

562 **Rafael Sánchez-Borrego^a**
Santiago Palacios^b
José Luis Neyro^c
Francisco Quereda^d
Francisco Vázquez^e
Maite Pérez^f

^aClínica DIATROS. Gavà (Barcelona). España.

^bInstituto Palacios. Madrid. España.

^cServicio de Ginecología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

^dServicio de Ginecología. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante. España.

^eCentro Ginecológico CEOGA. Lugo. España.

^fLaboratorios Almirall S.A. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dr. R. Sánchez Borrego.

DIATROS, Clínica de Atención a la Mujer.

Avda. Mas Sellarés, 16. 08850 Gavà (Barcelona). España.

Correo electrónico: rschez.borrego@diatros.com

Fecha de recepción: 12/1/2009.

Aceptado para su publicación: 17/3/2009.

Actitudes, conocimiento y expectativas de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica en España

Attitudes, knowledge and expectations of patients with postmenopausal osteoporosis in Spain

RESUMEN

Objetivo: Este estudio describe el perfil, las actitudes, conocimiento y expectativas de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica.

Sujetos y métodos: Estudio epidemiológico, transversal, realizado en España. Participaron pacientes en tratamiento para osteoporosis posmenopáusica > 45 años. Se recogieron antecedentes personales y familiares, enfermedades y fármacos concomitantes, hábitos tóxicos, dietéticos y de actividad física, tipo de diagnóstico, tratamiento y cumplimiento. Todas las pacientes cumplimentaron un cuestionario de 17 preguntas sobre las actitudes, el conocimiento y las expectativas en relación con su afección.

Resultados: Se incluyó a 1.179 pacientes con osteoporosis posmenopáusica válidas, con una edad media \pm desviación estándar de $59,89 \pm 7,53$ años. Sólo el 22,6% mostró un conocimiento aceptable sobre la osteoporosis. Al 74,6% de las pacientes les preocupaba su enfermedad mucho/bastante. El 53,3% describió su estado de salud como excelente/bueno. No obstante, el 63,6%

indicó que necesitaba más información sobre la osteoporosis.

Conclusiones: Este estudio ha evidenciado la necesidad de promover el correcto conocimiento de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica sobre su afección.

PALABRAS CLAVE

Osteoporosis posmenopáusica. Conocimiento. Actitudes. Estudio epidemiológico. Perfil paciente.

ABSTRACT

Objective: This study describes the profile and attitudes, knowledge and expectations of patients with postmenopausal osteoporosis.

Subjects and methods: Epidemiological and cross-sectional study carried out in Spain. Participating patients were aged over 45 years and receiving treatment for postmenopausal osteoporosis. Data on personal and family medical

history, diseases and concomitant medications, smoking and drinking habits, diet and physical activity, treatment and compliance were recorded. All patients completed a 17 item questionnaire on attitudes, knowledge and expectations related to their condition.

Results: A total of 1179 valid patients with postmenopausal osteoporosis were included, with a mean age of 59.89 ± 7.53 years. Only 22.6% of the patients showed acceptable knowledge of osteoporosis. A large majority (74.6%) of the patients were very/quite concerned about their condition, and 53.3% described their health status as excellent/good. However, 63.6% of the patients indicated that they need more information about osteoporosis.

Conclusions: The results of this study prove the need to provide accurate knowledge of their disease to patients with postmenopausal osteoporosis.

KEY WORDS

Postmenopausal osteoporosis. Knowledge. Attitudes. Epidemiological study. Patient profile.

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por una disminución de la masa ósea acompañada de alteraciones de la microarquitectura del tejido óseo, con el consiguiente incremento de la fragilidad ósea y, por tanto, también del riesgo de fractura¹⁻⁴.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que existe osteoporosis con valores de densidad de masa ósea (DMO) de $0,760 \text{ g/cm}^2$ en la columna lumbar y $0,550 \text{ g/cm}^2$ en el cuello del fémur. Se considera que existe un estado de osteoporosis cuando los valores de DMO están por debajo de 2,5 desviaciones estándar del pico de máxima densidad ósea alcanzada en la mujer joven⁵⁻⁶. En España, el pico de máxima densidad ósea de fémur se alcanza en la década de los 20 años, mientras que el pico de

densidad ósea lumbar se sitúa entre los 30 y 39 años⁷.

La prevalencia de osteoporosis medida por DMO aumenta de forma progresiva con la edad, a partir de los 45 años. Se calcula que un 12,73% de la población femenina española presenta osteoporosis en la columna lumbar o cuello de fémur, alcanzando un 26,07% en mujeres mayores de 50 años⁷.

En las mujeres con menopausia fisiológica, se detectan 4 factores de riesgo óseo que permiten realizar un cribado clínico previo a la densitometría: La edad (> 51 años), el peso ($< 70 \text{ kg}$), los años de vida fértil (< 32 años) y el número de hijos (> 2)^{8,9}. Por otra parte, se conoce que las mujeres de raza negra poseen una incidencia menor de osteoporosis, mientras que la inmovilidad, el consumo de alcohol, el tabaco, la medicación con esteroides y los factores genéticos aumentan el riesgo de presentar osteoporosis. Los factores dietéticos pueden modificar el riesgo de osteoporosis¹⁰.

