

phosphonate therapy. Some patients, despite significant differences in terms of BMD, presented similar TBS values. 6 subjects (30%), despite the normal BMD values, suffered atraumatic fractures. Therefore, the quantitative parameter must be integrated with the qualitative one. Moreover major BMI correlated with greater bone fragility and both qualitative and quantitative parameters did not correlate with serum 25OH-VitaminD levels. Vitamin-D alone is not able to prevent OP and reduce fracture risk; it would be important to prevent bone fragility by doing physical activity and abolishing smoking instead. Furthermore, this case-series analysis revealed the poor adherence to anti-absorptive therapy, because OP is a silent disease. As several factors influence risk of fractures, it's important to know validated algorithms for fracture estimation,⁴ but even these one present some weak points. Important risk factors are not considered in the most common algorithms, such as the risk of falls, physical activity, 25OH-D deficiency, and some important laboratory tests are not taken into consideration such as bone remodeling markers. This is important to establish the fracture risk threshold to considered for setting the treatment threshold. Is interesting to note that 10% (2) post-menopausal women had never underwent DEXA before the appearance of fracture. So GP role is essential to screen patients for DEXA, to emphasize the importance of lifestyles, to address bone specialist not only patients with densitometric OP diagnosis, but also those who present risk factors for OP in order to keep them under strict control, to immediately start therapy. GP has to note not only the quantitative BMD value, but the qualitative one too. TBS value, in fact, in combination with BMD, increase the number of patients at risk correctly identified. Moreover GP is the only one who can increase awareness of the importance of therapy adherence, because of his strict relationship with patients.

Financial support

There is not financial support.

Conflicts of interest

There are not conflicts of interest. All authors are responsible for the entire content of the letter.

References

1. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Arch Osteoporos*. 2013;8:136.
2. Martineau P, Silva BC, Leslie WD. Utility of trabecular bone score in the evaluation of osteoporosis. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2017;24:402–10.
3. Hans D, Barthe N, Boutroy S, Pothuau L, Wizenrieth R, Krieg MA. Correlations between trabecular bone score, measured using anteroposterior dual-energy X-ray absorptiometry acquisition, and 3-dimensional parameters of bone microarchitecture: an experimental study on human cadaver vertebrae. *J Clin Densitom*. 2011;14:302–12.
4. Kanis JA, Hans D, Cooper C, et al. Interpretation and use of FRAX in clinical practice. *Osteoporos Int*. 2011;22:2395–411.

Ripalta Colia*, Addolorata Corrado,
Francesco Paolo Cantatore

Rheumatology Clinic, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Foggia, Foggia, Italy

*Corresponding author.

E-mail address: ripaltacoliamail@gmail.com
(R. Colia).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.007>

0212-6567/ © 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Re: *Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco*



Re- *Presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation: Perspectives of health professionals, patients and family in the Basque Country*

Sr Editor:

En relación con el artículo *Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar*, de Tiscar Gonzalez et al.¹, permítannos compartir la experiencia expresada en un artículo con tema similar para México², realizado en 90

pacientes internados y en 90 familiares asistentes, todos mayores de 18 años y con una estancia mayor a 4 horas, elegidos aleatoriamente de la lista de ingresos y que aceptaron informadamente participar, entrevistados en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la seguridad social en la ciudad de Guadalajara, México. Pacientes y familiares en su mayoría mujeres, de escolaridad hasta secundaria, pertenecientes a estratos populares, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado basado en utilizando la técnica de listas libres, encontrándose las similitudes y diferencias que se exponen en la [tabla 1](#).

Lo anterior apunta a la posible existencia de un acuerdo cultural compartido entre nuestras poblaciones de pacientes, familiares y profesionales de la salud ante la práctica poco habitual, compleja y contextualizada de la RCP, argumento que puede ayudar para su aplicación y establecimiento como política sanitaria centrada en el paciente³.

Tabla 1

Concepto	Estudio de Guadalajara	Estudio de Ozakidetza
Acuerdo entre pacientes y familiares	Pacientes y familiares consideran que la familia debería estar con los enfermos justo antes de la muerte	Según los familiares presenciar RCP podría aumentar el sufrimiento
	Los familiares consideran que presenciar la reanimación podría ser traumático para la familia	Según los profesionales presenciar RCP podría ser beneficioso para los familiares, sobre todo si durante el proceso se les explica y apoya
	Los pacientes no rechazan que estén presentes sus familiares en su reanimación, y creen que podría ayudar a sus familiares con el sentimiento de pérdida y tristeza	Los profesionales tienen temor a que los familiares interrumpen las maniobras
	Familiares y pacientes consideran que la población no se encuentra preparada para esta práctica	Los profesionales aumentan su presión en pacientes no reanimables
Actuación profesional	Hay división sobre si los médicos se encuentran preparados para aceptar este tipo de práctica presencial	Socio cultura de la negación de la muerte impide presencia familiar en RCP
		Hay miedo de los profesionales a que la familia malinterprete o considere una mala actuación
Sitio		Se considera que se debe valorar cada situación para decidir El contexto hospitalario de poder médico limita la RCP presencial

Agradecimientos

Al Dr. Juan Francisco García Regalado por su participación en el artículo original.

Bibliografía

1. Tiscar González V, Gastaldo D, Moreno Casbas MT, Peter E, Rodríguez Molinuevo A, Gea Sanchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria*. 2019;51:269–77.
2. García de Alba García JE, García Regalado JF, Salcedo Rocha AL. Reanimación cardiopulmonar en el contexto hospitalario mexicano: un estudio de caso en pacientes y familiares. *Desacatos*. 2010;149–64.
3. Ruiz Moral R, Monge Martin D, García de Leonardo C, Perula de Torres Luis A, Martínez Caballero F. Promocionando la promoción de la salud: percepciones de estudiantes de medicina sobre un

programa educativo para el cambio de conductas en atención primaria. *Aten Primaria*. 2019;51:435–41.

Javier E. García de Alba García^a, Ana L. Salcedo Rocha^{b,*}, Susana de la Rosa Hernández^b y Javier E. García de Alba Verduzco^b

^a *Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud. Centro Médico de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México*

^b *Posgrado Ciencias Sociomédicas, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.garciaal@imss.gob.mx (A.L. Salcedo Rocha).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.008>
0212-6567/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).