

INFORMES DE SALUD

**ESTUDIO CUALITATIVO
PARA LA ELABORACIÓN
DEL II PLAN DE PREVENCIÓN
Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS
EN LA COMUNITAT VALENCIANA**

N.º 114



**GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT**

ESTUDIO CUALITATIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL II PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Coordinación

Joan Quiles Izquierdo

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

José Joaquín Mira Solves

Calité Investigación. Universitat Miguel Hernández de Elx.

Ana Fullana Montoro

Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

Equipo de Investigación

Calité Investigación. Universitat Miguel Hernández de Elx.

Mercedes Guilabert Mora

Virtudes Pérez Jover

Lidia Ortiz Henarejos

Queremos agradecer la participación activa en este estudio a las sociedades científicas: Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas (FHOEMO), Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista de la Comunidad Valenciana (SEMERGEN), Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFyC), Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación (SVMEFR), Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana (SOGCV), Sociedad Valenciana de Geriátría y Gerontología (SVGG).

Así como también a las asociaciones ciudadanas y de pacientes: Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia (AECO); Asociación Amas de Casa y Consumidores Tyrius; Asociación de Mujeres C. S. Marco Merenciano; Asociación de Mujeres "Interdona"; Asociación de Mujeres Activas de Trinitat; Asociación Mujer Ahora-Centro de Salud de San Marcelino; Asociación Mujer y Calidad de Vida de Godella; Asociación Dona Major; Asociación Nova Dona i Salut; Asociación Provincial de Jubilados y Pensionistas, y Asociación de Mujeres del Centro de Salud Salvador Allende.

Sin su colaboración hubiera sido imposible este estudio.

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat, 2009

1ª edición.

ISSN: 1139-6873

D. L.: V-1250-2009

Maquetación e impresión: GRAFIMAR COOP. V.

PRESENTACIÓN

En nuestro entorno de referencia, las enfermedades osteoarticulares junto con las cardiovasculares y el cáncer constituyen uno de los problemas de salud crónicos más presentes. Con el aumento de la población mayor y los cambios en los estilos de vida, la osteoporosis se ha convertido en un proceso frecuente que no sólo produce una disminución de la calidad y cantidad de hueso sino que comporta un aumento de fracturas que incapacitan y producen un alto grado de dependencia cuando no la muerte de algunas personas.

En el afán de la Conselleria de Sanitat por incrementar el nivel de salud de los habitantes de la Comunitat y habida cuenta que la osteoporosis es un problema susceptible de prevención y actuación, en el año 2003 se implementó el *I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana*. Durante su vigencia (2003-2007), desde la Dirección General de Salud Pública se ha venido coordinando los esfuerzos y acciones que han llevado a la promoción de estilos de vida saludables, detección de la osteoporosis, tratamiento, rehabilitación y consejos para evitar las fracturas de esta nueva *epidemia silenciosa del siglo XXI*.

Transcurridos 5 años desde la publicación de aquel documento estratégico, pionero en nuestro entorno, debemos analizar cuales han sido los aciertos, las limitaciones y las posibilidades que un nuevo planeamiento debe tener en consideración.

El presente informe intenta resumir mediante un acercamiento con técnicas cualitativas qué opinan técnicos, especialistas, pacientes y grupos sociales sobre el abordamiento realizado y sobre diferentes estrategias que puedan llevarse a cabo en el marco de un futuro plan para la prevención y control de la osteoporosis.

Esperamos que todo ello redunde en una estrategia de acción que repercuta en la mejora de la salud de nuestros conciudadanos.

