

# Percepción de los médicos de Atención Primaria en el manejo clínico de la osteoporosis. Influencia de los planes de salud

C. Carbonell Abella<sup>a</sup>, M. Abizanda González<sup>b</sup>, M. Pérez Hernández<sup>c</sup>, M. Roset Gamisans<sup>d</sup> y X. Nogués Solán<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Vía Roma. Barcelona. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. España.

<sup>b</sup>Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Laboratorios Almirall. Barcelona. España.

<sup>d</sup>IMS Health. Barcelona. España.

<sup>e</sup>Unidad de Investigación de Fisiopatología Ósea y Articular del Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Departamento de Medicina Interna. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital del Mar. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN.** El objetivo es conocer el manejo clínico de la osteoporosis y la influencia de los planes de salud en la práctica clínica.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó una encuesta transversal dirigida a 465 médicos de Atención Primaria (MAP) de España y una revisión sistemática de 15 planes de salud (PS) autonómicos. En la encuesta se evaluó el uso de escalas de valoración de factores de riesgo (FR) de osteoporosis, el uso de pruebas diagnósticas, su accesibilidad en AP y tratamiento farmacológico.

**RESULTADOS Y CONCLUSIÓN.** La revisión de los PS determinó tres grupos de comunidades autónomas (CCAA) según cómo consideraban a la osteoporosis: (1) formulación explícita, (2) formulación implícita como problema de salud (3) sin referencia a la osteoporosis.

El 49% de los MAP utilizaban escalas de valoración de FR. El 98% de los MAP creían que el diagnóstico inicial de osteoporosis debía realizarse en AP, y más del 50% afirmaron que las mujeres diagnosticadas eran tratadas y seguidas en AP. El acceso a la densitometría ósea es más sencillo en las CCAA del grupo 1. El tratamiento más utilizado son los bifosfonatos y el calcio con la vitamina D, sin diferencias por CCAA.

**CONCLUSIÓN.** Los MAP consideran que la Atención Primaria es un marco inmejorable para la atención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de la osteoporosis. A pesar de ello existen ciertas barreras para la utilización de escalas de valoración de FR. Los MAP de las CCAA con PS para la osteoporosis tienen mejor acceso a la densitometría ósea.

*Palabras clave:* osteoporosis, medicina familiar y comunitaria, planes de sistemas de salud.

**INTRODUCTION.** This study aims to assess the clinical management of osteoporosis and the influence of the health care plans in the clinical practice.

**MATERIAL AND METHODS.** A cross-sectional survey was made of 465 general practitioners (GP) from Spain. The survey included the following information: osteoporosis risk factors (RF) scales, diagnostic tests and their accessibility from primary care, and pharmacological treatment. In addition, a systematic review of 15 regional healthcare plans (RHP) was performed.

**RESULTS AND CONCLUSIONS.** The RHP review determined 3 autonomous region (AR) groups according to how they considered osteoporosis: (1) explicit formulation, (2) implicit as a health problem and (3) without any reference to osteoporosis.

Forty-nine percent of the GP used risk factor scales. A total of 98% of the GPs thought that the initial diagnosis of osteoporosis should be made in PHC, and over 50% stated that the women diagnosed were treated and followed-up in PHC. Access to bone densitometry is easier in those belonging to group 1 AR. The most used treatments were bisphosphonates and calcium plus D vitamin, there being no differences among AR groups.

**CONCLUSION.** The GPs consider that primary health care is an excellent framework for prevention, therapeutic attention and osteoporosis rehabilitation. In spite of this, there are still some barriers regarding the use of RF scales. In those ARs with specific osteoporosis health plans, the GPs have easier accessibility to bone densitometry.

*Key words:* osteoporosis, family and community practice, health systems plans.

Correspondencia: M. Roset Gamisans.  
Health Economics and Outcomes, Research. IMS Health®  
Doctor Ferran 25-27, 2ª planta. 08034 Barcelona. España.  
Correo electrónico: mrosset@es.imshealth.com

Recibido el 03-03-2008; aceptado para su publicación el 31-10-2008.

