



Figura 1 TC que muestra el secuestro óseo.

maxilar izquierdo, lugar de apoyo de una prótesis removable. Se indicó un cuidado local con clorhexidina y no utilizar la prótesis removable. Se realizó un estudio con TC (**fig. 1**). Un año después persiste el hueso expuesto en la boca, pero está asintomática.

Caso 3. Mujer de 75 años. Diagnosticada de osteoporosis en 2001, y desde entonces tomaba ácido alendróico semanal. En el año 2008 le colocaron unos implantes osteointegrados en la mandíbula, siendo visitada en marzo del año 2009 en la Sección de Salud Bucodental por presentar hueso expuesto entre 2 implantes. Está siendo controlada con clorhexidina local. En septiembre de 2010 persiste el hueso expuesto, sin cambios.

Los BF se utilizan en oncología para tratamiento de la enfermedad ósea avanzada, principalmente por vía intravenosa, y para el tratamiento de la osteoporosis, sobre todo por vía oral. La osteonecrosis de los maxilares por BF se asocia principalmente a los BF intravenosos, pero ya Ruggiero et al³ en sus clásicos 63 casos, presentaron 7 que sólo habían tomado BF orales. El problema, como resumen Otto

et al⁴ es que los BF orales los toman millones de pacientes durante mucho tiempo. Estos autores opinan que la aparición de la osteonecrosis de los maxilares por el uso de BF orales no es una coincidencia, sino que hay una relación causa-efecto.

La osteonecrosis asociada a BF orales, como los casos presentados aquí, suelen tener una evolución menos grave que la asociada a los BF intravenosos.

Coincidiendo con el trabajo de Bolívar Puigoriol et al¹, creemos que es fundamental la prevención, no sólo en los pacientes que van a ser tratados por vía intravenosa, sino también en los que van a ser tratados de forma oral; y también puede ser importante informar al paciente, para que éste coopere en la toma de decisión del tratamiento.

Bibliografía

1. Bolívar Puigoriol E, Camprodon Tuneu N, Farriols Danés C, Planas Domingo J. Osteonecrosis maxilar secundaria al tratamiento con zoledronato: a propósito de tres casos. *Aten Primaria*. 2010;42:534-5.
2. Cardona F, Bagán JV, Sainz E, Figuerido J, Giner F, Vidán FJ. Osteonecrosis de los maxilares por bisfosfonatos. Actualización y puesta al día. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32:423-37.
3. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62:527-34.
4. Otto S, Abu-Id MH, Fedele S, Warnke PH, Becker ST, Kolk A, et al. Osteoporosis and bisphosphonates-related osteonecrosis of the jaw: Not just a sporadic coincidence - a multi-centre study. *J Cranio-Maxillofac Surg*. 2010. Jun 25. [Epub ahead of print].

Francisco Cardona Tortajada*, Esther Sainz Gómez, Fernando Giner Muñoz y Jorge Figuerido Garmendia

Sección de Salud Bucodental, Dirección de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fcardont@cfnavarra.es (F. Cardona Tortajada).

doi:10.1016/j.aprim.2010.12.013

Variables asociadas a buena calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética

Variables associated with a good quality of life in patients with chronic renal disease secondary to diabetic nephropathy

Sr. Director:

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida multidimensional que refleja el bienestar de un paciente, valorando dominios físicos, mentales y sociales¹.

Existe controversia en la literatura médica sobre las variables reportadas como las de mayor impacto sobre la CVRS²⁻⁵. Existen estudios de poblaciones caucásicas o afroamericanas, sin tomar en cuenta a la población hispana⁶. Está bien determinado que la percepción de la CVRS varía considerablemente en función de las características culturales y valores individuales del paciente. Presentamos este estudio transversal que pretende identificar variables demográficas, socioeconómicas, físicas y familiares significativamente asociadas a buena CVRS, en pacientes hispanos con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética. Se ha realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, México.

Mediante un muestreo no probabilístico por cuota, se estudió un total de 95 derechohabientes con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética, tras haber excluido aquellos que presentaran alguna de las siguientes comorbilidades: embarazo, enfermedad reumática, hepatopatía, nefropatía por otra causa, enfermedad neoplásica, neumopatía, demencia, accidente vascular cerebral, o cualquier enfermedad aguda al momento de la entrevista. Tras la obtención del consentimiento informado correspondiente, se utilizó el instrumento Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form (SF-36) para evaluar la CVRS de los participantes del estudio. El instrumento fue incluido en una encuesta escrita que a su vez registraba datos familiares, valores de laboratorio, variables sociodemográficas y somatométricas. A su vez, la encuesta incluyó 4 valoraciones paralelas con los siguientes instrumentos: escala Graffar-Méndez-Castellanos

de estrato socioeconómico, escala Apgar de funcionalidad familiar, escala Zung de depresión y escala Medical Outcomes Study MOS) de apoyo social.