Manuel Cervera Taulet
Conseller de Sanitat

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN | 3 |
| INTRODUCCIÓN | |
| <i>El I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana</i> | 7 |
| <i>Hacia el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana.</i> | |
| 1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 14 |
| 2. METODOLOGÍA | 14 |
| 2.1. Fase 1 | 14 |
| Perspectiva de los expertos: <i>Metaplan</i> | 14 |
| Perspectiva de las asociaciones de pacientes y grupos diana | 16 |
| 2.2. Fase 2: <i>Estudio Delphi</i> | 16 |
| 3. PARTICIPANTES | 17 |
| 3.1. Fase 1 | 17 |
| Participación de los expertos: <i>Metaplan</i> | 17 |
| Participación de las asociaciones de pacientes y grupos diana | 18 |
| 3.2. Fase 2: <i>Estudio Delphi</i> | 18 |
| 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 18 |
| 4.1. <i>Información de los expertos: Metaplan</i> | 18 |
| 4.2. <i>Información de asociaciones</i> | 19 |
| 4.3. <i>Estudio Delphi</i> | 19 |
| 5. RESULTADOS | 19 |
| 5.1. <i>Fase 1: Estudio cualitativo sobre el I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana 2003-2007</i> | 19 |
| Metaplan: Resultados cualitativos del estudio con expertos | 19 |
| Metaplan: Resultados semi-cuantitativos del estudio con expertos | |
| Resultados semi-cuantitativos del estudio con asociaciones | 28 |
| 5.2. <i>Fase 2: Estudio Delphi. Estudio cualitativo para la elaboración del II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana</i> | 29 |
| Resultados del estudio Delphi con expertos | 29 |
| 6. CONCLUSIONES | 38 |
| 6.1. Fase 1 | 38 |
| Perspectiva de los expertos: <i>Metaplan</i> | 38 |
| Perspectiva de las asociaciones de pacientes y grupos diana | 40 |
| 6.2. Fase 2: <i>Estudio Delphi</i> | |
| 7. ANEXOS | 43 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 89 |

INTRODUCCIÓN

El I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana

Las enfermedades osteoarticulares, en general, y la osteoporosis, en particular, ocuparon un lugar destacado entre las necesidades de salud detectadas con la elaboración del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana de 2001-2004¹ y siguen siendo un objetivo de actuación en el vigente Plan de Salud (2005-2009).²

Además, debido a que la frecuencia de la osteoporosis está directamente relacionada con la edad, su prevalencia sigue una tendencia claramente creciente, conforme se va incrementando la esperanza de vida de los valencianos. Y es que, la osteoporosis, junto con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, ya constituye una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la salud de la población en los países desarrollados, impacto que es de prever que siga aumentando en el futuro. Por lo tanto, la osteoporosis se ha convertido en una prioridad para la intervención sanitaria y, en una clara preocupación para la Conselleria de Sanitat.

Coincidiendo con el Día Mundial de la Osteoporosis, el 20 de octubre de 2003 fue presentado el *Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana*.³ En la elaboración del mismo intervinieron reconocidos expertos en esta materia y desde su inicio ha contado con el refrendo de distintas sociedades científicas como:

- la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFyC),
- la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista de la Comunidad Valenciana (SEMERGEN),

- la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)
- la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas (FHOEMO), y
- la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM).

Posteriormente al grupo de expertos asesores del Plan se fueron incorporando representantes de la Sociedad Valenciana de Medicina Física y de Rehabilitación (SVMEFR), miembros de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Comunitat Valenciana (SVOGCV), y profesionales del diagnóstico por la imagen, como plasmación de la complejidad de abordaje que requiere este proceso.

El *I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana* definió objetivos generales, específicos, líneas de actuación, los recursos necesarios, la población diana a quien iban dirigidas las acciones, las propuestas de evaluación, los agentes encargados de su implementación y los plazos de ejecución.

Los objetivos generales del I Plan de prevención y control de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana fueron:

- Disminuir la prevalencia de la osteoporosis en la población de la Comunitat Valenciana.
- Disminuir la incidencia de fracturas osteoporóticas en la población de la Comunitat Valenciana.

A fin de garantizar la calidad en la ejecución del *I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana* y culminado el periodo de tiempo transcurrido desde su presentación se ha realizado el análisis y seguimiento de la ejecución del Plan tanto en lo referente al grado de cumplimiento de los objetivos como en la revisión de la calidad de los procesos implicados en las diferentes líneas de actuación.

**LÍNEAS DE ACTUACIÓN (ABREVIADAS) CON RESPECTO AL OBJETIVO 1
DEL PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS EN LA
COMUNITAT VALENCIANA**

OBJETIVO 1: Disminuir la prevalencia de la osteoporosis en la población de la Comunitat Valenciana

1.1 Sensibilización población general

- 1.1.1 Campaña de información poblacional
- 1.1.2 Sitio específico red – Web -

1.2 Estilos de vida: alimentación saludable.

- 1.2.1 Ámbito escolar
- 1.2.2 Campaña día osteoporosis 20 de octubre y alimentación 16 de octubre

1.3 Estilos de vida: actividad física.

- 1.3.1 Prescripción eficaz de actividad física
- 1.3.2 Actividad física y mujer climatérica
- 1.3.3 Actividad física y personas mayores
- 1.3.4 Incentivar mantenimiento actividad física

1.4 Estilos de vida: hábitos tóxicos

- 1.4.1. Iniciativas institucionales evitar alcohol y tabaco

1.5 Promover investigación

- 1.5.1. Línea prioritaria de investigación
- 1.5.2. Registro de investigadores y fomento de redes