## INTRODUCCIÓN

La osteoporosis (OP) es un trastorno esquelético crónico, a menudo silente, caracterizado por pérdida de masa ósea y deterioro de la microarquitectura del hueso que conduce a un incremento de la fragilidad<sup>1</sup>. Suele acontecer tras la menopausia en las mujeres y, en general, en ambos sexos a partir de la quinta y sexta décadas de la vida<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la OP como una reducción en la densidad mineral ósea (DMO) > 2,5 desviaciones estándar (DE) por debajo del valor promedio para mujeres jóvenes<sup>3</sup> (T-score < 2,5). Se estima que afecta a un 30% de las mujeres posmenopáusicas<sup>4</sup>. Una baja DMO, la edad avanzada y los antecedentes de fractura por fragilidad son factores de riesgo (FR) importantes para futuras fracturas<sup>5</sup>. Más de un tercio de las mujeres adultas sufrirán una fractura relacionada con la OP durante su vida<sup>6</sup>. Por cada reducción de una DE de la DMO, el riesgo relativo de fractura aumenta entre 1,5 y 2,6<sup>7</sup>. Aunque las fracturas vertebrales son las más frecuentes, las no vertebrales y las de cadera se asocian a una alta morbilidad<sup>8</sup>. Los objetivos clínicos en el manejo de la OP se centran en la prevención, por ello debemos realizar medidas preventivas y tratamiento de la OP establecida. Dada la elevada prevalencia en Atención Primaria (AP) de mujeres con FR y la importancia del diagnóstico y abordaje precoz para su prevención, el médico de AP (MAP) tiene un papel fundamental por ser el primer profesional de contacto del paciente.

En el estado español, las políticas de salud se concretan de forma explícita en cada comunidad autónoma en el plan de salud (PS). Este documento contiene los principios y valores que lo rigen por un periodo determinado, los objetivos, estrategias e intervenciones que se pretende llevar a cabo para conseguirlo<sup>9</sup>. Es posible realizar un análisis científico de la formulación de los PS y estudiar la influencia de un problema de salud en la práctica clínica diaria<sup>10</sup>.

El presente estudio pretende obtener información de interés sobre el manejo clínico y terapéutico de las pacientes con OP que acuden a AP y la posible influencia de las políticas de salud en el proceso.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal con análisis de encuestas cumplimentadas por MAP y revisión sistemática del PS de las comunidades autónomas (CCAA) del estado español.

### Encuestas sobre la osteoporosis en la práctica clínica diaria

El tamaño de la muestra se calculó de manera que asumiendo el criterio de máxima indeterminación ( $p = 0,5$  ó 50%) la muestra permitiría estimar las variables dicotómicas (o proporciones) con una precisión del 4,3%, requiriendo una muestra de 510 médicos. Finalmente participaron un total de 499 MAP distribuidos de forma representativa por la geografía española.

Se diseñó un cuestionario específico (Anexo 1) con 30 preguntas relacionadas con el uso de escalas de valoración

de los FR, los métodos utilizados para el diagnóstico de la OP y la accesibilidad a los mismos, el tratamiento y la utilización de métodos para valorar e implementar el cumplimiento terapéutico. La encuesta fue distribuida en un sobre cerrado, de manera anónima, con la colaboración del promotor.

La búsqueda de PS se realizó en junio de 2007, analizándose los de las 15 CCAA que los tenían disponibles; Cantabria y la Comunidad de Madrid no tenían PS que pudiera ser consultado (tabla 1). Los PS se obtuvieron mediante la búsqueda a través de Internet de las consejerías de salud de las CCAA, los gobiernos regionales y buscadores generales. Generalmente, los PS comienzan con una introducción describiendo el entorno sociocultural y el estado de salud de la población de la CCAA. Seguidamente describen las áreas de salud priorizadas, plantean objetivos cuantificados en el porcentaje de cambio que se pretende conseguir y enuncian las intervenciones con las que se pretende alcanzar estos objetivos. Por último, suelen incluir un apartado con objetivos de apoyo (sistemas de información, investigación, docencia, etc.). Se han analizado los PS en base a dos grandes criterios: descripción explícita de la OP como problema de salud y objetivos del PS referidos a la OP (disminución de la prevalencia y la incidencia de fracturas, prevención y promoción de la salud, promoción de la investigación, formación del personal, tratamiento adecuado, rehabilitación). El primero de los criterios determinaba la conformación de los grupos de CCAA según la descripción implícita, explícita o no se mencionaba la OP como problema de salud. Los 15 PS fueron revisados por una misma persona. Para identificar desacuerdos y consensuar decisiones para las situaciones dudosas se contó con otro investigador que revisó los planes dudosos.

Se realizó un análisis descriptivo de los cuestionarios utilizando el paquete estadístico SPSS Windows versión 10. Se realizó un análisis de comparación de proporciones (ji cuadrado) para evaluar las diferencias en las opiniones de los médicos según los diferentes grupos definidos de CCAA.

