

Jesús García Ruiz-Rozas*, M. Elena Orenga Lozano e
Pepa Mayol Jiménez
Medicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria,
Centro de Salud de La Vall d'Uixo, La Vall d'Uixo,
Castellón, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ruiz-rozas@hotmail.com
(J. García Ruiz-Rozas).

doi:10.1016/j.aprim.2010.08.004

Hábito tabáquico en embarazadas en el distrito Jerez Costa Noroeste

Smoking during pregnancy in the Jerez Costa Noroeste health district

Sr. Director:

En nuestro país, el uso de tabaco sigue siendo superior entre los varones, aunque se detecta una tendencia al aumento del consumo entre las mujeres. La situación descrita se vuelve más preocupante si tenemos en cuenta que la prevalencia del tabaquismo en las mujeres es especialmente más elevada en el grupo de las más jóvenes y, en especial, en aquellas que se encuentran en edad reproductiva¹.

El consumo de cigarrillos durante el embarazo se reconoce en la actualidad como un factor de riesgo para el curso de la gestación, el parto y para el recién nacido. Se trata de un colectivo que creemos especialmente sensibilizado ante el problema y que decide dejar de fumar espontáneamente en muchas ocasiones en beneficio de la salud de sus descendientes. Sin embargo, los estudios realizados sobre la prevalencia del tabaquismo en embarazadas han recibido una inadecuada atención hasta fechas recientes en que se considera una población especialmente vulnerable y un problema de salud importante². En España, los estudios que abordan este tema han sido escasos y previos a la Ley antitabaco de 28/2005³.

Así pues, nos planteamos como objetivo conocer el porcentaje de gestantes fumadoras entre las mujeres controladas en nuestros centros de salud como paso previo a una ulterior actuación en esta población. Según la Unidad de Epidemiología y Programas del Distrito la población atendida es de 309.995 habitantes en los 14 centros de salud adscritos. Desde enero a junio de 2009 se entrevistaron a 2.060 mujeres captadas en el primer trimestre de gestación, siendo 1.739 las encuestas en las que tuvimos respuestas del hábito tabáquico. La edad media fue de 31 ± 5 años y eran fumado-

ras habituales en el momento de la entrevista 332 gestantes (*pregnant smokers*; 19,1%) con una media de consumo de 6,7 cigarrillos. La pareja consumía tabaco en un 36,6% de los casos. En 4 centros se recogió la información sobre hábito tabáquico previo al embarazo y afirmaron fumar el 33,6% de esta muestra (n = 733). Dentro de este grupo 122 mujeres dejaron de fumar al conocer su estado (*spontaneous quitters*; 49,6% del total, fig. 1).

Si comparamos nuestros resultados con los datos previos de prevalencia de tabaquismo en este sector de la población, Pichini y Aranda hablan de prevalencias entre el 18 y el 29% en sus estudios. Dos trabajos publicados recientemente que abordan este problema en Barcelona^{4,5}, con datos previos a la Ley 28/2005, indican que el porcentaje de fumadoras, aunque ha descendido con respecto a los últimos años del siglo XX, presenta un porcentaje invariable, alrededor del 23% de mujeres que permanecen con su consumo. En este sentido parece que la Ley antitabaco no ha mostrado un efecto disuasorio en este colectivo comparando nuestros datos con los de estudios recientes comentados incluido el de Aranda et al⁶ realizado en nuestra comunidad. Esto puede indicar la necesidad de que las administraciones empiecen a desarrollar políticas dirigidas a contrarrestar los efectos del marketing de la industria tabacalera en el sexo femenino.

En resumen, tenemos que intensificar las medidas para conseguir el abandono de tabaco en nuestras gestantes, cuya prevalencia parece haberse estancado en los últimos años. Dentro de nuestro ámbito de actuación, las consultas de planificación familiar y prenatales nos permiten un adecuado acercamiento al problema. La gestante se encuentra especialmente sensibilizada frente al problema y la necesidad de proteger a su feto, por lo que es difícil que no acceda a algo tan beneficioso para su hijo como es el abandono del tabaco.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: <http://www.msc.es>.
2. Junta de Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c.1.c.6.planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf.
3. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE n.º 239, martes 27 de diciembre de 2005, p. 42241-50.
4. Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E, Grupo Periférico del ECEMC. Tobacco smoking during pregnancy in Spain: an analysis according to years, autonomous communities and maternal characteristics. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:86-92.

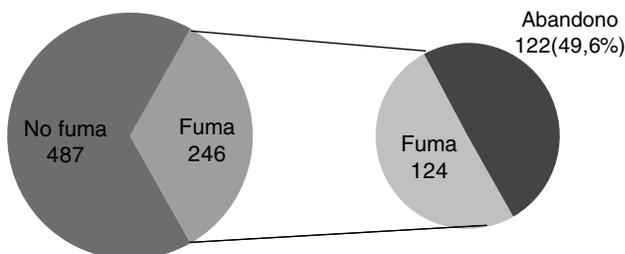


Figura 1 Gestantes confiesan haber abandonado el hábito de fumar al conocer que están embarazadas (*spontaneous quitters*).

