



Artículo original

Un análisis de las actitudes y conocimientos sobre osteoporosis entre los médicos de primer contacto en León, Gto.

Jorge Morales-Torres,* Cuauhtémoc Hernández Ochoa,** José Antonio Álvarez Cisneros***

* Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. Jefe de la Clínica de Osteoporosis. Hospital Aranda de la Parra, León, Gto. México.

** Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. Reumatólogo, Hospital de Especialidades 1, CMN León, IMSS León, Gto, México.

*** Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Correspondencia:
Dr. Jorge Morales Torres
Hospital Aranda de la Parra
Hidalgo 327-704
León, 37000, Gto.
Teléfono y Fax 014-714-5559
Correo electrónico:
jmorales@infonet.com.mx

Fecha de recepción: Mayo-2000
Fecha de aceptación: Junio-2000.

Resumen

La osteoporosis (OP) y sus consecuencias están aumentando en frecuencia e importancia. La prevención de fracturas sólo es posible si se detecta y se trata a los sujetos de alto riesgo. La oportunidad de dicha detección depende en gran medida de los médicos de primer contacto (MPC). Se ignora la actitud y el grado de conocimiento de dichos médicos en nuestro medio.

Objetivo: Conocer la actitud y grado de conocimientos sobre OP entre los MPC.

Material y métodos: Se elaboró un cuestionario para evaluar actitudes y grado de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de OP basándose en preguntas cerradas.

Se administró en forma autoaplicada, manteniendo el anonimato, a MPG profesionalmente activos, que consintieron en participar. Se definió el tamaño de la muestra en 151 MPC, con un índice de confiabilidad de 95%.

Resultados: Se programaron 310 encuestas y 302 MPC (196 hombres y 106 mujeres, con edad media de 37.1 ± 9.66 años) aceptaron participar. Los MPC tenían un tiempo promedio de egreso de la Facultad de Medicina de 12.67 ± 8.5 años. Eran egresados de la Universidad de Guanajuato el 35%, y de otras instituciones (UNAM 22%, UAG 11%, UMSNH 10% y otras). De ellos, el 89.7% considera a la OP un "importante" problema de salud. Todos los MPC sospechan OP ante la presencia de factores de riesgo como la menopausia y la edad avanzada. También consideran que la obesidad (26.5%) y las artralgias (42.3%) son factores de riesgo para la OP. Las radiografías simples son la base del diagnóstico para el 73.5% y sólo 29.8% de los MPC mencionaron la osteodensitometría como la base del diagnóstico. El tratamiento se basa en el calcio en 73.5% y los estrógenos se mencionaron como la base del tratamiento por 36.1%. La respuesta terapéutica se evalúa por la mejoría de los síntomas en el 56.3% y por osteodensitometría en 29.1%. No se encontraron diferencias en las respuestas en relación con la edad, género o tiempo de práctica profesional de los MPC.

Conclusiones: Este estudio revela una gran frecuencia de conceptos incorrectos sobre diagnóstico y tratamiento de la OP entre los MPC e identifica algunas metas específicas para orientar programas de educación médica continua.

Palabras clave: Osteoporosis, encuesta, diagnóstico.

Revista de Endocrinología y Nutrición 2000; 8(2) Abril-Junio.62-66

Abstract

Osteoporosis (OP) and its consequences are increasing in both frequency and importance. Fracture prevention is possible only if high risk persons are identified and treated. The opportunity of both, detection and treatment depend largely of the actions taken by Primary Care Physicians (PCP). Their attitudes and knowledge on OP are poorly known in our environment.

Objective: To know the attitudes about and the degree of knowledge on OP among PCP.

Material and methods: We designed a questionnaire to evaluate the attitudes about and the degree of knowledge on OP based in closed questions. It was applied to accepting, professionally active PCP in a self-administered fashion, preserving anonymity. Sample size was defined with a 95% confidence, in 151 PCP.

Results: Three hundred and ten interviews were programmed and 302 PCP (196 men and 106 women, with mean age of 37.1 ± 9.66 years) accepted to participate. They had a mean time since

leaving the school of medicine of 12.67 ± 8.5 years and 35% of them studied in the University of Guanajuato and other institutions (UNAM 22%, UAG 11%, UMSNH 10% and others). OP is considered an "important health problem" by 89.7%. All of the PCP suspect OP before certain risk factors as menopause and mostly do so about advanced age. They also consider obesity (26.5%) and arthralgia (42.3%) to be indicators of OP. Simple X-ray studies are considered the base of the diagnosis of OP by 73.5% and only 29.8% mentioned osteodensitometry among their diagnostic tools. Calcium is the main therapeutic agent (73.5%) and estrogen replacement therapy is considered important by 36.1%. The response to therapy is evaluated by an improvement in symptoms (56.3%) and osteodensitometry (29.1%). There were no differences in the type of answers related to age, gender or years since leaving school of medicine.