Actualmente, la esperanza de vida de la mujer alcanza los 80 años, es decir, que pasará un tercio de su vida aproximadamente, con deficiencia hormonal y, por tanto, con un incremento en la probabilidad de presentar osteoporosis¹¹.

Los avances realizados en investigación clínica han dado lugar a un cambio en el enfoque de la enfermedad, que además de considerar las opciones terapéuticas existentes para incrementar la DMO, tiene en cuenta la inclusión de la prevención de fracturas óseas^{12,13}. La paciente tiene, por tanto, un papel importante, ya que la evolución de esta condición clínica dependerá de los conocimientos que tenga acerca de una condición de larga duración como la osteoporosis, su actitud frente a la enfermedad (cómo la afronta: la asume o la rechaza) y la capacidad de cumplimiento con respecto a unos hábitos de vida y/o tratamiento farmacológico prescrito.

El conocimiento que tiene el médico acerca de la comprensión de la paciente de su información es importante para corregir y adecuar al máximo el programa a cada una de ellas y, de esta forma, mejorar la efectividad de las pautas terapéuticas.

Este trabajo evalúa el conocimiento, las actitudes y las expectativas de las pacientes en tratamiento para la osteoporosis posmenopáusica en relación con su afección y describe el perfil de la paciente con osteoporosis posmenopáusica en España.

564 PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico y transversal, realizado en España, en el que participaron 315 especialistas en ginecología en la selección de pacientes con osteoporosis posmenopáusica. En el contexto de una única visita, cada médico participante solicitó la conformidad para participar en el estudio a las 4 primeras pacientes consecutivas que acudieron a la consulta y que cumplieron los criterios de selección descritos en el protocolo. Los criterios de selección fueron: mujeres de edad ≥ 45 años, en tratamiento para la osteoporosis posmenopáusica (con estrógenos-gestágenos, bifosfonatos, moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM), calcitonina, ranelato de estroncio, teriparatida, calcio, vitamina D, otros); con $DMO \leq -2,5$ en la columna o el fémur (con o sin fracturas), o con fractura por traumatismo de baja intensidad (independientemente del valor de DMO), o por cribado clínico a partir de la identificación de factores clínicos de riesgo (edad > 51 años, peso < 70 kg, < 32 años de vida fértil y > 2 hijos), y que dieran su consentimiento informado por escrito para participar. El estudio se realizó de acuerdo con las directrices internacionales para la revisión ética de los estudios epidemiológicos (Council for the International Organizations of Medical Sciences [CIOMS], Ginebra, 1991)¹⁴ y las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)¹⁵, sometidas a evaluación por el comité ético de investigación clínica del Hospital de La Princesa de Madrid; y siguiendo la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal en relación con la confidencialidad de los datos del paciente.

El médico cumplimentó un cuaderno de recogida de datos (CRD), donde recogió los datos relevantes para el estudio de la historia clínica de la paciente: antecedentes personales y familiares; enfermedades y medicación concomitantes; densitometría ósea (en caso de existir); hábitos tóxicos, dietéticos y de actividad física; tratamiento y cumplimiento. El cumplimiento con el tratamiento se evaluó según el criterio del investigador y según el método de Haynes y Sackett¹⁶. Todas las pacientes cumplimentaron un cuestionario sobre conocimiento, actitudes y expectativas en relación con la osteoporosis (17 preguntas).

En el método de Haynes y Sackett, el médico preguntó a las pacientes si tenían dificultades para

tomar todas sus medicaciones. En caso de respuesta afirmativa, el cumplimiento se calculó como el porcentaje del número de comprimidos/medicación tomada en el último mes en comparación con el número de comprimidos/medicación prevista que debían haber tomado. Las pacientes se consideraron cumplidoras con un cumplimiento $\geq 80\%$.

El cuestionario sobre conocimiento, actitudes y expectativas en relación con la osteoporosis incluyó las 17 preguntas siguientes:

1. ¿Qué piensa usted que es la osteoporosis?
2. ¿Cuándo cree que empieza la osteoporosis?
3. ¿A quién afecta la osteoporosis?
4. ¿Sabría indicar cuáles de los siguientes síntomas aparecen en la osteoporosis?
5. ¿Sabría decirnos cómo se sabe que una persona tiene osteoporosis?
6. ¿A qué huesos cree que afecta la osteoporosis?
7. ¿Cree que si hace ejercicio puede retrasar la osteoporosis?
8. ¿Piensa que el consumo de alcohol y/o de tabaco empeora la osteoporosis?
9. ¿Cree que el abuso de cafeína y bebidas alcohólicas puede acentuar la osteoporosis?
10. ¿Cree que una dieta adecuada ayuda a retrasar la osteoporosis?
11. ¿Se puede evitar la osteoporosis?
12. ¿Cuánto tiempo cree que dura el tratamiento farmacológico para la osteoporosis?
13. ¿Cree que con la medicación puede cambiar o incluso mejorar la evolución de la osteoporosis?
14. ¿Le preocupa su enfermedad?
15. En general, ¿cómo describiría su estado de salud actual?
16. ¿Podría indicar quién le ha informado sobre la osteoporosis?
17. ¿Cree que necesita más información sobre la osteoporosis?

