COMUNICACIONES A CONGRESOS

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE SALAMANCA.
UTILIDAD DE LA HERRAMIENTA FRAX

P.MORENO , JA MADERUELO, MC HERNÁNDEZ GARCÍA, ML MORO, M LOPEZ GARCÍA, MJ MARTIN VASALLO, AI FUNCIA,
en representación del grupo GROSAL

OBJETIVOS: 1.- Conocer la prevalencia de los factores de riesgo de fractura osteoporótica incluidos en la herramienta FRAX en la población femenina de Salamanca mayor de 50 años, 2.Calcular el riesgo absoluto de fractura a 10 años en esta misma población

METODOLOGÍA: **Diseño**: Estudio observacional, transversal, multicéntrico multidisciplinar. **Ambito**: Atención Primaria (EAP) de Salamanca. Sujetos: mujeres mayores de 50 años que acudan a las consultas de medicina de familia.

Mediciones: 1.Variables incluidas en el Cuestionario FRAX 2.Cálculo de Riesgo de fractura OP mayor y de fractura de cadera utilizando la hoja de cálculo: http://www.shef.ac.uk/FRAX/

Análisis de resultados: Prevalencia factores de riesgo de fractura osteoporótica. Cálculo del riesgo medio de fractura y su IC 95%. El grado de significación estadística que se asumirá es del 0,05 y el análisis SE realizará en el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Cuestiones éticas. Proyecto aprobado por Comité Ético de Investigación del área de Salamanca.

RESULTADOS: Se han recogido 1105 cuestionarios.19 EAP. Edad media: 66,07 años. Mediana 65;Rango edades:50-89 años: 29,1%; 60-69 años:33,1%;70-79 años:27,5%; 80-89 años:1,3%. 60,8% mujeres rurales;39,2% urbana

Prevalencia Factores de Riesgo Frax: IMC:Media 28,07;presencia de fractura previa: 18,1%;Fractura de cadera padres:11,2%; consumo de tabaco:8,5%; tratamiento Glucocorticoides:3,6%;Artritis reumatoidea: 2,1%;Osteoporosis secundaria: 6,5%; Consumo alcohol: 0,5%.No se ha incluido cálculo con DMO.

Riesgo medio de fractura osteoporótica mayor:6,76% (IC 6,4-7,1);Riesgo medio de fractura de cadera:2,66 (IC 2,4-2,9).

Porcentaje de población por debajo puntos de riesgo:

Riesgo de Fractura OP mayor:Corte de riesgo > 7,5%: 31,8%; Corte de riesgo > 10%: 22,4%;Corte de riesgo > 15%: 10,6%;Corte de riesgo > 20%: 4,4%

Riesgo de Fractura de cabeza fémur: Porcentaje > 3%: 28,8%

CONCLUSIONES:1.La muestra estudiada es representativa de la población femenina de Salamanca y permite realizar una estimación del riesgo de fractura de la misma.2.La herramienta FRAX constituye instrumento útil para la práctica diaria siempre que las consultas estén conectadas a la red.3.El seguimiento de la cohorte estudiada aportará información relevante para determinar la efectividad de esta herramienta en el abordaje de la OP.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE SALAMANCA. FACTORES DE RIESGO NO INCLUIDOS EN LA HERRAMIENTA FRAX

Sara Cascón Pérez-Teijón, Luz M Martínez Martínez, Paz Muriel, Crisantos Hernández Tio, Santiago Andres Sánchez, Radwan Abou Absaly y Javier del Pino
En representación del grupo GROSAL

El cálculo del riesgo absoluto de fractura con la herramienta FRAX se realiza con una serie de factores de riesgo clínico que no incluyen algunos conocidos factores de riesgo clínico como las caídas frecuentes o la dificultad para levantarse de una silla sin la ayuda de los brazos. El objetivo de este trabajo es valorar la relación entre los antecedentes de caídas y el riego calculado por FRAX.
METODOLOGÍA: **Diseño**: Estudio observacional, transversal, multicéntrico multidisciplinar. **Ambito**: Atención Primaria (EAP) de Salamanca. Sujetos: mujeres mayores de 50 años que acudan a las consultas de medicina de familia.
Mediciones: 1.Variables incluidas en el Cuestionario FRAX 2.Cálculo de Riesgo de fractura OP mayor y de fractura de cadera utilizando la hoja de cálculo: http://www.shef.ac.uk/FRAX/
2. Antecedentes de caídas en el último año.
Análisis de resultados: Prevalencia factores de riesgo de fractura osteoporótica. Cálculo del riesgo medio de fractura y su IC 95%. El grado de significación estadística que se asumirá es del 0,05 y el análisis SE realizará en el paquete estadístico SPSS versión 15.0.
Cuestiones éticas. Proyecto aprobado por Comité Ético de Investigación del área de Salamanca.
RESULTADOS: Se han recogido 1105 cuestionarios.19 EAP. Edad media: 66,07 años. Mediana 65; Rango edades:50-89 años: 29,1%; 60-69 años:33,1%;70-79 años:27,5%; 80-89 años:1,3%. 60,8% mujeres rurales; 39,2% urbanas.
Prevalencia Factores de Riesgo Clínicos no incluidos en Frax: Dificultad para levantarse de la silla: 12,9%, caídas: 24 % (265 pacientes).
Las caídas fueron más frecuentes en pacientes de más edad (68,7 años) en relación con los pacientes sin caídas (65,25 años).
El antecedente de caída se asoció a un mayor riesgo de fractura calculado por FRAX tanto para fractura de cadera como para fractura osteoporótica mayor. El porcentaje de pacientes con un riesgo de fractura de cadera superior al 3% fue de 37,4% de los pacientes con caídas frente al 26,1% de los que no sufrían caídas. El porcentaje también fue superior para los pacientes con riesgo de fractura mayor superior al 7,5%, 10%, 15% y 20%. Entre los pacientes con un riesgo de fractura mayor superior al 10% fue de 31,3% de los pacientes con caídas frente al 19,6% de los que no sufrían caídas.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El antecedente de caídas en las mujeres mayores de 50 años incluidas en nuestra muestra se asocia a un mayor riesgo de fractura de cadera y osteoporótica mayor según la herramienta FRAX. También se asocian a una mayor edad. Si el aumento del riesgo de fractura está vinculado al aumento de la edad debe ser analizado en futuros estudios.