## RESULTADOS

### Revisión de los planes de salud

La revisión de los PS de las diferentes CCAA determinó tres grupos (tabla 1 y fig. 1):

Grupo 1: comunidades con una descripción explícita de la OP como problema de salud: Cataluña<sup>11</sup> y Comunidad Valenciana<sup>12</sup>.

Grupo 2: comunidades con una mención implícita de la OP como problema de salud: Andalucía hace referencia a la población con problemas osteoarticulares<sup>13</sup>; Asturias establece un plan terapéutico para los pacientes con dolor crónico<sup>14</sup>; y Canarias insta a unos objetivos para enfermedades del aparato locomotor<sup>15</sup>.

Grupo 3: comunidades que no establecen entre sus líneas de prioridad a la OP ni implícita ni explícitamente:



**Tabla 2. Utilización de las escalas de valoración de factores de riesgo**

|                                                             |    | PS exp |        | PS imp |        | Sin PS |        | Total |        |
|-------------------------------------------------------------|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                                                             |    | n      | %      | n      | %      | n      | %      | n     | %      |
| ¿Utiliza alguna escala de valoración de factores de riesgo? | No | 62     | 48,8%  | 64     | 58,7%  | 101    | 48,3%  | 227   | 51,0%  |
|                                                             | Sí | 65     | 51,2%  | 45     | 41,3%  | 108    | 51,7%  | 218   | 49,0%  |
| Total (p = 0,179)                                           |    | 127    | 100,0% | 109    | 100,0% | 209    | 100,0% | 445   | 100,0% |

PS exp: comunidades autónomas con descripción explícita de la osteoporosis como problema de salud; PS imp: comunidades autónomas con descripción implícita de la osteoporosis como problema de salud; Sin PS: comunidades autónomas que no establecen prioridades referentes a la osteoporosis.

**Tabla 3. El acceso a la práctica de DMO en su práctica habitual es...**

|                           | PS exp |       | PS imp |       | Sin PS |       | Total  |       |        |
|---------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
|                           | n      | %     | n      | %     | n      | %     | n      | %     |        |
| Sencillo                  | 57     | 43,2% | 13     | 11,2% | 23     | 10,6% | 93     | 20,0% |        |
| Bastante complicado       | 34     | 25,8% | 25     | 21,6% | 47     | 21,8% | 106    | 22,8% |        |
| Complicado                | 29     | 22,0% | 43     | 37,1% | 63     | 29,2% | 135    | 29,1% |        |
| No dispongo de la técnica | 12     | 9,1%  | 35     | 30,2% | 83     | 38,4% | 130    | 28,1% |        |
| Total (p < 0,001)         |        | 132   | 100,0% | 116   | 100,0% | 216   | 100,0% | 464   | 100,0% |

DMO: densidad mineral ósea; PS exp: comunidades autónomas con descripción explícita de la osteoporosis como problema de salud; PS imp: comunidades autónomas con descripción implícita de la osteoporosis como problema de salud; Sin PS: comunidades autónomas que no establecen prioridades referentes a la osteoporosis.

**Tabla 4. Disponibilidad de seguimiento de tratamiento farmacológico mediante densitometría**

|                                                                                                                    | PS exp |       | PS imp |       | Sin PS |       | Total  |       |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
|                                                                                                                    | n      | %     | n      | %     | n      | %     | n      | %     |        |
| En su medio la disponibilidad de seguimiento del tratamiento farmacológico mediante DMO hace que usted la solicite |        |       |        |       |        |       |        |       |        |
| Cada seis meses                                                                                                    | 2      | 1,6%  | 2      | 1,7%  | 5      | 2,3%  | 9      | 2,0%  |        |
| Cada año                                                                                                           | 27     | 20,9% | 23     | 19,8% | 22     | 10,2% | 72     | 15,7% |        |
| Cada año y medio                                                                                                   | 20     | 15,5% | 5      | 4,3%  | 8      | 3,7%  | 33     | 7,2%  |        |
| Cada dos años                                                                                                      | 46     | 35,7% | 12     | 10,3% | 32     | 14,9% | 90     | 19,6% |        |
| No puedo realizar seguimiento con densitometría                                                                    | 34     | 26,4% | 74     | 63,8% | 148    | 68,8% | 256    | 55,7% |        |
| Total (p < 0,001)                                                                                                  |        | 129   | 100,0% | 116   | 100,0% | 215   | 100,0% | 460   | 100,0% |

DMO: densidad mineral ósea; PS exp: comunidades autónomas con descripción explícita de la osteoporosis como problema de salud; PS imp: comunidades autónomas con descripción implícita de la osteoporosis como problema de salud; Sin PS: comunidades autónomas que no establecen prioridades referentes a la osteoporosis.

tratamiento y seguimiento en AP, en ambos casos sin diferencias entre grupos de CCAA. Aproximadamente dos de cada tres médicos que declaraban derivar a la paciente al especialista iniciaban el tratamiento en AP, el resto derivaban a la paciente directamente tras el diagnóstico. El 95,5% de los MAP se consideraban competentes para asumir el tratamiento de las pacientes con OP. En estos dos últimos supuestos no existía influencia estadísticamente significativa de los PS.