1.6 Seguimiento de la osteoporosis

- 1.6.1. Estimación periódica de la osteoporosis

Sensibilización y materiales para la información de la población susceptible

La sensibilización de la población general sobre la importancia de este problema y las posibilidades de prevención que cada persona tiene a su alcance, es uno de los puntos de arranque del Plan. Diferentes actividades y materiales se han derivado de la acción para la sensibilización e información de la población susceptible, como por ejemplo:

- la edición de un número monográfico (nº 61) sobre osteoporosis de la revista *Viure en Salut* de la Dirección General de Salud Pública;
- la publicación de la “*Guía sobre osteoporosis*” para población general, fruto de la colaboración entre FHOEMO, el Instituto de la Salud de Madrid y la Dirección General de Salud Pública;
- la edición del material audiovisual: “*Reconstruyo mi vida, fortalezo mis huesos*” (DVD-VHS) en colaboración con FHOEMO.
- la edición y difusión de diferentes materiales destinados a la población general como trípticos, pegatinas y carteles con el lema

“Crecimiento saludable para un hueso sin fracturas”.

Actuaciones en medios de comunicación

- Realización anual de un *Dossier de prensa con motivo de la celebración del día mundial de la osteoporosis* (20 octubre) para su difusión a los departamentos sanitarios y medios de comunicación.

Actividades para población general

- Celebración anual del *Día mundial de la osteoporosis* (20 octubre) con actos en los distintos departamentos de salud y en la Conselleria de Sanitat donde han participado expertos en osteoporosis de reconocido prestigio.
- Talleres de alimentación y osteoporosis “*Cuida tus huesos*” y la Campaña Sendas Nutricionales que se realizaron a través de la cadena cooperativa valenciana de supermercados Consum.

Difusión de la información y programa a través de Internet

Nuevas vías de intervención e información han sido adaptadas y forman parte del plan de difusión del Plan de prevención y control de osteoporosis entre ellas encontramos un lugar electrónico, donde está disponible información para el público general; se responden preguntas frecuentes que se realiza el ciudadano alrededor de la osteoporosis; se facilitan enlaces de direcciones electrónicas de interés; y, se permite el acceso a los materiales divulgativos relacionados editados. (<http://www.sp.san.gva.es/DgspWeb/osteoporosis>)

Se ha facilitado el acceso directo al Plan de prevención y control de osteoporosis de la Comunidad Valenciana a aquellas sociedades que lo han solicitado como FHOEMO (Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Óseo) o la SVMEFR (Sociedad Valenciana de Medicina Física y de Rehabilitación). Y se ha procedido a la creación y mantenimiento de una plataforma de comunicación: portal colaborativo sobre osteoporosis de acceso a la comisión asesora y personas suscritas relacionadas o interesadas en esta patología: <http://portal.sp.san.gva.es/servicios/osteoporosis>.

Fomento de la actividad física

La actividad física es uno de los estilos de vida reconocidos como asociados a la osteoporosis, y que el I Plan ha promocionado con iniciativas como las que se describen a continuación:

- Realización de *talleres de monitoras de actividad física*, en colaboración con las asociaciones locales de asociaciones de las amas de casa de diversas poblaciones de Castellón, Valencia y Alicante.
- Colaboración en la realización del *Curso teórico-práctico en la prevención de fracturas en la osteoporosis* dirigido al personal técnico de actividad física y deporte, organizado por el Ayuntamiento de Valencia y FHOEMO.
- Edición de materiales audiovisuales como: *“Ejercicio Físico del Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica”* (VHS) y *“Reconstruyo mi vida, fortalezo mis huesos”* (DVD-VHS).
- Organización del *Seminario actividad física y osteoporosis*, dirigido a médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y matronas.

Investigación y redes

El fomento de la investigación en relación con la baja masa ósea patológica, ha sido reconocido como una de las líneas prioritarias en las ayudas a la investigación convocadas a través de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) y de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria (DGOEIS).

Desde las convocatorias de la Conselleria de Sanitat en 2005 hasta las de 2008, han sido financiados 9 proyectos de investigación relacionados con la osteoporosis, por un importe global aproximado de 60.000€.

Desde la Oficina de Investigación Sanitaria de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria, se ha realizado un catálogo de investigadores y proyectos de investigación dentro del Mapa de Investigación Sanitaria y Biomédico (MISABIO), considerando la osteoporosis como área específica a fin de crear una red temática dónde los diferentes grupos de estudio puedan contactar y trabajar de forma conjunta y coordinada.