Se consideró que las pacientes tenían un conocimiento aceptable de la osteoporosis si contestaron correctamente al 80% de las primeras 13 preguntas.

El objetivo principal del estudio fue evaluar el conocimiento, las actitudes y las expectativas de las pacientes en tratamiento para la osteoporosis posmenopáusica con relación a su afección, así como

describir el perfil de la paciente con osteoporosis posmenopáusica en España.

Se calculó un tamaño de la muestra de 1.068 pacientes para estimar los parámetros poblacionales con una precisión del 3% y previendo un 25% de casos con datos incompletos, se estimó que debían reclutarse aproximadamente 1.380 pacientes. Todos los datos se analizaron mediante el *software* estadístico SAS. Las variables demográficas se analizaron mediante estadística descriptiva. Las variables cuantitativas y cualitativas se describieron mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, desviación estándar y cálculo de los intervalos de confianza del 95%. Para comparar las tablas de contingencia, se utilizó la prueba de la χ^2 o prueba de Fisher para las variables de tipo nominal o cualitativas (según proceda), y se utilizó la prueba ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis para las variables continuas (según proceda). El nivel de significación adoptado fue de 0,05 bilateral.

RESULTADOS

Se reclutó a un total de 1.250 pacientes con osteoporosis posmenopáusica, de las cuales 1.179 fueron válidas para analizar.

La edad media \pm desviación estándar de las pacientes (calculada como la diferencia entre el año de reclutamiento y el año de nacimiento) fue de 59,89 \pm 7,53 años. El 49,19% de las mujeres que participaron en el estudio tenían una edad comprendida entre 51 y 60 años. El peso medio fue de 65,57 \pm 9,82 kg; la talla media fue de 159,86 \pm 6,35 cm, y el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 25,7 \pm 3,84; presentaron obesidad el 11,6% de las mujeres (IMC > 30 kg/m²). El 92,11% de las pacientes eran de raza caucásica.

El 21,0% de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica residían en un medio rural (n = 247) y el 77,4% en un medio urbano (n = 913). El nivel académico de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica más común fue de estudios elementales (45,97%) seguido de estudios de grado medio (31,55%), estudios superiores (13,57%) y sin estudios (7,55%).

La situación laboral de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica más común fue ama de casa (40,20%) seguido de activa a tiempo completo

(27,23%), pensionista (18,49%), activa a tiempo parcial (10,86%), inactiva (1,36%) y otras situaciones (0,25%). Respecto a la situación social, la más común fue con familia (49,96%) seguido de con pareja (32,82%), sola (12,04%) y otra situación social (0,59%).

Respecto a los hábitos tóxicos, el 71,67% de las pacientes eran no fumadoras, el 13,99% exfumadoras y el 13,57% fumadoras; las pacientes fumadoras fumaban una media de 13,67 \pm 7,82 cigarrillos/día. Tan sólo un 17,81% de las pacientes consumían alcohol, y de ellas, el 90,48% indicó que consumía < 40 g/día. Finalmente, se determinó que el 65,39% de las pacientes eran consumidoras habituales de café, tomando una media de 2,24 \pm 1,1 tazas de café/día.

En relación con la actividad física, el 23,4% de las pacientes eran sedentarias, el 64,7% realizaba actividad física ligera (9,31 \pm 7,89 h/semana), el 10,2% realizaba actividad física moderada (6,02 \pm 4,40 h/semana) y el 0,7% realizaban actividad física intensa (5,71 \pm 4,39 h/semana).

Se registró un total de 1.075 enfermedades relacionadas con el metabolismo óseo o de riesgo cardiovascular de las 692 pacientes participantes que indicaron alguna de ellas, es decir, una media de 1,55 \pm 0,78 enfermedades por paciente; 487 (41,3%) pacientes no indicaron ninguna enfermedad relacionada con el metabolismo óseo o de riesgo cardiovascular. Las enfermedades más frecuentes fueron hipertensión (29,77%), dislipemias (18,32%) y amenorrea secundaria > 1 año de duración (11,96%).

Se registró un total de 1.464 medicaciones concomitantes de las 832 pacientes que indicaron alguna, es decir, que cada paciente estaba tomando una media de 1,76 \pm 1,00 medicaciones. Las medicaciones concomitantes más frecuentes fueron antihipertensivos (25,95%), antiinflamatorios no esteroideos (22,48%) e hipolipemiantes (13,57%).