#### Métodos diagnósticos utilizados en Atención Primaria

Existen diferencias significativas entre el acceso a las densitometrías óseas en función de las políticas de salud de las CCAA (tabla 3), éste es más sencillo en aquellas CCAA que tienen un objetivo específico de OP en sus PS. Asimismo, sólo refieren que no disponen de la técnica un

9,1% de los médicos del grupo 1, un 30,2% del grupo 2 y un 38,4% del grupo 3. La accesibilidad del MAP a la realización de densitometrías óseas es un aspecto importante al determinar su frecuencia de realización en el seguimiento del tratamiento (tabla 4). En cuanto a la realización de marcadores de remodelado óseo, los problemas de acceso son aún más importantes: el 62,8% de los médicos no tenía acceso, si bien, los médicos que tienen acceso son casi el doble en las CCAA del grupo 1 frente al resto. No se encontraron diferencias entre CCAA en el porcentaje de médicos sin acceso a dicha prueba, aunque es posible que esto sea debido a la poca utilización de los marcadores en la práctica clínica. Por el contrario, los métodos radiológicos son ampliamente utilizados (98,5%) por el MAP para el diagnóstico de fractura vertebral.

### Uso de medidas higiénico-dietéticas

El 75,1% de los MAP consideraban que los consejos higiénico-dietéticos son aceptados por las pacientes pero con escaso seguimiento. El 18,1% consideraba que son seguidos por la mayoría de las mujeres y el 6,9% que su repercusión es mínima.

El 62,1% de los MAP consideraron que la ingesta de calcio en la dieta es insuficiente, mientras que un 39,7% consideró que la hipovitaminosis D afecta a una parte considerable de las mujeres atendidas en AP. Cuando los MAP administran suplementos de calcio, el 65% lo asocian a vitamina D. En todos los casos mencionados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupos de CCAA.

### Tratamiento farmacológico

Las dos propiedades de los fármacos más valoradas por los médicos al seleccionar un tratamiento fueron el efecto del fármaco en la prevención de fracturas (en un 81%) y la tolerabilidad y seguridad del mismo (un 69,2%). Otros aspectos valorados como menos importantes fueron el incremento de la DMO, el tiempo requerido para su eficacia, el precio o el número y tipo de estudios clínicos realizados.

El cuestionario incluía una valoración de la frecuencia de prescripción de las distintas opciones terapéuticas utilizadas en la práctica clínica, el resultado se muestra en la figura 2. El tratamiento más frecuente fueron los bifosfonatos y el calcio con la vitamina D. No existen diferencias por grupos de CCAA.

En relación con la prescripción de tratamiento antirresortivo, el 86,9% de los MAP afirmaron instaurar el tratamiento al disponer de una densitometría ósea, el 35,6% lo hacían frecuentemente y el 51,3% sólo alguna vez. En ambos casos era más frecuente, y estadísticamente significativa, la prescripción de los médicos de CCAA de los grupos 1 y 2 frente a los del grupo 3. El 13,1% restante de médicos afirmaron no instaurar nunca tratamiento sin tener una densitometría ósea.

Un 90% de los MAP aseguraron que siempre (56,1%) o algunas veces (34,0%) establecen alguna estrategia con el paciente para que no olvide la toma de la medicación prescrita. En lo que se refiere a los cuestionarios de cumplimentación terapéutica un 45,1% de los MAP declaran no conocer ninguno de los cuestionarios, el 34,6% conoce el test de Morisky-Green, un 1,1% el de Haynes-Sackett y un 1,5% el de Batalla; un 18,7% conoce todos ellos. Un 68,8% de los médicos preguntan directamente a la paciente por su cumplimentación y el 5,8% usan alguno de los tests antes mencionados. Un 76,6% de los médicos que respondieron a la encuesta afirma distinguir entre los conceptos de cumplimentación, adherencia y persistencia terapéutica.