Seguimiento periódico de la osteoporosis

El referente más actual de establecimiento de la prevalencia de osteoporosis (OP) en la Comunitat Valenciana a nivel poblacional es el estudio realizado en el año 2002-03 en el Departamento de salud 12 (Gandia) con una muestra de 822 mujeres entre 45 y 69 años.⁴ La prevalencia de baja masa ósea estimada fue del 40,3%, con un 11,7% para la osteoporosis. Encontrándose como factores asociados a esta deficiente masa ósea, a la edad y, de forma inversa, a los años de fertilidad y la edad de menopausia. Un estudio poblacional, con la misma metodología, llevada a cabo en una muestra de 425 mujeres del Departamento de salud 20 (Elx) estimó prevalencias similares de baja masa ósea (41,9%) y discretamente inferiores para osteoporosis (9,4%).

LÍNEAS DE ACTUACIÓN (ABREVIADAS) CON RESPECTO AL OBJETIVO 2 DEL PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

OBJETIVO 2: Disminuir la incidencia de las fracturas osteoporóticas en la población de la Comunitat Valenciana

- 2.1. Detectar personas con factores de riesgo**
 - 2.1.1 Formar profesionales de atención primaria para facilitar su identificación
- 2.2. Prevenir osteoporosis en personas con otros tratamientos y procesos**
 - 2.2.1 Fomentar consejo sanitario oportunista
- 2.3. Posibilitar diagnóstico, monitorización y predicción por densitometría**
 - 2.3.1 Evaluación métodos de medición de masa ósea
 - 2.3.2 Posibilitar en cada Departamento Sanitario el acceso a densitometría
- 2.4. Tratar adecuadamente a personas con baja masa ósea patológica**
- 2.5. Evitar fracturas en personas con OP**
 - 2.5.1 Información sobre higiene postural
 - 2.5.2 Promover actividad física para personas con baja masa ósea
 - 2.5.3 Promover adaptación hogar
 - 2.5.4 Favorecer iniciativas formativas para voluntariado respecto a OP
- 2.6. Rehabilitar para recobrar la movilidad**
 - 2.6.1 Mantener prestaciones de Rehabilitación y Fisioterapia
- 2.7. Fomentar inclusión a un tratamiento integral de la OP en fracturados**
 - 2.7.1 Fomentar conocimiento y adhesión a criterios y protocolos a traumatólogos
- 2.8. Realizar seguimiento de incidencia de fracturas por osteoporosis**
 - 2.8.1 Realizar estimación de fracturas osteoporosis en la Comunitat

Formación de profesionales

La formación de los profesionales sanitarios es una de las prioridades para el abordaje preventivo, diagnóstico y de tratamiento de un problema de salud. Los profesionales sanitarios tienen conocimientos adecuados y la actualización de los mismos supone un continuo esfuerzo tanto para el sistema sanitario que debe poner los medios como para los propios profesionales.

A lo largo del desarrollo del I Plan se han desarrollado 38 cursos dirigidos a los *profesionales sanitarios de Atención Primaria*, así como una *Jornada de Osteoporosis* y un *Seminario de actividad física y osteoporosis*. Además se ha participado en diferentes foros y congresos de asociaciones científicas.

La práctica clínica requiere una unificación y actualización de criterios que desde el I Plan se ha querido plasmar a través de la actualización de la *Guía de Actuación Clínica sobre osteoporosis para Atención Primaria*, donde se han establecido criterios para la realización del diagnóstico, algoritmos de decisiones terapéuticas y criterios de derivación a médicos especialistas desde atención primaria.

La facilitación del consejo médico efectivo se ha realizado a través de la inclusión de folletos informativos en el sistema de gestión de historia clínica *Abucasis*, para la información al paciente sobre osteoporosis: (*¿Qué es la osteoporosis?; Prevenir la osteoporosis; y, Prevenir fracturas*). Además se ha coeditado la publicación *Manual práctico para la prevención de fracturas en la*

osteoporosis" en colaboración con FHOEMO, dirigida a los profesionales de atención primaria.

Dotación de medios para el diagnóstico

A fin de dotar a todas las áreas de la posibilidad de acceder a los medios de confirmación diagnóstica ante sospecha de masa ósea patológica, se realizó un *Informe valorativo: Métodos de diagnóstico de osteoporosis: elementos de evidencia científica* por la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria. Este informe supuso el fundamento para pasar de 4 a 11 DEXAs públicas (densitómetros) en la Comunitat Valenciana que hacen posible la accesibilidad a medios diagnósticos para este problema, cuando la situación lo requiere.