La edad media de la menarquia de las pacientes fue de 12,61 \pm 1,55 años y la edad media de las pacientes con menopausia fue de 48,46 \pm 4,12 años. El tiempo medio transcurrido desde que las mujeres tuvieron la menopausia fue de 11,66 \pm 7,52 años, con el 83,87% de las mujeres que hacía más de 3 años que tuvieron la menopausia. La causa más frecuente de menopausia fue la natural (82,05%), seguida de la quirúrgica (15,78%) y la iatrogénica (1,04%). El tiempo medio de vida fértil (calculado

como diferencia entre la edad de la menopausia y la edad de la menarquia) fue de $35,84 \pm 4,39$ años. En cuanto a los antecedentes obstétricos, la media de gestaciones a término de las pacientes incluidas en el estudio fue de $2,44 \pm 1,40$; la media de partos prematuros fue de $0,14 \pm 0,58$, y la media de abortos fue de $0,37 \pm 0,79$.

Al registrar las fracturas sufridas por las pacientes con osteoporosis posmenopáusica, se determinó que fueron principalmente vertebrales (9,3%), seguidas por las fracturas de radio, costillas, húmero y pelvis (8,0%). El 77,9% de las pacientes no indicó o no había presentado ningún tipo de fractura hasta el momento de estudio. El sistema más utilizado para diagnosticar la fractura fue la radiográfica (16,37%), seguida de la clínica (8,57%).

El 38,08% de las pacientes tenían antecedentes familiares de osteoporosis; la familiar afectada era la madre en el 67,04% de las pacientes, seguido de la hermana en el 17,15% de las pacientes. La edad media de las pacientes cuando se les diagnosticó osteoporosis por primera vez fue de $56,13 \pm 7,27$ años. Otras posibles causas de osteoporosis secundaria fueron amenorrea secundaria de más de 1 año de duración (12,0%), menopausia antes de los 40 años (3,3%), hiperparatiroidismo o hipertiroidismo (3,1%) y tratamiento prolongado con glucocorticoides durante más de 3 meses (1,1%).

Las terapias no farmacológicas que con mayor frecuencia se recomendaron a las pacientes con osteoporosis posmenopáusica fueron dieta rica en calcio-lácteos (88,89%), ejercicio (82,18%), exposición solar (50,30%), y no ingesta de alcohol y tabaco (49,11%).

Los tratamientos más frecuentes para la osteoporosis fueron los bifosfonatos con pauta semanal (63,36%), calcio (59,71%), vitamina D (42,58%) y SERM (raloxifeno) (17,22%). En promedio, cada paciente recibió $2,03 \pm 0,95$ tratamientos para su osteoporosis. El 61,32% de las pacientes recibieron terapia combinada (más de un fármaco) para la osteoporosis, mientras que el 36,68% recibió monoterapia.

Respecto al cumplimiento con el tratamiento indicado para la osteoporosis, de acuerdo con la opinión del médico, el 90,3% de las pacientes se consideraron cumplidoras, mientras que el 9,7% se consideraron no cumplidoras. Por otra parte, se obtuvieron resultados similares al aplicar el método de Haynes y Sackett, en que se determinó que el 95,0%

de las pacientes fue cumplidora mientras que el 5,0% fue no cumplidora.

En el cuestionario sobre conocimiento, actitudes y expectativas de la paciente en tratamiento para la osteoporosis posmenopáusica, a continuación se detallan las respuestas más citadas para cada pregunta.

– A la pregunta «¿Qué piensa usted que es la osteoporosis?», la respuesta más citada fue «falta de calcio» (67,2%) y la menos citada fue «un problema hormonal» (23,5%).

– A la pregunta «¿Cuándo cree que empieza la osteoporosis?», el 83,1% de las pacientes consideraron que la osteoporosis comienza en la menopausia.

– A la pregunta «¿A quién afecta la osteoporosis?», el 48,7% de las mujeres opinaron que la osteoporosis afecta a mujeres mayores de 50 años.

– A la pregunta «¿Sabría indicar cuáles de los siguientes síntomas aparecen en la osteoporosis?», el 66,2% de las pacientes indicó fractura y el 60,6% indicó dolor.

– A la pregunta «¿Sabría decirnos cómo se sabe que una persona tiene osteoporosis?», el 83,6% de las pacientes indicaron que mediante densitometría, el 26,8% indicó la radiografía e incluso un 4,8% marcó el análisis de sangre.

– A la pregunta «¿A qué huesos cree que afecta la osteoporosis?», las localizaciones más citadas fueron «columna vertebral» (84,0%) y «cadera» (77,2%), en menor medida fue citado «pies» (16,0%).

– A la pregunta «¿Cree que si hace ejercicio puede retrasar la osteoporosis?», el 87,0% de las mujeres indicaron que realizar ejercicio puede retrasar la osteoporosis, y de ellas el 59,3% consideró que en bastante medida.

– A la pregunta «¿Piensa que el consumo de alcohol y/o de tabaco empeora la osteoporosis?», el 83,8% de las mujeres indicaron que el consumo de alcohol y/o tabaco empeora la osteoporosis, de las cuales el 53,7% consideró que en bastante medida.