## DISCUSIÓN

Los objetivos clínicos principales en el manejo de la OP se centran en el abordaje precoz y la prevención de la enfermedad<sup>26</sup>, con el fin de disminuir el riesgo de fracturas. El

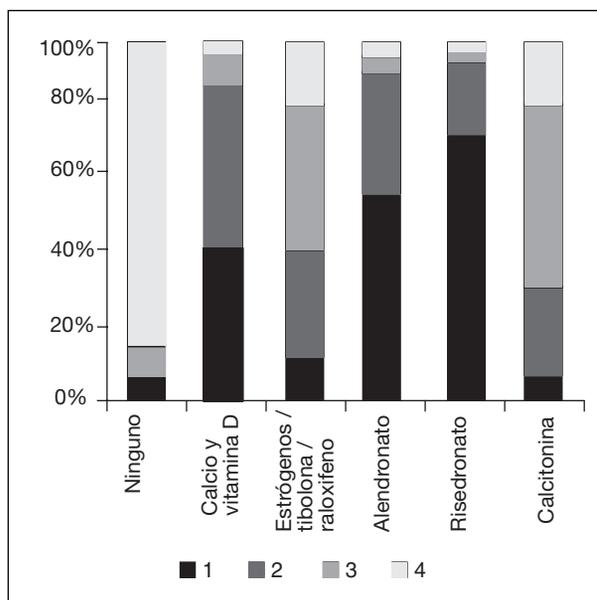


Figura 2. Opciones más frecuentes de tratamiento para la osteoporosis de más frecuente (1) a menos frecuente (4).

presente estudio ofrece una visión válida del manejo clínico actual de la OP en la práctica clínica diaria. Además, nos permite valorar la posible influencia de las políticas de salud implementadas en los diferentes planes de salud de las CCAA en una de las patologías más prevalentes de la población.

Es indudable que el MAP tiene un papel determinante en la prevención y tratamiento de esta patología, dada la posibilidad de detectar tempranamente a mujeres con riesgo de desarrollar OP que acuden a sus consultas e identificar a las que ya han sufrido fracturas para evitar que se produzcan más. No obstante, y a pesar de que diversas guías de práctica clínica<sup>5</sup> recomiendan valorar la presencia de FR en todas las mujeres posmenopáusicas de más de 50 años, llama la atención que prácticamente la mitad de los médicos no utilicen ninguna escala concreta de valoración de FR. El bajo uso de las escalas podría ser debido en gran medida a la falta de algoritmos específicos de decisión-actuación y de una escala de medida validada en la población española. Al igual que en otras patologías, parece que existen ciertas dificultades por parte de los médicos (y de los pacientes) para aplicar las mejores evidencias disponibles en la práctica clínica<sup>27,28</sup>. No obstante, los MAP parecen conocer de una forma bastante aproximada a la realidad<sup>29</sup> los FR para la OP, por lo que a diferencia de lo que se ha sugerido en estudios previos<sup>30</sup>, incidir más en el conocimiento de las escalas de riesgo para la OP no supone un factor primordial para mejorar su implementación.

Casi en su totalidad, los MAP son partidarios de ofrecer el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de estas pacientes. Además, es interesante comprobar cómo el nivel de derivación a especialistas es bajo comparado con otras patologías de similar complejidad<sup>31</sup>.

Estos hechos adquieren mayor singularidad al comprobar que no están influenciados por política alguna de salud.

Cabe destacar dos posibles limitaciones del estudio. Una primera limitación se debe a que el cuestionario utilizado no está validado, dado que no se halló ningún cuestionario validado que permitiera responder a los objetivos del estudio. Los ítems del cuestionario fueron desarrollados por el grupo de autores como expertos en el manejo clínico y terapéutico de la OP y en el desarrollo de cuestionarios. Otra limitación del estudio deriva de la muestra de médicos incluida. A pesar de intentar ser representativa de todas las CCAA españolas, el porcentaje de participación fue bajo en algunas comunidades como Baleares, Cantabria y La Rioja.