Seguimiento de la incidencia de fracturas

Desde el inicio del Plan se realiza anualmente el seguimiento de las fracturas de cadera, vertebrales y de antebrazo a través de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), registro de las altas hospitalarias, recogidos por el Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria de la Agencia Valenciana de Salud. Su análisis nos permite estudiar la evolución del problema y de forma indirecta las estrategias de prevención y control establecidas. En las tablas 1a, 1b y 1c se muestran los datos recogidos en el seguimiento de las fracturas no traumáticas en mayores de 64 años en la Comunitat Valenciana.

Tabla 1a. Seguimiento fracturas de cadera no traumáticas en mayores de 64 años de la Comunitat Valenciana

| Fracturas de cadera en la Comunitat Valenciana (mayores de 64 años) | | | | | | |
|---|------------|-------------|--------------------------|--------------|----------------|-------------|
| Año | Edad media | Nº ingresos | Tasa x 10 ⁵ * | Nº estancias | Estancia media | Ratio M/H** |
| 2000 | 80,86 | 3329 | 487,5 | 39227 | 11,78 | 3,35 |
| 2001 | 81,00 | 3956 | 561,4 | 47143 | 11,92 | 3,27 |
| 2002 | 81,22 | 4072 | 565,4 | 48153 | 11,83 | 3,10 |
| 2003 | 81,54 | 4072 | 549,7 | 48148 | 11,82 | 3,09 |
| 2004 | 81,71 | 4403 | 594,5 | 50424 | 11,45 | 3,22 |
| 2005 | 82,22 | 4525 | 601,9 | 49941 | 11,04 | 3,19 |
| 2006 | 81,22 | 4510 | 577,3 | 49141 | 10,90 | 3,22 |
| 2007 | 81,84 | 4896 | 616,7 | 53178 | 10,86 | 3,10 |

*Tasa x 10⁵: Nº ingresos x 100000/ Población mayor de 64 a de la CV (Padrón Municipal)

**Ratio M/H sobre nº ingresos

Tabla 1b. Seguimiento fracturas vertebrales no traumáticas en mayores de 64 años de la Comunitat Valenciana

| Fracturas vertebrales en la Comunitat Valenciana (mayores de 64 años) | | | | | | |
|--|------------|-------------|--------------------------|--------------|----------------|-------------|
| Año | Edad media | Nº ingresos | Tasa x 10 ⁵ * | Nº estancias | Estancia media | Ratio M/H** |
| 2000 | 75,18 | 270 | 39,5 | 1728 | 6,40 | 1,65 |
| 2001 | 75,34 | 304 | 43,1 | 1914 | 6,30 | 1,76 |
| 2002 | 74,77 | 292 | 40,5 | 1767 | 6,05 | 2,05 |
| 2003 | 75,49 | 282 | 38,1 | 1766 | 6,26 | 2,06 |
| 2004 | 75,50 | 306 | 41,3 | 2068 | 6,76 | 2,13 |
| 2005 | 75,43 | 279 | 37,1 | 1746 | 6,26 | 2,10 |
| 2006 | 75,28 | 279 | 35,7 | 1808 | 6,48 | 1,76 |
| 2007 | 75,03 | 258 | 32,5 | 1703 | 6,60 | 1,38 |

*Tasa x 10⁵: Nº ingresos x 100000/ Población mayor de 64 a de la CV (Padrón Municipal)

**Ratio M/H sobre nº ingresos

Tabla 1c. Seguimiento fracturas de antebrazo no traumáticas en mayores de 64 años de la Comunitat Valenciana

| Fracturas antebrazo en la Comunitat Valenciana (mayores de 64 años) | | | | | | |
|--|------------|-------------|--------------------------|--------------|----------------|-------------|
| Año | Edad media | Nº ingresos | Tasa x 10 ⁵ * | Nº estancias | Estancia media | Ratio M/H** |
| 2000 | 74,79 | 341 | 49,9 | 1551 | 4,60 | 2,55 |
| 2001 | 74,32 | 333 | 47,2 | 1715 | 5,15 | 5,69 |
| 2002 | 74,79 | 358 | 49,7 | 1687 | 4,71 | 4,77 |
| 2003 | 75,19 | 376 | 50,8 | 1878 | 4,99 | 4,60 |
| 2004 | 74,88 | 448 | 60,5 | 2017 | 4,50 | 4,97 |
| 2005 | 74,64 | 470 | 62,5 | 2086 | 4,44 | 5,34 |
| 2006 | 75,14 | 496 | 63,5 | 2315 | 4,67 | 4,98 |
| 2007 | 75,06 | 524 | 66,0 | 2348 | 4,48 | 5,73 |