– A la pregunta «¿Cree que el abuso de cafeína y bebidas alcohólicas puede acentuar la osteoporosis?», el 63,3% de las mujeres indicaron que el abuso de cafeína y bebidas alcohólicas puede acentuar la osteoporosis en mucha o bastante medida.

– A la pregunta «¿Cree que una dieta adecuada ayuda a retrasar la osteoporosis?», el 80,1% de las

Tabla 1. Comparación entre pacientes con un conocimiento aceptable y aquellas con un conocimiento deficiente de su afección. Características sociodemográficas

Variable ^a	Conocimiento aceptable n = 266 (22,6%)	Conocimiento deficiente n = 913 (77,4%)	p
Lugar de residencia			
Rural	43 (16,4%)	204 (22,7%)	0,0283 ^a
Urbano	219 (83,6%)	694 (77,3%)	
Nivel estudios			
Sin estudios	11 (4,2%)	78 (8,7%)	< 0,0001 ^b
Elementales	114 (43,2%)	428 (47,6%)	
Grado medio	82 (31,1%)	290 (32,3%)	
Superiores	57 (21,6%)	103 (11,5%)	

Valores expresados en números (porcentajes) de pacientes.

^aPrueba de la χ^2 ; nivel de significación 0,05 (bilateral).

^bSólo se indican las significativas. Las siguientes variables: edad (años); índice de masa corporal (kg/m²: normopeso, sobrepeso, obesidad); raza (caucásica/negra/oriental/otra), lugar de nacimiento (España/extranjero); situación laboral (activa a tiempo completo o parcial/inactiva, pensionista/ama de casa) y situación social (sola/con pareja/en familia) no presentan diferencias significativas entre ambos grupos.

mujeres indicaron que en mucha o bastante medida la dieta ayuda a retrasar la osteoporosis.

– A la pregunta «¿Se puede evitar la osteoporosis?», únicamente el 34,7% de las pacientes consideraron que la osteoporosis se puede retrasar y el 10,5% de las pacientes con osteoporosis posmenopáusica indicaron que es inevitable.

– A la pregunta «¿Cuánto tiempo cree que dura el tratamiento farmacológico para la osteoporosis?», el 62,2% de las pacientes indicaron que el tratamiento farmacológico para la osteoporosis dura toda la vida; no obstante, el 25,4% reveló que puede durar temporadas.

– A la pregunta «¿Cree que con la medicación puede cambiar o incluso mejorar la evolución de la osteoporosis?», el 87,1% de las pacientes indicaron que la medicación puede cambiar mucho o bastante la evolución de la osteoporosis.

– A la pregunta «¿Le preocupa su enfermedad?», al 74,6% de las pacientes les preocupaba mucho o bastante su enfermedad, mientras que el 20,1% indicó preocuparle poco.

– A la pregunta «En general, ¿cómo describiría su estado de salud actual?», el 53,3% de las pacientes describieron su estado de salud como excelente o bueno, aunque el 39,2% lo percibió regular.

– A la pregunta «¿Podría indicar quién le ha informado sobre la osteoporosis?», en el 79,5% de los casos la paciente indicó que fue el ginecólogo.

– A la pregunta «¿Cree que necesita más información sobre la osteoporosis?», el 63,6% de las pacientes indicaron que necesitan más información sobre la osteoporosis.

Sobre la base de las respuestas obtenidas para las 13 primeras preguntas del cuestionario, se determinó que únicamente el 22,6% de las pacientes cumplieron los criterios para ser consideradas «pacientes con conocimiento aceptable».

En la tabla 1 se observa el perfil sociodemográfico de la paciente con conocimiento aceptable frente a la paciente con conocimiento deficiente sobre la osteoporosis posmenopáusica. En el medio urbano el porcentaje de pacientes con un conocimiento aceptable fue superior que el porcentaje de pacientes con un conocimiento deficiente (el 83,6 frente al 77,3%; $p = 0,0283$), también se observó que en los grupos de pacientes con un nivel de estudios bajo (elementales y sin estudios), el porcentaje de pacientes con un conocimiento deficiente era superior (el 47,6 frente al 43,2% y el 8,7 frente al 4,2%, respectivamente; $p < 0,0001$).

En la tabla 2, se observan las diferencias encontradas en relación con la historia clínica entre las pacientes con conocimiento aceptable y las pacientes con conocimiento deficiente sobre la osteoporosis posmenopáusica. En el grupo de pacientes que no sufrieron fractura el porcentaje de pacientes con

Tabla 2. Comparación entre pacientes con un conocimiento aceptable y aquellas con un conocimiento deficiente de su afección. Historia clínica

Variable	Conocimiento aceptable 266 (22,6%)	Conocimiento deficiente 913 (77,4%)	p
Presencia fracturas			
No	221 (83,1%)	699 (76,6%)	0,0238 ^a
Sí	45 (16,9%)	214 (23,4%)	
Edad de diagnóstico (años)	55,4 ± 7	56,4 ± 7,4	0,0381 ^b

Valores expresados en números (porcentajes) de pacientes y media ± desviación estándar.