Quizá una de las aportaciones más interesantes de este trabajo consista en reflejar la influencia de los PS de las CCAA en el acceso a los medios diagnósticos por parte del MAP. Desconocemos la existencia de trabajos en la bibliografía en España que relacionen la formulación de las políticas de salud por medio de los PS con alguna variable de resultado o de proceso en patologías específicas. Desde este punto de vista, podríamos afirmar que nuestro trabajo supone una novedad interesante para valorar la influencia de la gestión de salud en el manejo clínico-terapéutico de la OP. El acceso a la densitometría por parte del MAP en las CCAA del grupo 1 comparados con el resto de España muestra una relación tan estrecha que podemos inferir que las políticas de salud han facilitado el camino que permite al MAP diagnosticar correctamente los casos más fácilmente. Si bien esta hipótesis merece cautela, además de la necesaria comprobación mediante estudios específicos. Se han manifestado diferentes críticas en cuanto a la elaboración de los PS que reconocen estas precauciones, ya sea en relación con aspectos de la elaboración y contenido de los PS como de su difusión y aplicación<sup>32</sup>. Fundamentalmente se han apuntado dos aspectos cruciales para el desarrollo del potencial de los PS, en los que el papel de las instancias políticas es clave: la intersectorialidad y la asignación de recursos<sup>33</sup>. Desde este punto de vista, parece clave pasar de los PS de primera generación a los de segunda generación<sup>34</sup>. Sólo así su influencia en el manejo clínico de las patologías priorizadas podrá implementarse progresivamente y serán instrumentos verdaderamente útiles.

Como conclusión, podemos afirmar que los planes de salud parecen ser un instrumento adecuado para implementar las actuaciones concretas en la práctica clínica diaria, pero necesitan un desarrollo más evolucionado y una reevaluación periódica para conocer su alcance y resultados.

#### AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a todos los investigadores su participación en el estudio. Sin su dedicación esta publicación no hubiese sido posible. Igualmente, desean agradecer a Laboratorios Almirall S.A. y Sanofi-Aventis su apoyo en la realización de este estudio.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Rosen CJ. Clinical practice. Postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med.* 2005;353(6):595-603.
- Seeman E. Osteoporosis: trials and tribulations. *Am J Med.* 1997;103Suppl18:574-87.
- World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Technical report series. Geneva WHO; 1994. p. 843.
- Kanis JA, Melton LJ III, Christiansen C, Johnston CC, Khaltaev N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res.* 1994;9:1137-41.
- Brown JP, Josse RG. 2002 Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. *CMAJ.* 2002;167Suppl10:S1-34.
- Kanis JA, Delmas P, Burckhardt P, Cooper C, Torgerson D. Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. The European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease. *Osteoporosis Int.* 1997;7:390-406.
- Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ.* 1996;312:1254-9.
- Reginster JY. Prevention of postmenopausal osteoporosis with pharmacological therapy: practice and possibilities. *J Intern Med.* 2004;255:615-28.
- Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pazarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit.* 2005;19(4):277-86.
- Peiro R, Álvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moya C, et al. Rapid appraisal methodology for 'health for all' policy formulation analysis. *Health Policy.* 2002;62(3):309-28.
- Pla de Salut de Catalunya. Estratègies de salut per a l'any 2010. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2005.
- Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006.
- Tercer Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación; 2006.
- Plan de salud para Asturias 2004-2007. Gijón: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias; 2006.
- Plan de Salud de Canarias 1997-2001. Servicio Canario de Salud. Servicio del Plan de Salud e Investigación [consultado el 22 de marzo de 2003]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org>
- Plan de Salud de Aragón. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública; 1999.
- Pla de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública i Participació; 2003.
- Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad [consultado 5 Ago 2003]. Disponible en: [http://sescam.jccm.es/web/usuarios/home/Plan\\_de\\_Salud\\_de\\_CastillaLa\\_Mancha.pdf](http://sescam.jccm.es/web/usuarios/home/Plan_de_Salud_de_CastillaLa_Mancha.pdf)
- Segundo Plan de Salud de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1998 Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el segundo Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León.
- Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria; 2005.
- Plan de Salud de Galicia 2006-2010. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidad. Secretaría General; 2006.
- Plan de Salud de la Rioja. Logroño: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de la Rioja; 2002.
- III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia; 2003 [consultado el 12 de mayo de 2003]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es>
- Plan de Salud de Navarra 2006-2010. Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad. B.O. del Parlamento de Navarra/VI Legislatura Núm. 28/22 de marzo de 2007.
- Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. Vitoria: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad; 2002.
- Brown JP, Josse RG. Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 clinical practice guidelines for the diagno-