Conclusions: This study reveals a high frequency of incorrect assumptions on diagnosis and treatment of OP among PCP and identifies some specific goals to address in continuous medical education programs.

Key words: Osteoporosis, questionnaire, diagnosis.

Revista de Endocrinología y Nutrición 2000; 8(2) Abril-Junio.62-66

Los países en desarrollo, entre los que se encuentra México, experimentan una transición demográfica en la que la disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad asociada con causas infecciosas agudas se asocian a una mayor esperanza de vida. Debido a ésta, el número y proporción de personas que alcanzan edades avanzadas está creciendo. No es de extrañar pues, que el panorama epidemiológico esté modificándose, con una mayor carga dependiente de las enfermedades crónico-degenerativas, que se presentan en una proporción creciente de la población de mayor edad. Ante este panorama, los sistemas de salud han debido adaptarse en forma acelerada a un entorno de salud caracterizado por abundantes problemas "agudos", de índole no sólo infecciosa, sino también a los problemas traumáticos (derivados de una industrialización y "maquinización" crecientes) y a una legión de problemas crónico-degenerativos que demandan cada vez más recursos asistenciales.¹

El médico ha debido adaptar sus actitudes, conocimientos y habilidades al crecimiento desmesurado de la información disponible en muy diversas áreas de la medicina. Es difícil estar al día en los avances en epidemiología, terapéutica y en los adelantos tecnológicos en un campo tan vasto. Y sin embargo, es el médico de primer contacto (MPC), usualmente un médico general o un médico familiar, quien ha de enfrentarse con los procesos de prevención, detección temprana, tratamiento inicial y referencia oportuna en problemas tan diversos como la hipertensión arterial sistémica y la osteoporosis (OP) entre una miríada de problemas de salud.

El interés en esta última es relativamente nuevo, pues había sido poco estudiada y considerada un problema de poca monta en una nación formada principalmente por jóvenes. Ahora sabemos que el número de fracturas de cadera - indicador inequívoco del impacto de la OP - va en aumento en México,² donde un 20% de las mujeres de 50 y más años tienen OP detectada por osteodensitometría³ y donde los censos y sus proyecciones reve-

lan un crecimiento notable de la población susceptible. No se trata pues, de un problema menor.

Ante este panorama nos preguntamos ¿están los MPC preparados para combatir a la OP y evitar sus consecuencias? Para responder esta pregunta, llevamos a cabo este estudio con objeto de evaluar las actitudes y conocimientos que sobre la OP tienen los MPC en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un cuestionario basado en preguntas cerradas de opción múltiple, para explorar diversos aspectos sobre:

- Información de carácter demográfico de los MPC.
- Información sobre la institución y tiempo en que estudiaron.
- Frecuencia con la que atienden OP en la consulta diaria.
- Factores que los mueven a sospechar OP en un paciente.
- Métodos diagnósticos para confirmar o descartar la OP.
- Tratamientos empleados contra la OP.
- Forma de evaluar la eficacia del tratamiento instituido.
- Modo de evaluar el apego al tratamiento indicado.

Dicho cuestionario fue presentado a 3 MPC para obtener una opinión sobre la claridad de las preguntas. Ellos lo consideraron claro y sencillo.

Se definió el tamaño de muestra con el programa Epistat, aceptando una frecuencia de conocimientos de 50% y una dispersión de 10%; con un índice de confiabilidad de 95% y un error máximo permitido de 0.05, en 151 MPC.

Se obtuvo del Colegio de Médicos de Práctica General, AC, una lista de los MPC de la ciudad de León, Gto. De ellos, se seleccionaron al azar 310 que estuvieran profesionalmente activos en práctica institucional y/o práctica privada de la medicina. Se les invitó a participar en forma voluntaria y se les indicó que respondieran al cuestionario en el mismo día y lo hicieran en forma anónima.

Se mantuvo la confidencialidad respecto a la identidad de quienes respondieron.

Se utilizaron medidas de estadística descriptiva básica y medidas de dispersión para el análisis de los hallazgos. Se utilizó la prueba de χ^2 cuadrada para analizar las diferencias entre géneros y en tiempo de egreso de la Facultad de Medicina (dividiéndolos en quinquenios), con respecto a la mención de métodos de estudio y tratamiento.