^aPrueba de la χ^2 .

^bPrueba de Wilcoxon; nivel de significación 0,05 (bilateral).

Sólo se indican las significativas. Las siguientes variables: n.º de hijos (gestaciones a término); menopausia (sí/no); años con menopausia (< 1 año/1-3 años/> 3 años); tipo menopausia (natural/quirúrgica/iatrogénica); estadio de la osteoporosis (normal/osteopenia/osteoporosis/osteoporosis severa o grave); terapias o recomendaciones no farmacológicas (no/sí) y antecedentes familiares de osteoporosis (no/sí) no presentan diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 3. Comparación entre pacientes con un conocimiento aceptable y aquellas con un conocimiento deficiente de su afección. Enfermedades, medicación concomitante y tipo de tratamiento

Variable	Conocimiento aceptable 266 (22,6%)	Conocimiento deficiente 913 (77,4%)	p
Enfermedades relacionadas con el metabolismo óseo o de riesgo cardiovascular			
Sí	157 (59,0%)	535 (58,6%)	NS
No	109 (41,0%)	378 (41,4%)	
N.º enfermedades	1,5 ± 0,7	1,6 ± 0,8	NS
Fármaco concomitante			
Sí	184 (69,2%)	648 (71,0%)	NS
No	82 (30,8%)	265 (29,0%)	
N.º de fármacos	1,7 ± 1	1,8 ± 1	NS
Tratamiento actual para la osteoporosis			
Estrógenos-gestágenos	19 (7,1%)	64 (7,0%)	NS
Bifosfonatos (diario)	8 (3,0%)	24 (2,6%)	NS
Bifosfonatos (semanal)	165 (62,0%)	582 (63,8%)	NS
SERM (raloxifeno)	52 (19,6%)	151 (16,5%)	NS
Calcitonina	4 (1,5%)	20 (2,2%)	NS
Ranelato de estroncio	5 (1,9%)	10 (1,1%)	NS
Teriparatida	2 (0,8%)	1 (0,1%)	NS
Calcio	161 (60,5%)	543 (59,5%)	NS
Vitamina D	116 (43,6%)	386 (42,3%)	NS
Tipo de terapia para la osteoporosis			
Monoterapia	93 (35,0%)	363 (39,8%)	NS
Combinación	173 (65,0%)	550 (60,2%)	

NS: no significativo; SERM: moduladores selectivos de los receptores de estrógenos.

Valores expresados en números (porcentajes) de pacientes y media ± desviación estándar.

un conocimiento aceptable sobre su patología fue superior (el 83,1 frente al 76,6%; $p = 0,0238$).

No se observaron diferencias al comparar las pacientes con un conocimiento aceptable de su afección

frente a las que tenían un conocimiento deficiente de su patología en relación con las enfermedades, la medicación concomitante y el tipo de tratamiento (tabla 3).

Tabla 4. Comparación entre pacientes con un conocimiento aceptable y aquellas con un conocimiento deficiente de su patología en relación con su actitud y expectativas

Variable	Conocimiento aceptable 266 (22,6%)	Conocimiento deficiente 913 (77,4%)	p
¿Le preocupa su enfermedad?			
Nada	6 (2,3%)	32 (3,6%)	0,0137 ^a
Poco	38 (14,5%)	199 (22,3%)	
Bastante	151 (57,4%)	481 (53,9%)	
Mucho	68 (25,9%)	180 (20,2%)	
Estado de salud actual			
Excelente	10 (3,8%)	32 (3,6%)	NS
Bueno	155 (58,3%)	431 (48,2%)	
Regular	88 (33,1%)	374 (41,8%)	
Malo	12 (4,5%)	52 (5,8%)	
Muy malo	1 (0,4%)	6 (0,7%)	
Información a través de:			
Médico de cabecera	81 (31,0%)	280 (31,4%)	NS
Ginecólogo	225 (86,2%)	712 (79,9%)	0,0217 ^a
Farmacéutico	7 (2,7%)	32 (3,6%)	NS
Internet	17 (6,5%)	21 (2,4%)	0,0009 ^a
Otras personas	82 (31,4%)	235 (26,4%)	NS
Medios de comunicación	97 (37,2%)	200 (22,5%)	< 0,0001 ^a
¿Necesita más información?			
Sí	168 (65,1%)	582 (67,4%)	NS
No	90 (34,9%)	281 (32,6%)	

Valores expresados en números (porcentajes) de pacientes y media \pm desviación estándar.

NS: no significativo.

^aPrueba de la χ^2 ; nivel de significación 0,05 (bilateral).

Se observó una relación significativa entre la preocupación que suponía su enfermedad a las pacientes y su nivel de conocimiento, advirtiéndose que el porcentaje de pacientes con un conocimiento aceptable es superior en aquellos grupos de pacientes que les preocupaba bastante o mucho su enfermedad (el 57,4 frente al 53,9% y el 25,9 frente a 20,2%, respectivamente; $p = 0,0137$) (tabla 4).