- sis and management of osteoporosis in Canada. CMAJ. 2002;167 Suppl10:S1-34.
27. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change. Lancet. 2003;362:1255-30.
  28. Badía Llach X, Lizán Tudela L. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. Aten Primaria. 2002;30(6):388-91.
  29. González-Macias J, Marín F, Vila J, Díez-Pérez A, Abizanda M, Álvarez R, et al. Risk factors for osteoporosis and osteoporotic fractures in a series of 5,195 women older than 65 years. Med Clin (Barc). 2004;123(3):85-9.
  30. Aragonés Forès R, Orozco López P. Abordaje de la osteoporosis en la atención primaria en España (estudio ABOPAP-2000). Aten Primaria. 2002;30(6):350-6.
  31. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández F, López de castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. Aten Primaria. 2005;36(3):137-43.
  32. Brugulat P, Sécul E, Fusté J, Martínez V, Medina A, Mercader M, et al. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. Gac Sanit. 2003;17(1):52-8.
  33. Repullo JR, Otero A. Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. Gac Sanit. 1999;13:474-7.
  34. Noticias SESPAS. Planes de salud. Gac Sanit. 2001;15(1):76-9.

#### ANEXO 1. Cuestionario: la osteoporosis en la práctica clínica diaria

1. En su práctica habitual, las mujeres posmenopáusicas con factores de riesgo de osteoporosis:
  - Son infrecuentes (menos del 5%)
  - Son relativamente frecuentes (aproximadamente entre 5-15%)
  - Son muy frecuentes (más del 15%)
2. ¿Cree que el médico de primaria debe diagnosticar la osteoporosis?
  - Sí
  - No
3. ¿Cómo considera la osteoporosis?
  - Una enfermedad que afecta a todo el esqueleto
  - Más frecuente en las mujeres
  - Que predispone a las fracturas
  - Que puede ser prevenida y tratada de manera efectiva
  - Todo ello es cierto
4. ¿Utiliza alguna escala de valoración de factores de riesgo?
  - Sí
  - No
5. Si no utiliza una escala de factores de riesgo, a su juicio, ¿qué factores tienen mayor relevancia en la clínica? (por favor, señale sólo cuatro)
  - Antecedentes familiares
  - Antecedente de fractura previa por fragilidad
  - Amenorrea prolongada
  - Raza
  - Índice de masa corporal
  - Menopausia precoz
  - Baja ingesta de calcio
  - Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, cafeína)
  - Fármacos (corticoides, anticonvulsivantes, heparina...)
  - Tendencia a las caídas
6. El acceso a la práctica de densitometría ósea en su práctica habitual es:
  - Sencillo
  - Bastante complicado
  - Complicado
  - No dispongo de la técnica
7. ¿Dispone de acceso a la realización de marcadores de remodelación ósea?
  - Sí
  - No
  - Sólo de algunos
8. Las mujeres diagnosticadas de osteoporosis en su medio:
  - Son remitidas al reumatólogo
  - Son remitidas al ginecólogo
  - Inician el tratamiento en Atención Primaria y son controladas por otro especialista
  - El tratamiento y seguimiento se realiza en consulta de Atención Primaria
9. Tiene la percepción de que los consejos higiénico-dietéticos:
  - Son bien aceptados por la mujer, pero tienen escaso seguimiento
  - Son seguidos por la mayoría de las mujeres
  - Apenas tienen repercusión
10. ¿Instaura un tratamiento farmacológico antirresortivo en algún caso, sin tener una densitometría ósea?
  - Sí, frecuentemente
  - Sí, alguna vez
  - No, nunca

(Continúa en pág. siguiente)