RESULTADOS

Se programaron entrevistas con 310 MPC. De ellos, 302 (196 hombres y 106 mujeres) aceptaron participar (porcentaje de aceptación de 97.4). Las características de ellos se detallan en el cuadro I. Destacamos la edad media (37.13 ± 9.66 años). El rango de edades se encontró entre 25 y 58 años, pero la mayoría de los participantes se encontraban entre los 36 y los 40 años. El tiempo promedio de egreso de la Facultad de Medicina fue de 12.67 ± 8.50 años. Las instituciones donde estudiaron la carrera de medicina fueron la Universidad de Guanajuato (35%); Universidad Nacional Autónoma de México (22%); Universidad Autónoma de Guadalajara (11%); Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (10%) y otras (22%).

Todos ellos se encontraban profesionalmente activos y 259 (85.7%) desarrollaban su actividad profesional tanto en una institución de salud como en la práctica privada de la medicina. El resto se limitaban a esta última.

Manifestaron atender pacientes con OP (al menos 2 veces al mes) 263 (87%) de ellos. A la pregunta específica, 271 (89.73%) respondieron que consideraban a la OP un "importante problema de salud". Veintiséis MPC (8.60%) la consideran "de poca importancia" y 5 de ellos (1.65%) no consideran que la OP sea un problema de salud de importancia.

Todos los MPC participantes (100%) manifestaron sospechar la presencia de OP ante la presencia de determinados factores de riesgo. El cuadro II describe la frecuencia con que los MPC atribuyen importancia a determinados factores de riesgo específicos para OP. La frecuencia con que se solicitan diversos métodos de estudio para confirmar la existencia de OP se encuentra en el cuadro III. El estudio más solicitado consiste en radiografías simples (de huesos largos 30.79%, columna y cadera 28.14%, antebrazo 2.74% y no especificaron el sitio el 38.43%).

El cuadro IV muestra la frecuencia con que se utilizan los diversos recursos terapéuticos. El calcio es la base del tratamiento de la OP para el 73.5% de los MPC entrevistados. Un 36.4% de ellos manifestaron recurrir a estrógenos, con o sin progestágenos y con mucho menos menciones, algunos manifestaron utilizar calcitonina, vitamina D y alendronato. No se encontraron diferencias

Cuadro I. Características de los médicos participantes.

Género	N	%	Edad media (años)	Tiempo egreso Facultad (años)
Masculino	196	64.9	38.1	12.9
Femenino	106	35.1	34.9	10.5
Total	302	100	37.1	11.8

Cuadro II. Frecuencia con que se investigan los factores de riesgo.

Factor de riesgo	Número	%
Artralgias	128	42.7
Edad avanzada	243	80.4
Menopausia	283	93.7
Tabaquismo	89	29.4
Obesidad	79	26.1
Vida sedentaria	165	54.6
Corticoterapia	167	55.2
Padecimientos endocrinos	152	50.3
Abuso de alcohol	31	10.2
Herencia	62	20.5

Cuadro III. Frecuencia de utilización de estudios para el diagnóstico de OP.

Estudio	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	P
Radiografías	145 (73.9)	77 (72.6)	NS.
Ca y P séricos	92 (46.9)	52 (49)	NS.
Osteodensitometría	58 (29.5)	32 (30.2)	NS.
TAC cuantitativa	19 (9.7)	8 (7.5)	N.S.
Ultrasonido	9 (4.6)	3 (2.8)	NS.

entre los patrones diagnósticos o terapéuticos relacionados con el género ni con el tiempo de egreso de la Universidad de los MPC entrevistados. La figura 1 muestra como se distribuye la utilización de criterios para definir la eficacia del tratamiento indicado y el cuadro V presenta el tiempo que los MPC consideran que debía durar el tratamiento contra la OP.

DISCUSIÓN

El Colegio de Médicos de Práctica General de León, agrupa a una buena parte de los médicos generales y médicos familiares que se desempeñan profesionalmente

Cuadro IV. Frecuencia de prescripción de tratamientos contra la OP.

Recurso terapéutico	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	P
Calcio	138 (70.4)	82 (77.3)	N.S.
Estrógenos	49 (25)	35 (33.1)	N.S.
Vitamina D	23 (11.7)	21 (19.8)	N.S.
Calcitonina	5 (2.5)	6 (5.6)	N.S.
Alendronato	3 (1.5)	4 (3.7)	N.S.