*Tasa x 10⁵: Nº ingresos x 100000/ Población mayor de 64 a de la CV (Padrón Municipal)

**Ratio M/H sobre nº ingresos

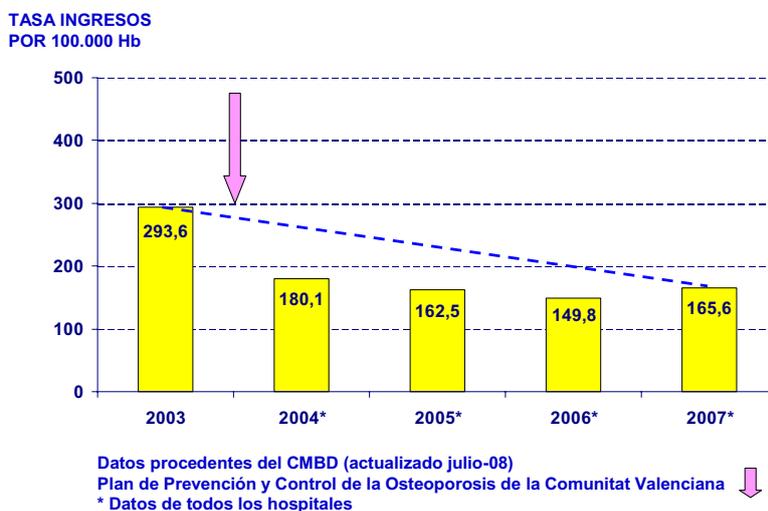
Si bien se ha producido en los últimos años un incremento en el número bruto de las fracturas atribuibles a las osteoporosis atendidas en los hospitales públicos, los datos ajustados a población (tasas) manifiestan un cambio importante a partir del año que se establece el *Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana*.⁵

La fractura vertebral es la fractura osteoporótica más frecuente en España. Una de cada cinco mujeres mayores de 50 años tiene al menos una fractura vertebral.⁶ En un estudio poblacional realizado en Valencia con mujeres postmenopausicas, la prevalencia de fractura

vertebral morfométrica para las mujeres mayores de 50 años fue del 21% y, para las mayores de 75 años del 46%.⁷ En la Comunitat Valenciana, la tasa de incidencia para mayores de 50 años de ambos sexos, para el año 2007, fue de 25,79 fracturas vertebrales por 100.000 habitantes y año, según el registro de altas hospitalarias (CMBD).

La tendencia a la disminución de fracturas de cadera no traumáticas producidas en población de 65 a 74 años, desde la implantación del *I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana*, debe ser objeto de estudios más profundos.⁵

Figura 1. Tasa de ingresos por fracturas no traumáticas de cadera entre 65 y 74 años en la Comunitat Valenciana



Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana

La Red Centinela Sanitaria es un sistema de información sanitaria que permite conocer las características e incidencia de determinados problemas de salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria, mediante la recogida de información oportuna por profesionales sanitarios que participan voluntariamente, cuya coordinación y desarrollo depende del Área de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

Durante el año 2008 se realizó el estudio y recogida de datos relativos a las fracturas osteoporóticas en personas mayores de 50 años, en tanto en cuanto es el resultado clínico grave de la osteoporosis. Los objetivos para el desarrollo del protocolo de osteoporosis son: *determinar la frecuencia de personas atendidas en atención primaria por fracturas no traumáticas o por traumatismos mínimos (caídas a nivel); conocer factores de riesgo seleccionados de fractura osteoporótica y, describir las características demográficas y terapéuticas de estas personas.*

Durante el periodo de registro se obtuvo información de 191 pacientes mayores de 50 años que habían sufrido una fractura no traumática o caídas o traumatismos leves (caídas a nivel). La tasa estimada, calculada con la población cubierta por los

profesionales adscritos a la red, ha sido de 202 casos por 100.000 habitantes mayores de 50 años (intervalo de confianza al 95%: 173 – 231).

