utilizaba únicamente los servicios sanitarios públicos variaba desde un 20 hasta un 99%. Estos datos se asemejaban a los datos procedentes de los valores de referencia. Los casos perdidos en las variables a validar eran aceptables (NS/NC ≤ 30%) (tabla 1).

Los porcentajes de población inmigrante atendida por los EAP y el de población inmigrante recogidos en el InfoABS05 mostraban una correlación y concordancia muy alta, cercana a 0,9. Asimismo, la correlación y la concordancia entre el porcentaje de población inmigrante atendida por los EAP y el de población inmigrante procedente de países no ricos recogidos en el InfoABS05 eran también cercanas al 0,9. La correlación y concordancia entre el porcentaje de población que utiliza únicamente los servicios sanitarios públicos declarado por los directores de los EAP, y el de población con cobertura exclusivamente pública señalado por la ESB 2006, aunque menores, eran altos, cercanos al 0,8 (tabla 1).

Estos resultados mostraron que la información aportada por los directores de los EAP de la ciudad de Barcelona sobre los indicadores socioeconómicos analizados tienen un nivel