

north-eastern Spain: Clinical spectrum and relationship over a 15 years period. *Joint Bone Spine*. 2003;70:33–9.

6. Calvo-Romero JM, Magro-Ledesma D, Ramos-Salado JL, Bureo-Dacal JC, De Dios-Arrebola García J, Bureo-Dacal P, et al. Arteritis de células gigantes: un estudio descriptivo en el suroeste de España. *An Med Interna*. 2000;17:67–70.

Anna Palomerías Vilches<sup>a,\*</sup>, Anna Picas Jufresa<sup>a</sup>, José Cristóbal Buñuel Álvarez<sup>b</sup> y Clauce Gassen<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Girona, España

<sup>b</sup>Àrea Bàsica de Salut Girona-4 (Institut Català de la Salut), España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [na.annapv@gmail.com](mailto:na.annapv@gmail.com)

(A. Palomerías Vilches)

doi:10.1016/j.aprim.2009.03.002

## Evaluación de la adherencia a los suplementos de calcio o vitamina D

### Assessment of adherence to treatment with calcium and/or vitamin D supplements

Sr. Director:

El presente estudio tiene como objetivo estimar el grado de adherencia a los suplementos de calcio (Ca) o vitamina D (D) prescritos en pacientes de las consultas de atención primaria de la Comunidad de Aragón. Se trata de un estudio observacional, multicéntrico, de cohorte retrospectiva para evaluar la persistencia, y transversal para evaluar el cumplimiento.

Se llevó a cabo en 14 centros de salud de las áreas II y III de Zaragoza, uno de Calatayud y 2 de la provincia de Huesca. La población de referencia fueron 374.761 usuarios. El período de realización fue de enero a diciembre de 2008.

En el estudio participaron pacientes diagnosticados y registrados con diagnóstico de osteoporosis (OP) en los centros de salud citados.

A través del programa Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria (OMI-AP) «estadística» se seleccionó una muestra aleatoria simple de pacientes de cada centro de salud, en los que constara el diagnóstico de OP, código CIAPL95. Se analizó el sistema de prescripción repetida (cartillas de largo tratamiento) y se valoró la adecuada retirada de los suplementos farmacológicos de Ca y D. Se elaboró una base de datos en la que se incluyeron 3

Tabla 1 Descripción de la muestra

Centro de salud	n	Edad media $\pm$ DE (IC del 95%)	Varones (%)	Mujeres (%)	Opción		
					1 <sup>a</sup> (%)	2 <sup>b</sup> (%)	3 <sup>c</sup> (%)
Calatayud Sur <sup>d</sup>	137	68,43 $\pm$ 12,49 (70,51 a 66,35)	17 (12,4)	120 (87,6%)	36,4	11,6	51,8
Pirineos <sup>e</sup>	152	71,01 $\pm$ 11,09 (69,25 a 72,77)	12 (7,8)	140 (92,2%)	43,4	24,3	32,2
Perpetuo Socorro <sup>e</sup>	77	68,81 $\pm$ 10,82 (66,4 a 71,22)	2 (2,5)	75 (97,5%)	62,3	6,4	31
Bombarda <sup>f</sup>	101	72,4 $\pm$ 10,05 (70,45 a 74,35)	7 (6,9)	94 (93,1%)	28,7	26,7	44,5
Delicias Sur <sup>f</sup>	121	68,04 $\pm$ 11,73 (65,95 a 70,13)	8 (6,6)	113 (93,3%)	21,4	52	26,4
Delicias Norte <sup>f</sup>	198	67,82 $\pm$ 10,49 (66,36 a 69,28)	8 (4)	190 (96%)	19,6	45,4	34,8
Fernando el Católico <sup>g</sup>	206	69,44 $\pm$ 11,29 (67,9 a 70,98)	8 (3,8)	198 (96,2%)	33,4	43,6	22,8
Arrabal <sup>g</sup>	85	66,82 $\pm$ 10,13 (64,67 a 68,97)	1 (1,1)	84 (98,9%)	22,3	24,7	52,9
Torrero La Paz <sup>g</sup>	64	62,52 $\pm$ 9,15 (60,3 a 64,74)	2 (3,1)	62 (63,9)	4,6	65,6	29,6
Miraflores <sup>g</sup>	97	67,87 $\pm$ 10,25 (65,84 a 69,9)	4 (4,1)	93 (95,9)	32,9	45,3	21,6
Ruiseñores <sup>g</sup>	222	70,09 $\pm$ 10,97 (68,65 a 71,53)	8 (3,6)	214 (96,4)	23,8	50	26,1
Fuentes Norte <sup>g</sup>	46	67,36 $\pm$ 10,5 (64,06 a 70,66)	2 (4,3)	44 (95,7)	28,2	36,9	34,7
San José Norte <sup>g</sup>	149	74,14 $\pm$ 9,25 (72,66 a 75,62)	6 (4)	143 (96)	26,8	50,3	22,8
San José Sur <sup>g</sup>	100	68,91 $\pm$ 9,59 (67,04 a 70,78)	2 (2)	98 (98)	20	65	15
San José Centro <sup>g</sup>	165	69,11 $\pm$ 10,85 (67,46 a 70,76)	6 (3,6)	159 (96,3)	27,2	49,1	23,6
Venecia <sup>g</sup>	101	69,39 $\pm$ 10,57 (67,33 a 71,45)	10 (9,9)	91 (90,1)	28,7	55,4	15,8
Seminario <sup>g</sup>	92	68,43 $\pm$ 9,22 (67,23 a 69,63)	2 (2,1)	90 (97,9)	39,1	29,3	31,5
Total	2.113	69,35 $\pm$ 10,84 (68,88 a 69,85)	105 (4,9)	2.008 (95)	27,5	42,6	29,7

Atención: los porcentajes se han redondeado y pueden no sumar 100. DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup>Opción 1: no tienen prescrito ni calcio ni vitamina D.