Los datos establecen una media de edad de fractura de 74 años (rango entre 56 y 99 años). Las localizaciones más habituales fueron las fracturas vertebrales (35,6%) y las fracturas de antebrazo (26,2%). Nueve de cada diez fracturas ocurrieron en mujeres. El antecedente de fractura osteoporótica se cita en el 21,6% de los casos, y hay antecedentes de osteoporosis en familiares próximos en dos de cada diez casos. El 17,3% tiene confirmación mediante densitometría.⁸

Hacia el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana

A fin de recoger la perspectiva que los agentes clave tenían sobre el *I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana*, se ha realizado un estudio cualitativo en el que se ha contado con la participación de un importante número de informantes. Por una parte, se han recogido las ideas, perspectivas y puntos de vista de profesionales sanitarios (especialistas, investigadores, Salud Pública y Atención Primaria) y, por otra, la de representantes de asociaciones de mujeres, de mayores y de pacientes

que han estado implicadas en el I Plan. Ello ha permitido identificar qué alcance ha tenido el I Plan y cuál, en su opinión, ha sido el grado de desarrollo en los profesionales y población diana; y, segundo, identificar y priorizar ideas que puedan completar las líneas estratégicas que esbozarán el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunitat Valenciana.

En el caso de los profesionales, el estudio se ha planteado a través de una técnica cualitativa de exploración de ideas y de aproximación a los puntos de vista de diferentes grupos profesionales. Esta primera técnica combina elementos del grupo nominal y del grupo focal y se corresponde con la denominada técnica Metaplan.

En otra sesión de trabajo se citó a los representantes de asociaciones de grupos diana y de pacientes de osteoporosis para recabar también su percepción de las actividades desarrolladas, sugerir actividades relacionadas con esta patología que les pudiera interesar, canales de comunicación más accesibles y referir la importancia que desde su punto de vista pudieran tener las diferentes líneas de actuación del futuro plan estratégico.

El I Plan ha cumplido su papel pero, un tema tan complejo como éste requiere de abordajes permanentes y sostenibles en el tiempo. La sensibilidad manifestada por la Conselleria de Sanitat de la Comunitat sobre el problema que significa la osteoporosis requiere el desarrollo de un II Plan de prevención y control de osteoporosis que manteniendo los objetivos prioritarios: disminución de

la prevalencia de la osteoporosis y de la incidencia de sus fracturas, amplíe las acciones ya iniciadas, complete aquellas que presentaron un nivel de desarrollo menor del previsto y, recoja aquellas nuevas vías y líneas de trabajo que tras la evaluación y sugerencias de los profesionales puedan ser relevantes.

La recogida de propuestas y prioridades de actuación para el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunitat Valenciana se ha llevado a cabo mediante un estudio "Delphi" que ha complementado las sugerencias derivadas del estudio cualitativo inicial.

Mediante esta técnica de "Delphi", los informantes clave han priorizado una serie de cuestiones relacionadas con los objetivos, las actuaciones preventivas y poblacionales, las actuaciones para la sensibilización del profesional sanitario, actuaciones en el tratamiento y rehabilitación, y los objetivos marcados en investigación sobre osteoporosis. En él han participado expertos procedentes de diferentes ámbitos relacionados con la osteoporosis de todo el territorio nacional.

Con la experiencia acumulada en el primer Plan de prevención y control de osteoporosis, las coordinadas de trabajo (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación) y las líneas propuestas por los grupos de expertos consultados se da inicio a la planificación del segundo Plan de acción que encuadre las líneas estratégicas que marcaran las acciones de las actividades de prevención y control de osteoporosis para los futuros cuatro años.

ESTUDIO CUALITATIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL II PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente informe se redacta dentro de un estudio cualitativo que se ha realizado desde la Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat, al objeto de identificar la percepción que tienen los agentes clave involucrados en el *I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana* (PPCOCV). Conocer estas perspectivas, sobre el alcance de los objetivos y de su realización material en el período de vigencia del Plan ha tenido una doble finalidad: por un lado, obtener una medida indirecta del desarrollo del Plan; y, segundo, contribuir a identificar claves para la elaboración de un nuevo Plan.

El estudio ha sido secuenciado y trabajado mediante diferentes técnicas cualitativas. En una primera fase, mediante la combinación de una técnica de grupo nominal y focal, se recogieron ideas y puntos de vista de profesionales sanitarios (atención primaria, especialistas, salud pública e investigadores...) relacionados con el desarrollo del I PPCOCV. Además, se arbitró la participación de representantes de asociaciones de pacientes y de grupos sociales de población diana relacionados con este problema de salud para recoger sus prioridades y sugerencias en aquellas acciones estratégicas que podían involucrarlos.

Acabada esta primera fase cuya información fue valorada por la Comisión Técnica del Plan de Prevención y Control de Osteoporosis, se planificó el desarrollo de un estudio Delphi con expertos nacionales de reconocido prestigio relacionados con diferentes aspectos de la osteoporosis. A fin de conseguir recoger propuestas y prioridades de actuación que permitieran elaborar objetivos y acciones para el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunitat Valenciana.