La puntuación global del instrumento SF-36 fue de 104,53 ($DE \pm 20,13$) con lo que se determinó buena calidad de vida (> 100 puntos) en 62,1% de los pacientes y mala calidad de vida en el 37,9%. En las valoraciones paralelas se determinó mayoritariamente estrato socioeconómico bajo (76%) según Graffar, funcionalidad familiar adecuada (66,3%) según Apgar, depresión moderada (58,9%) según Zung, y apoyo social adecuado (81,9%) según MOS.

En la [tabla 1](#) podemos observar la lista de variables cualitativas y cuantitativas analizadas. Se observó significación estadística en las variables siguientes: estadios tempranos de la enfermedad renal crónica (1 y 2) ($p = 0,02$), funcionalidad familiar adecuada según Apgar

Tabla 1 Comparación cruzada de variables cualitativas y cuantitativas con calidad de vida

VARIABLES CUALITATIVAS			
Parámetro más frecuente	Buena calidad de vida	Mala calidad de vida	p con χ^2
Sexo			
Femenino	38	24	0,822
Estado civil			
Casada	37	24	0,869
Ocupación			
Ama de casa	29	15	0,150
Con hipertensión	29	20	0,545
Sin dislipidemia	37	27	0,215
Sin alcoholismo	49	26	0,209
Sin tabaquismo	30	23	0,214
Estadio temprano (1-2) de enfermedad renal*	41	18	0,049
Familia de desarrollo tradicional	46	26	0,526
Familia de estructura nuclear	32	22	0,524
Familia integrada	42	21	0,089
Estado socioeconómico bajo (obrero) según Graffar-Méndez-Castellanos	42	20	0,102
Familia funcional según Apgar*	50	13	$< 0,001$
Depresión moderada según Zung	36	20	0,053
Apoyo global adecuado según MOS	50	27	0,170
Apoyo afectivo adecuado*	55	28	0,012
Apoyo emocional adecuado	48	25	0,132
Apoyo instrumental adecuado	54	31	0,263
Apoyo social adecuado	53	28	0,063
VARIABLES CUANTITATIVAS			
Variable	Buena calidad de vida	Mala calidad de vida	p con t-Student
Edad	61,35 ($DE \pm 9,92$) años	60,25 ($DE \pm 14,52$) años	0,661
Peso	71,41 ($DE \pm 11,83$) kg	74,29 ($DE \pm 17,33$) kg	0,340
Estatura	159,36 ($DE \pm 8,29$) cm	159,00 ($DE \pm 9,54$) cm	0,848
IMC	27,94 ($DE \pm 4,65$) kg/m ²	29,39 ($DE \pm 7,04$) kg/m ²	0,230
Perímetro abdominal*	94,42 ($DE \pm 12,78$) cm	102,13 ($DE \pm 17,69$) cm	0,028
Hemoglobina*	12,78 ($DE \pm 1,59$) g/dl	11,86 ($DE \pm 2,18$) g/dl	0,022
Hematócrito*	39,53 ($DE \pm 5,29$) %	36,67 ($DE \pm 7,19$) %	0,035
Tasa de filtrado glomerular*	82,93 ($DE \pm 36,89$) ml/min/1,73 m ²	57,71 ($DE \pm 45,13$) ml/min/1,73 m ²	0,004

*Se denotan las variables con significancia estadística ($p < 0,05$).

($p < 0,001$), apoyo adecuado en el componente afectivo del MOS ($p = 0,01$), perímetro abdominal ($p = 0,028$), hemoglobina ($p = 0,022$), hematócrito ($p = 0,035$) y tasa de filtrado glomerular ($p = 0,004$).

Al realizar asociaciones tetracóricas entre cada una de las variables cualitativas vs buena calidad de vida encontramos una OR de 6,88 (IC 95% = 1,8-28,5, $p < 0,01$) para los estadios tempranos de la enfermedad renal (1-2); una OR de 9,83 (IC 95% = 3,3-29,96, $p < 0,01$) para buena funcionalidad familiar según Apgar; y una OR de 5,23 (IC 95% 1,28-21,30, $p = 0,01$) para apoyo afectivo adecuado según MOS.