<sup>b</sup>Opción 2: los tienen prescritos, pero no los retiran.

<sup>c</sup>Opción 3: correcta prescripción (los tienen prescritos y los retiran adecuadamente).

<sup>d</sup>Centros de salud: sector Calatayud.

<sup>e</sup>Centros de salud: sector Huesca.

<sup>f</sup>Centros de salud: sector III de Zaragoza.

<sup>g</sup>Centros de salud: sector II de Zaragoza.

posibilidades: opción 1 (no tiene prescrito ni Ca ni D); opción 2 (los tiene prescritos, pero no los retira), y opción 3 (correcto tratamiento [los tiene prescritos y los retira adecuadamente]). Las opciones 1 y 2 implican un tratamiento incorrecto, ya sea por no retirarlo o por no llevarlo prescrito. No se tuvo en cuenta la asociación o no a tratamiento antirresortivo.

Se realizó el test de  $\chi^2$  para comparar 2 proporciones.

En conjunto se estudiaron 2.113 pacientes en los que constaba el diagnóstico de OP: 105 varones (4,96%) y 2.008 mujeres (95,04%). La media de edad fue de  $69,35 \pm 10,84$  años (intervalo de confianza del 95%: 68,88 a 69,85). Quinientos ochenta y tres pacientes (27,5%) no tenían prescrito ni Ca ni D, 902 pacientes (42,6%) lo tenían prescrito pero no lo retiraban adecuadamente, y 628 pacientes (29,7%) lo tenían prescrito, retiraban las recetas con adecuada periodicidad y realizaban un tratamiento correcto (tabla 1). Al seleccionar los centros de salud de características rurales (366 casos) y compararlos con los urbanos (1.747 casos), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que realizaban un correcto tratamiento ( $p = 0,45$ ).

Los suplementos de Ca y vitamina D reducen la incidencia de fracturas no vertebrales y de cadera en mujeres con aporte de calcio y vitamina D insuficiente<sup>1,2</sup>.

En España, un 64% de los pacientes en tratamiento con antirresortivos presenta valores inadecuados de D<sup>3</sup>. Hay estudios en mujeres osteoporóticas posmenopáusicas que demuestran que la insuficiencia de Ca (ingesta inferior a 1.500 mg/día) llega al 89,6% en las pacientes no tratadas y hasta el 92% en las pacientes tratadas con antirresortivos<sup>4</sup>. Por esto es importante que, además de una ingesta dietética mínima de Ca y D, cuando se prescriban antirresortivos, se ingieran suplementos farmacológicos de Ca y D, ya que todos los estudios que demuestran reducción de fractura se han realizado mediante la asociación de estas sustancias<sup>1,5,6</sup> o, al menos, mediante la facilitación de la adecuada ingesta de D (única forma de intentar igualar la eficacia a la efectividad).

Nuestro estudio pone de manifiesto que tan sólo el 29,3% de la población seleccionada y diagnosticada de OP realiza correctamente el tratamiento con Ca y D, con una periodicidad adecuada de retirada de las recetas prescritas, y es llamativo que casi la mitad (42% de los casos) no los toma a pesar de la adecuada prescripción facultativa. El Ca puede provenir de la dieta, pero es más difícil subvenir las necesidades de D<sup>6</sup> y, además, la práctica diaria nos induce a pensar que la asociación galénica entre Ca y D dificulta el aporte de ésta por la escasa palatabilidad del primero. En

este sentido, una asociación entre un antirresortivo y estos suplementos puede facilitar el tratamiento correcto. Además, de este trabajo se puede deducir la necesidad de insistir al paciente en la importancia de la ingesta de los suplementos de Ca y D, ya que puede ser tan importante como la del fármaco antirresortivo<sup>6</sup>.

## Bibliografía

- González Macías J, Guañabens Gay N, Gómez Alonso C, Del Río Barquero L, Muñoz Torres M, Delgado M, et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. SEIOMM. Rev Clin Esp. 2008;208:1-24.
- Tang BM, Eslick GD, Nowson C, Smith C, Bensoussan A. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: A meta-analysis. Lancet. 2007;370:657-66.
- Lips P, Hosking D, Lippuner K, Norquist JM, Wehren L, Maalouf G, et al. The prevalence of vitamin D inadequacy amongst women with osteoporosis: An international epidemiological investigation. J Intern Med. 2006;260:245-54.
- Román Cantón E. Vitamina D y calcio, esenciales en la terapia antirresortiva. Diario Médico [serial online] 2008 Abr 15; Endocrinología: 5[acceso 6/5/2009]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2008/04/15/area-cientifica/especialidades/endocrinologia/vitamina-d-y-calcio-esenciales-en-la-terapia-antirresortiva>.
- Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. On behalf of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Osteoporos Int. 2008;19:399-428.
- Blasco Valle M. Preguntas y respuestas sobre osteoporosis. GOpAR. 2.ª edición. Zaragoza: Martgraf; 2006.

José María Ferreras Ameza<sup>a,\*</sup>, Marco Sarrat Torres<sup>b</sup>,  
Elisa Aldea Molina<sup>a</sup>, Víctor Abadía Gallego<sup>a</sup> y  
Mariano Blasco Valle<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Atención Primaria Área III, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

<sup>b</sup>Atención Primaria Área III, Centro de Salud Valdefierro, Zaragoza, España

<sup>c</sup>Atención Primaria Área III, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, Grupo de Osteoporosis de Aragón (GOpAr), España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [chemaferreras@hotmail.com](mailto:chemaferreras@hotmail.com)  
(J.M. Ferreras Ameza).