Al estudiar la relación entre acceso a material educativo y conocimiento, actitud y expectativas de la paciente, el porcentaje de mujeres con conocimiento aceptable fue significativamente superior en el grupo de pacientes que accedieron al material educativo (el 25,9 frente al 13,1%; $p < 0,0001$). Por otra parte, el acceso a material educativo no estuvo relacionado directamente con la necesidad de disponer de más información, ya que el porcentaje de pacientes que accedieron a material educativo fue inferior en el grupo con necesidad de más información sobre osteoporosis (el 64,7 frente al 72,2%; $p = 0,0229$).

DISCUSIÓN

Con el aumento de las expectativas de vida, también se alarga el período de vida posmenopáusica de la mujer, en que la insuficiencia de estrógenos de esta etapa provoca numerosas alteraciones. No obstante, dichas alteraciones pueden evitarse mediante una serie de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas adecuadas^{17,18}. En el caso de la osteoporosis posmenopáusica, las mujeres pueden contribuir a disminuir el riesgo de fracturas, con un cambio en el estilo de vida que incluye una dieta equilibrada con adecuada ingesta de calcio y vitamina D, ejercicio habitual, dejar de fumar, moderar el consumo de alcohol y tomar medidas adecuadas para evitar las caídas o minimizar su impacto. Por otro lado, se sabe que el uso y el mantenimiento de cualquier tipo de tratamiento (farmacológico o no) depende de la educación, del nivel socioeconómico y del nivel de conocimiento sobre su alteración que tenga la paciente^{19,20}.

En el presente estudio, todas las mujeres incluidas estaban recibiendo tratamiento farmacológico; los bisfosfonatos son el tratamiento más frecuente, seguido del calcio y la vitamina D. La mayoría (74,6%) de las mujeres estaban preocupadas por su afección, lo cual queda reflejado en los bajos porcentajes encontrados de obesidad (11,6%), consumo de tabaco (13,6%), consumo de alcohol \geq 40 g/día (7,1%) y sedentarismo (23,4%).

Los resultados obtenidos en el presente estudio respecto a cumplimiento con el tratamiento fueron muy buenos, ya que la gran mayoría de las mujeres fueron consideradas cumplidoras, tanto a criterio del médico (90,3%) como según el método de Haynes y Sackett (95,0%).

No obstante, a pesar de que todas las mujeres tenían conocimiento de su diagnóstico de osteoporosis posmenopáusica, que todas ellas recibían tratamiento farmacológico y que eran cumplidoras en su mayoría, es destacable que tan sólo un 22,6% de ellas tenían un conocimiento aceptable de su alteración.

Otros estudios realizados sobre el conocimiento de la enfermedad entre pacientes con osteoporosis han puesto de manifiesto resultados muy variables²¹. Así, en un estudio realizado en Turquía se evidenció que el 54% de los participantes en el estudio poseían un buen conocimiento de la enfermedad²², mientras que en otro estudio realizado en una ciudad del Caribe colombiano, se determinó que el 32,2% de las mujeres tenían un conocimiento aceptable de la osteoporosis²³. Es importante destacar que la variabilidad de estos resultados depende, en gran medida, del cuestionario utilizado para evaluar el conocimiento sobre la osteoporosis.

En un estudio realizado en Noruega²⁴ se concluyó que el nivel educacional se correlacionaba con el nivel de conocimiento de la osteoporosis. Los resultados del estudio que aquí se presenta también encontraron que el porcentaje de mujeres con conocimiento deficiente sobre la osteoporosis posmenopáusica fue superior cuanto más bajo era el nivel educacional. Por otra parte, también se pudo constatar que en el medio urbano el porcentaje mujeres con un conocimiento aceptable de la osteoporosis posmenopáusica fue superior que el porcentaje de mujeres con conocimiento deficiente.

En el presente estudio se observó una relación entre el conocimiento aceptable de la afección y el cumplimiento del tratamiento. Por otro lado, un estudio publicado concluyó que el incumplimiento del tratamiento se asocia a un mayor riesgo de fractura²⁵. Este resultado concuerda con el hecho de encontrar un porcentaje mayor de mujeres con fractura en el grupo con conocimiento deficiente de su enfermedad.

En relación con el acceso al material educativo, el presente estudio encontró un mayor porcentaje de mujeres con conocimiento aceptable sobre la osteoporosis entre las que tuvieron acceso al material informativo sobre la osteoporosis. No obstante, el acceso a material informativo no estuvo relacionado directamente con la necesidad de disponer de más información, ya que el porcentaje de pacientes que accedieron a material educativo fue inferior en el grupo con necesidad de más información sobre osteoporosis.

Finalmente, en relación con la fuente a través de la cual se obtuvo información sobre la osteoporosis posmenopáusica, en la mayoría de casos, la paciente indicó que fue el ginecólogo la persona que le informó sobre la osteoporosis, seguido del médico de cabecera, otras personas y los medios de comunicación.