Se identificaron nuevas variables asociadas de forma significativa con la calidad de vida, como la valoración Apgar de funcionalidad familiar y el instrumento Medical Outcomes Study de apoyo social, en su componente afectivo. A su vez, en este estudio no se demostró asociación estadísticamente significativa con variables como la edad, el peso, la estatura, el IMC, el consumo de tabaco o alcohol y las otras variables familiares analizadas. Este análisis nos permite identificar variables sociales y psicológicas de potencial terapéutico que pudieran generar un impacto significativo sobre la CVRS. Por lo tanto, los autores consideramos que este tipo de pacientes pudiera beneficiarse de un estudio de salud familiar como parte de su manejo integral en atención primaria.

Bibliografía

1. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118:622-9.
 2. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis.* 2005;45:658-66.
 3. Abdel-Kader K, Myaskovsky L, Karpov I, Shah J, Hess R, Dew MA, et al. Individual quality of life in chronic kidney disease: influence of age and dialysis modality. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4:711-8.
 4. Kusek JW, Greene P, Wang SR, Beck G, West D, Jamerson K, et al. Cross-sectional study of health-related quality of life in african americans with chronic renal insufficiency: the african american study of kidney disease and hypertension trial. *Am J Kidney Dis.* 2002;39:513-24.
 5. Gayle F, Soyibo AK, Gilbert DT, Manzanares J, Barton EN. Quality of life in end stage renal disease: a multicentre comparative study. *West Indian Med J.* 2009;58:235-42.
 6. Sprangers MA, Aaronson NK. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol.* 1992;45:743-60.
- Eric Oropeza-Guzmán^{a,*}, Adriana Lorena Santana-Cano^b, Mario Alberto García-Cárdenas^c y Mónica Araceli Sandoval-Magaña^{b,d}
- ^a Servicio Social, Unidad de Medicina Familiar No. 51, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México
^b Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 51, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México
^c Nefrología, Hospital General de Zona No. 89, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México
^d Profesora Titular de la especialidad en Medicina Familiar
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: ericoropeza@hotmail.com
 (E. Oropeza-Guzmán).
- doi:10.1016/j.aprim.2010.12.010

Conocer la prevalencia del síndrome de piernas inquietas en la población adulta de Burgos[☆]

Determination of the prevalence of restless legs syndrome in the adult population of Burgos

Sr. Director:

La prevalencia del síndrome de piernas inquietas (SPI) oscila entre un 2,5 y 10%¹. El diagnóstico es clínico.

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia del SPI y sus características asociadas en la población adulta de Burgos. Estudio descriptivo, transversal, realizado en centros de salud de atención primaria del área urbana de Burgos entre octubre de 2007 y julio de 2008.

Se incluyeron adultos ≥ 18 años de ambos sexos, excluyendo individuos con deterioro cognitivo severo según criterios DSM-IV². Para la muestra aleatoria estratificada por edad, seleccionada a partir de la base de datos de

tarjeta sanitaria, se usaron los supuestos: prevalencia esperada 10%, alfa = 5%, precisión 3% y pérdidas 70%. El nivel de significación fue de 0,05 y los intervalos de confianza se calcularon al 95%. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Burgos, firmando el consentimiento antes de participar.

Se realizaron las mediciones e intervenciones siguientes. Primera fase: cribado realizado por 2 enfermeras entrenadas mediante encuesta telefónica validada, basada en los criterios del grupo de trabajo internacional de SPI (2003): 1) necesidad de mover extremidades, sobre todo piernas, acompañado de parestesias; 2) comienzo o exacerbación de síntomas en reposo; 3) se alivia con movimiento, y 4) empeora o aparece por la noche³. Se definió caso SPI: sujetos con ≥ 3 respuestas afirmativas. Se eligieron los no casos entre los que no cumplían los criterios, pareados por edad y sexo a los casos. Segunda fase: se realizó certificación diagnóstica, prueba de referencia, por personal médico entrenado.

Se incluyeron 1.275 personas, edad media 48,4 años (DE 18,6), 49,4% mujeres. Se localizaron 981 personas (76,9%) y respondieron 869 (68,2%). La edad media fue de 48,2 años (DE 17,9), el 54,9% mujeres. El nivel de estudios fue bachiller superior, tenían diagnóstico previo de SPI el 0,6% y antecedentes familiares el 0,9%.

[☆] Este estudio ha sido presentado en las XIII Jornadas Nacionales de Residentes de SEMFYC en mayo de 2009.