**ANEXO 1. Cuestionario: la osteoporosis en la práctica clínica diaria (continuación)**

11. ¿Solicita alguna vez radiología de columna como ayuda en el diagnóstico de la fractura vertebral?
- Sí, frecuentemente  
 Sí, alguna vez  
 No, nunca
12. Considera que los aparatos de ultrasonidos...
- Tienen una capacidad diagnóstica similar a la DEXA  
 Tienen una capacidad de *screening* útil  
 Sirven para el seguimiento de la osteoporosis  
 Tienen poca utilidad en estos momentos  
 Disponer de ellos mejora la atención a la osteoporosis
13. ¿Cómo aborda el manejo de la osteopenia?
- No debe ser tratada con fármacos, sólo con medidas higiénico-dietéticas  
 Debe siempre ser tratada pues acabará con osteoporosis  
 Debe ser tratada si tiene además factores de riesgo  
 Debe ser tratada aún sin factores de riesgo en caso de osteopenia severa
14. Si decide utilizar tratamiento farmacológico en la mujer con osteopenia utiliza:
- Estrógenos, tenga o no síntomas climatéricos  
 Tibolona, tenga o no síntomas climatéricos  
 Estrógenos sólo si tiene síntomas climatéricos  
 Tibolona, sólo si tiene síntomas climatéricos  
 Raloxifeno  
 Alendronato  
 Risedronato  
 Calcitonina  
 Calcio  
 Calcio + vitamina D
15. En su medio, la ingesta de calcio a través de la dieta en la mujer en líneas generales es:
- Marcadamente insuficiente  
 Insuficiente  
 Aceptable  
 Adecuada
16. Considera que la hipovitaminosis D
- No es un problema en nuestro medio  
 Sólo es un problema en personas ancianas en centros geriátricos o residencias  
 Afecta a una considerable parte de las mujeres atendidas en las consultas de Atención Primaria
17. Cuando administra un suplemento de calcio farmacológico:
- Siempre es asociado a vitamina D  
 Sólo es asociado a vitamina D en mujeres mayores  
 Los administro de manera independiente
18. ¿Qué considera más importante en cuanto a la fractura osteoporótica? (puede marcar más de una opción)
- La densidad mineral ósea  
 La calidad del hueso  
 La propia geometría del hueso  
 La protección que ofrecen las partes blandas
19. ¿Cree que el tratamiento de la osteoporosis puede ser llevado a cabo por el médico de Atención Primaria?
- Siempre  
 Generalmente sí  
 Ocasionalmente  
 No, debe remitir a la mujer al especialista
20. Cuando decide emplear un tratamiento, ¿qué valora más del fármaco? (por favor, señale tres respuestas como máximo)
- Su efecto en incrementar la DMO  
 Su efecto en la prevención de fracturas  
 La tolerancia y seguridad  
 El precio  
 El número y tipo de estudios clínicos realizados con él  
 Que su eficacia sea evidente lo antes posible
21. ¿Utiliza terapia estrogénica en mujeres sin síntomas climatéricos como prevención o tratamiento de la osteoporosis?
- Sí  
 No
22. Numere por orden de mayor (1) a menor (8) frecuencia los tratamientos que utiliza en su práctica clínica para la osteoporosis
- Ninguno  
 Calcio y vitamina D  
 Estrógenos  
 Tibolona  
 Raloxifeno  
 Alendronato  
 Risedronato  
 Calcitonina

(Continúa en pág. siguiente)

**ANEXO 1. Cuestionario: la osteoporosis en la práctica clínica diaria (continuación)**

23. En su medio, la disponibilidad de seguimiento del tratamiento farmacológico mediante densitometría hace que usted la solicite:
- Cada seis meses
  - Cada año
  - Cada año y medio
  - Cada dos años
  - No puedo realizar el seguimiento con densitometría
24. En relación al tratamiento, ¿establece con el paciente una estrategia para que no se olvide de tomar la medicación?
- Creo que no sirve para nada
  - No tengo tiempo
  - Siempre
  - Nunca
  - A veces
25. ¿Conoce los test de cumplimentación terapéutica de... ?
- Morisky-Green
  - Haynes-Sackett
  - Batalla
  - Todos ellos
  - Ninguno
26. ¿Utiliza alguna estrategia para evaluar el cumplimiento terapéutico de la paciente?
- Recuento de la medicación
  - Utilizo algún test como los descritos
  - Pregunto directamente a la paciente
  - No suelo hacerlo
27. ¿Considera que la cumplimentación terapéutica es esencial para obtener los resultados esperados de un tratamiento?
- Sí
  - No
  - Sí, pero si el paciente se olvida no puedo hacer nada
28. ¿Hace alguna distinción entre los conceptos de cumplimentación, adherencia y persistencia terapéutica?
- No, se trata exactamente de lo mismo
  - No, porque desconozco lo que significan exactamente
  - Sí, conozco lo que significan e intento transmitir su importancia a mis pacientes
29. Se dispone en la actualidad de diversas alternativas para favorecer el cumplimiento terapéutico. (Por favor, señale por orden de más a menos las tres estrategias que a su modo de ver podrían tener más utilidad: [1] la más útil [3] la menos útil)
- Entrega de tarjetones informativos
  - Recordatorio telefónico regular
  - Envío de mensajes SMS
  - Disponer de más tiempo para explicar a mi paciente su enfermedad y la importancia de respetar el tratamiento
30. Los siguientes mensajes fueron generados por un *focus group* de pacientes, como aquellos aspectos más importantes para su osteoporosis. (Por favor, señale por orden los tres que considera más importantes: [1] más importante [3] menos importante)
- Caminar media hora al día
  - Tomar productos lácteos
  - Preguntar sobre la osteoporosis
  - Tomar la medicación a la misma hora y día de la semana siguiendo adecuadamente las instrucciones del prospecto
  - Evitar cargar peso
  - Combinar una dieta equilibrada con el ejercicio