Este estudio pone de manifiesto el bajo porcentaje de mujeres con un conocimiento aceptable de la osteoporosis posmenopáusica; se evidencia la necesidad de desarrollar programas educativos que promuevan dicho conocimiento entre la población femenina, incluidas estrategias preventivas para minimizar el impacto de la osteoporosis posmenopáusica.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su sincera gratitud a todos los investigadores que activamente han participado en este estudio. Sin su dedicación, la presente publicación no habría sido posible. Lamentablemente, la lista de investigadores es demasiado larga para ser incluida en este manuscrito. También agradecemos a Laboratorios Almirall S.A su apoyo, sin el cual la realización de este estudio no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA*. 2001;285:785-95.
2. Seeman E, Delmas PD. Bone quality—the material and structural basis of bone strength and fragility. *N Engl J Med*. 2006;354:2250.
3. Kanis JA, Oden A, Johnell O, Jonsson B, de Laet C, Dawson A. The burden of osteoporotic fractures: a method for setting intervention thresholds. *Osteoporos Int*. 2001;12:417.
4. National Osteoporosis Foundation. Physician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington: National Osteoporosis Foundation; 2003.
5. World Health Organization. Osteoporosis: both health organizations and individuals must act now to avoid an impending epidemic. Press release WHO/58 11 October 1999. [Accedido 4 Nov 2007]. Disponible en: www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-58.htm
6. Siris ES, Chen YT, Abbott TA, Barrett-Connor E, Miller PD, Wehren LE, Berger ML. Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. *Arch Intern Med*. 2004;164:1108-12.
7. Díaz-Curiel M, García JJ, Carrasco JL, Honorato J, Pérez Cano R, Rapado A, et al. Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:86-8.
8. Díez A, Puig J, Nogués X, Knobel H, Mínguez S, Supervía A, et al. Cribado de riesgo óseo mediante factores clínicos en mujeres tras menopausia fisiológica. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:121-4.
9. Ferrer J, Neyro JL, Estévez A. Identification of risk factors for prevention and early diagnosis of a-symptomatic postmenopausal women. *Maturitas*. 2005;52 Suppl 1:S7-22.
10. Kanis JA, Borgstrom F, De Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, et al. Assessment of fracture risk. *Osteoporos Int*. 2005;16:581.
11. Palacios S, Sánchez-Borrego R, Forteza A. The importance of preventive health care in post-menopausal women. *Maturitas*. 2005;52 Suppl 1:S53-60.
12. Boonen S, Laan RF, Barton IP, Watts NB. Effect of osteoporosis treatments on risk of non-vertebral fractures: review and meta-analysis of intention-to-treat studies. *Osteoporosis Int*. 2005;16:1291-8.
13. North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2006 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2006;13:340-67.
14. International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies (Council for the International Organizations of Medical Sciences –CIOMS–). Ginebra, 1991.
15. Tormo MJ, Dal-Ré R, Pérez G. Ética e investigación epidemiológica: principios, aplicaciones y casos prácticos. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 1998.
16. Haynes RB, Taylor WD, Sackett DL. Compliance in Health Care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979.
17. EMEA, Committee for Medicinal Products for Human Use. Guideline on the evaluation of medicinal products in the treatment of primary osteoporosis. Adopted November 16, 2006. [Accedido Nov 2007]. Disponible en: www.emea.europa.eu
18. Delaney MF. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis during early postmenopause. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194 2 Suppl:S12-23.
19. Gold DT. Medication adherence: a challenge for patients with postmenopausal osteoporosis and other chronic illnesses. *J Manag Care Pharm*. 2006;12 6 Suppl A):S20-5.
20. Brookhart MA, Avorn J, Katz JN, Finkelstein JS, Arnold M, Polinski JM, et al. Gaps in treatment among users of osteoporosis medications: the dynamics of noncompliance. *Am J Med*. 2007;120:251-6.
21. Weycker D, Macarios D, Edelsberg J, Oster G. Compliance with osteoporosis drug therapy and risk of fracture. *Osteoporos Int*. 2007;18:271-7.
22. Kutsal YG, Atalay A, Arslan S, Başaran A, Cantürk F, Cindaş A, et al. Awareness of osteoporotic patients. *Osteoporosis Int*. 2005;16:128-33.
23. Vélez MC, Caballero-Urbe CV, Tuesca-Molina R, Ochoa V, Hernández A, Forero L. Conocimientos, actitudes y estilos de vida frente a la osteoporosis en una ciudad del Caribe colombiano. *Salud Uninorte*. 2006;22:73-83.
24. Magnus JH, Joakimsen RM, Berntsen GK, Tollan A, Sogaard AJ. What do Norwegian women and men know about osteoporosis? *Osteoporos Int*. 1996;6:31-6.
25. Blouin J, Dragomir A, Moride Y, Ste-Marie LG, Fernandes JC, Perreault S. Impact of noncompliance with alendronate and risedronate on the incidence of nonvertebral osteoporotic fractures in elderly women. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;66:117-27.