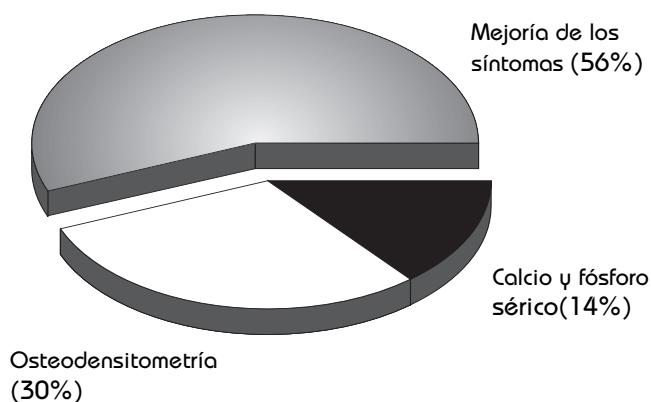


Figura 1. Métodos usados por los MPC para evaluar la respuesta al tratamiento de la OP.

en León. Dicha organización, aunque relativamente joven, se ha caracterizado por una intensa actividad académica y sus agremiados participan entusiastamente en numerosos eventos de Educación Médica Continua, especialmente del tipo de cursos, simposios y conferencias, movidos por el interés en la superación y en la obtención de créditos para los procesos de re-certificación. El presente trabajo muestra la existencia de numerosos conceptos poco claros o francamente erróneos entre los MPC, con respecto al diagnóstico y tratamiento de la AOP.

La mayoría de los que aceptaron participar considera que esta enfermedad constituye un problema de salud de considerable importancia y también la mayoría de ellos atienden pacientes con OP.

Todos los médicos participantes respondieron afirmativamente a la pregunta relativa a la búsqueda de algún factor de riesgo en el diagnóstico de OP. Aquí destaca la atención a la menopausia como factor más investigado, seguida de la edad avanzada, pero también la frecuencia de búsqueda de factores que no se reconocen capaces de predecir la OP como las artralgias o la obesidad.

Destaca el hecho de que la mayoría basan ese diagnóstico en las radiografías simples, que sólo pueden diagnosticar casos relativamente avanzados, en particular cuando

Cuadro V. Duración del tratamiento de OP de acuerdo a los MPC.

Duración del tratamiento	N	%
Hasta 3 meses	23	7.6
De 3 a 6 meses	63	20.8
De 6 a 12 meses	108	35.8
Más de 12 meses	108	35.8
Total	302	100

ya existen fracturas. Además, un alto porcentaje de los MPC da considerable atención a la medición del calcio y fósforo séricos, exámenes que raramente se alteran en la mayoría de los pacientes con OP. Menos de la tercera parte mencionaron a la osteodensitometría como herramienta que utilizan en el diagnóstico. También llama la atención la mención de la tomografía axial computarizada cuantitativa y el ultrasonido, técnicas que no se encuentran disponibles en la ciudad en la que practica su profesión.

Se ha reconocido en Canadá, que la posibilidad de que una mujer posmenopáusica de edad avanzada tiene un 50% de oportunidades de que se le indique una osteodensitometría o terapia con estrógenos cuando consulta a un MPC o un ginecólogo. Esta decisión depende grandemente de las percepciones y creencias del médico que la atienda.⁴ Un estudio de expedientes clínicos de Estados Unidos, reveló que en un grupo de mujeres (73% posmenopáusicas y 65% sin historia de terapia estrogénica) sólo 10% fueron sometidas a una investigación de factores de riesgo para OP y sólo 19% recibieron algún tipo de indicación con respecto a ella.⁵ Otros estudios han demostrado considerable variación en las prácticas diagnósticas y terapéuticas entre los MPC e incluso diversos especialistas.⁶

Con respecto a la osteodensitometría, disponible en León desde 1991 (6 años antes de realizada esta encuesta), sigue siendo escasamente utilizada por los MPC a pesar de utilizar reportes explicativos con orientación clínica que reducen la posible confusión relacionada con los formatos generados por el propio aparato.⁷

La terapia estrogénica de reemplazo, mencionada por poco más de la tercera parte de los MPC de este estudio, también es subutilizada en Estados Unidos, Canadá y Europa, donde la noción de prescribirla a mujeres elegibles varía del 25 al 78% entre los MPC.⁸⁻¹³

Muchos de estos estudios han revelado resistencia a la prescripción de estrógenos por conceptos erróneos sobre riesgos cardiovasculares o de cáncer.