5. Villalbí JR, Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz MC, Borrell C. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21:441–7.
6. Aranda Regules JM, Mateos Vilchez P, González Villalba P, González Villalba A, Sánchez F, Luna del Castillo JD. Validez de distinta medidas de consumo de tabaco durante el embarazo: especificidad, sensibilidad y puntos de corte dónde y cuándo. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82:535–45.

Josefa Rojas Villegas^{a,*}, José Gregorio Soto Campos^b, Pascasio Peña González^a e Maribel Martín Rubio^a

^a *Distrito Jerez Costa Noroeste, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

^b *Sección de Neumología, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josefa.rojas.exts@juntadeandalucia.es (J. Rojas Villegas).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.008

Valoración subjetiva de los factores de riesgo de osteoporosis frente a su registro objetivo mediante la herramienta FRAX. Avance del estudio VALSUFRAx

Assessment of subjective risk factors for osteoporosis in front of objective registration by FRAX tool. VALSUFRAx study preview

Sr. Director:

Este estudio surge con el objetivo de valorar la solicitud de la petición de DEXA (*dual energy x-ray absorciometry*) de acuerdo con los factores de riesgo subjetivos frente a la utilización de la herramienta FRAX[®]. El objetivo secundario fue evaluar el conocimiento que las pacientes tienen sobre la osteoporosis.

Con esta finalidad se elaboró un estudio observacional, multicéntrico, mediante cuestionario con preguntas cerradas al profesional médico y al paciente.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres > 65 años que acudieron a 10 centros de Ssalud de Aragón por cualquier motivo.

A las pacientes se les entregó un consentimiento informado que debieron firmar, bien entendido que no iban a ser sometidas a tratamiento farmacológico inusual y que sus datos serían conservados con la debida diligencia (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre). El estudio se adhiere a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Por una parte, las pacientes rellenaban una encuesta con 11 preguntas cerradas y 4 opciones de respuesta única.

Paralelamente el médico recogió otro apartado haciendo constar los siguientes puntos: tratamiento antirresortivo, resultado del test de FRAX[®] y factores de riesgo para osteoporosis.

Se creó una base de datos Excel (2007) y los cálculos estadísticos se realizaron con el programa PASW Statistics18. Test de chi cuadrada para comparar dos proporciones y t de Student para las medias.

El tamaño muestral fue 206. La edad media (años) fue 73,43 ± 6,50 (IC del 95%, 74,31-72,54).

La herramienta FRAX[®] obtiene en el 81% de los casos valores superiores a 10 que sugiere solicitar DEXA. Si se realiza una valoración subjetiva de factores de riesgo, en el 42% de los casos tienen al menos un factor de riesgo que indicarían solicitar DEXA, $p < 0,0001$.

Las pacientes tratadas tienen mayor número de factores de riesgo media ± desviación estándar 0,98 ± 0,98 (IC del 95%, 0,79-1,16) frente a las no tratadas 0,48 ± 0,72 (IC del 95%, 0,39-0,57); $p < 0,0001$.

El riesgo de fractura mayor calculado fue superior en pacientes tratadas 12,01 ± 6,99 (IC del 95%, 10,77-13,35) frente a no tratadas 4,40 ± 3,5 (IC del 95%, 3,73-5,07); $p < 0,0001$.

La tabla 1 muestra el resultado de las respuestas obtenidas en la encuesta autoadministrada a las pacientes.

Recientemente se ha publicado la herramienta FRAX[®] 1 como útil para el cálculo de fractura a los 10 años. El riesgo obtenido con esta herramienta justifica la petición de DEXA o el tratamiento^{2,3}.

Nuestro estudio refleja que el riesgo de fractura en las pacientes tratadas es muy superior frente a las no tratadas. Debido, como se apunta en otros estudios⁴, al mayor número de factores de riesgo.

Sin embargo, la identificación de casos indicativos de intervención clínica ya sea farmacológica directamente o diagnóstica, a través de la herramienta FRAX[®], es estadísticamente significativa en comparación con la percepción aislada de los factores de riesgo que presenta la paciente. Esto se traduce en que identifica grupo de población con osteopenia u osteoporosis, con riesgo de fractura mayor del 10% de forma más fácil frente a otros modelos, y que de otra manera podría pasar desapercibido en las consultas de atención primaria⁵.

En el otro apartado del estudio, con relación a la encuesta a las pacientes, la mayoría responde correctamente a la definición de osteoporosis. Solo identifican como factores de riesgo los antecedentes familiares de fractura de cadera o menopausia precoz. Sin embargo, el bajo peso, el tabaco o el alcohol no son bien identificados.

Del mismo modo, la mitad de las pacientes reflejan que la osteoporosis se nota cuando se tiene y es la principal causa de dolores en las mujeres de mayor edad. En el caso de las pacientes que no se encuentran en tratamiento, un 78% identifican que sí pueden presentarla o que no se lo habían planteado, y sólo un 12% dice haber sido ya estudiado.

Estos resultados no reflejan sino una insuficiente educación sanitaria⁶. Con el fin de mejorar este aspecto así como advertir acerca de la prevención de posibles caídas, nuestro centro de salud tiene en marcha un proyecto para realizar charlas sobre osteoporosis dirigidas a la población general.