También deben mencionarse los conceptos sobre seguimiento o vigilancia del tratamiento de la OP por parte de los MPC. La mayoría opta por una vigilancia de los

síntomas, lo que puede ser inadecuado en una enfermedad que es usualmente silenciosa o puede implicar que están viendo casos muy avanzados, con fracturas sintomáticas. Sólo una minoría confía en la osteodensitometría para evaluar la eficacia de una intervención terapéutica y un alto porcentaje de ellos considera que el tratamiento debe ser por períodos cortos.

Debe insistirse en que la participación de los MPC reviste la mayor importancia en el combate a la OP y sus consecuencias. La prevención, detección temprana y tratamiento inicial dependen en gran medida de su participación.¹⁴ Las actividades tendientes a detectar la OP entre las mujeres de edad avanzada abren oportunidades de detección de otras condiciones médicas que pueden influir en la esperanza y en la calidad de vida de este creciente grupo de la población.¹⁵ La Organización Mundial de la Salud, en conjunto con la International Osteoporosis Foundation y otras organizaciones internacionales han propuesto guías para el diagnóstico y el tratamiento de este problema.¹⁶ Probablemente deban diseñarse nuevos enfoques¹⁷ para mejorar la Educación Médica Continua de los MPC y mejorar sus oportunidades en el combate a la OP, que se considera adquirirá proporciones epidémicas en los años por venir.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Camaño A, Pérez Balmes J, Nieto Sánchez CM, Vázquez Contreras A, Gaytán Flores E. Importancia de las enfermedades crónico-degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. *Salud Pública Méx* 1986; 28: 3-13.
2. Morales Torres J, Hernández Morales G, Hernández Ochoa C, Hernández Paz R. Fracturas de cadera en egresos de hospitales de León, Guanajuato (Méjico). Un indicador económico de osteoporosis. *Rev Méx Reumat* 1997; 12: 119-124.
3. Delezé M, Cons-Molina F, Villa AR, Morales-Torres J, González-González G, Calva JJ, Murillo A, Briceño A, Orozco J, Morales-Franco G, Peña-Ríos H, Guerrero-Yeo G, Aguirre E, Elizondo J. *Osteoporos Int.* 2000, Accepted for publication.
4. Suarez-Almazor M, Homik JE, Messina D, Davis P. Attitudes and beliefs of family physicians and gynecologists in relation to the prevention and treatment of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1997; 12: 1100-7.
5. Bourguet CC, Hamrick GA, Gilchrist VJ. The prevalence of osteoporosis risk factors and physician intervention. *J Fam Pract* 1991; 32: 65-71.
6. Saadi H, Litaker D, Mills W, Kippes C, Richmond B, Licata A. Practice variation in the diagnosis and treatment of osteoporosis: a case for more effective physician education in primary care. *J Womens Health Gend Based Med* 1999; 8: 767-71.
7. Stock JL, Waud CE, Coderre JA et al. Clinical reporting to primary care physicians leads to increased use and understanding of bone densitometry and affects the management of osteoporosis. A randomized trial. *Ann Intern Med* 1998; 128: 996-9.
8. Fallon U, Kelleher C. Hormone replacement therapy: a survey of Irish general practitioners. *Ir Med J* 2000, 93: 10-14.
9. Wilkes HC, Meade TW. Hormone replacement therapy in general practice: A survey of doctors in the MRC's general practice research framework. *BMJ* 1991; 302: 1317-20.
10. Bryce FC, Lilford RJ. General practitioners use of hormone-replacement therapy in Yorkshire. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 37: 55-61.
11. Stafford RS, Saglam D, Causino N, Blumenthal D. Low rates of hormone replacement in visits to United States primary care physicians. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 381-7.
12. Norman SG, Studd JW. A survey of views on hormone replacement therapy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 879-87.
13. Hunskar S, Hannestad YS, Backe B, Matheson I. Attitudes of Norwegian general practitioners to prescription of estrogens 1990-92. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114: 2095-8.
14. Miller P, Lukert B, Broy S et al. Management of postmenopausal osteoporosis for primary care. *Menopause* 1998; 5: 123-31.
15. Mouton CP, Espino DV. Health screening in older women. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1835-42.
16. Genant HK, Cooper C, Poor G et al. Interim report and recommendations of the World Health Organization Task Force for Osteoporosis. *Osteoporos Int* 1999; 10: 264-269
17. Davis P, Andrews E, Donen N et al. Case studies in osteoporosis: a problem based learning intervention for family physicians. *J Rheumatol* 1999; 26: 2418-22.