Los objetivos concretos de esta fase del estudio fueron:

- Conocer prioridades en la prevención y control de la osteoporosis por profesionales expertos de otros Servicios de Salud Autonómicos.

- Afianzar la participación de los agentes clave
- Consensuar acciones relevantes posibles para el PPCOCV.
- Analizar desde diferentes perspectivas la importancia relativa de las propuestas para el PPCOCV.
- Priorizar objetivos estratégicos para el PPCOCV.

2. METODOLOGÍA

2.1 Fase 1

Perspectiva de los expertos: Metaplan

En el caso de los profesionales, el estudio se ha planteado a través de una técnica cualitativa de exploración de ideas y de aproximación a los puntos de vista de diferentes grupos profesionales. Esta primera técnica combina elementos del grupo nominal y del grupo focal y se corresponde con la denominada técnica "Metaplan".

La investigación cualitativa (ICL) en el ámbito de las Ciencias de la Salud ha despertado en los últimos años la atención tanto de quienes trabajan en el ámbito de la investigación sobre los sistemas de salud como de quienes realizan su trabajo en el ámbito clínico.⁹

La difusión de los métodos cualitativos de análisis de calidad, junto a investigaciones sobre aspectos difícilmente asequibles desde planteamientos cuantitativos (i.e. identificar posibles cursos de acción que guíen la planificación sanitaria, determinar prioridades o analizar diferentes perspectivas y experiencias), son cuestiones que típicamente han sido abordadas desde la ICL.

La ICL aborda la realidad desde una perspectiva holística e intenta comprenderla o describirla sin formular hipótesis, controlar exhaustivamente todas las variables o realizar una selección azarosa de los sujetos participantes. Es destacable que este enfoque implica que su utilidad no puede ser la misma que las cuestiones a las que se encamina la investigación cuantitativa. Los estudios cualitativos tienen finalidad diferente a los cuantitativos, siendo muchas veces enfoques complementarios.

Estas técnicas tienen, por tanto, una serie de ámbitos de aplicación en los cuales resultan especialmente útiles y donde utilizarlas es la forma

más apropiada para recoger información, analizar tendencias y aproximarse al conocimiento de una realidad cambiante¹⁰.

Como todas las técnicas de investigación se basan en unos supuestos y deben aplicarse con rigor para asegurar la validez de sus resultados. En especial hay que señalar dos características esenciales de estas técnicas. En primer lugar, la correcta selección de los expertos participantes y, segundo, favorecer la “triangulación”, concepto que se refiere al trabajo con grupos de expertos similares de forma independiente, a fin de contrastar sus puntos de vista y valoraciones. La validez interna y externa de éstas técnicas, por tanto, provienen fundamentalmente de la elección de los sujetos basada en su representatividad profesional o social y de la contrastación del resultado alcanzado por grupos independientes.

Entre las ventajas de la investigación cualitativa podemos señalar que intenta describir la realidad sin fragmentarla y sin desvirtuar su complejidad y dinamismo, aceptando que puede existir subjetividad; no parte de ninguna hipótesis por lo que no parcela la realidad; los sujetos invitados a participar son seleccionados por sus conocimientos, experiencia, o características profesionales o personales, no basados en el azar.

La **técnica del grupo focal**^{11,12} consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador siguiendo un guión de temas, en la que lo prioritario es la interacción entre los miembros del grupo para compartir la información. No solo cuenta el discurso y los puntos de vista aportados por los participantes, también las opiniones y sentimientos expresados con el lenguaje no verbal y que dan cuenta de lo sólido de los planteamientos sobre cada punto del debate.

En el **grupo nominal** se combinan las ventajas del trabajo individual con el de grupo, evitando las presiones que éste puede ejercer sobre los sujetos, de forma que los participantes escriben sus ideas y perspectivas que luego se comentan en público¹³. Aunque los participantes están reunidos formando un grupo, participan de forma individual e independiente en dos fases fundamentales en la aplicación de esta técnica: al principio al expresar sus opiniones, y al final, al decidir qué ideas consideran más relevantes.¹⁴

Mediante la técnica empleada, *Metaplan*, se ha buscado obtener amplia información a partir de la experiencia de los expertos y facilitar el consenso, permitiendo el debate de las ideas (y posterior análisis del discurso) sin que exista una presión del grupo o alguno de sus integrantes en alguna dirección determinada. En otros términos, se intentó aprovechar las ventajas de la técnica del grupo focal y del grupo nominal y minimizar sus desventajas. Adicionalmente, y como precaución metodológica, se trabajó con un grupo y su espejo lo que permite triangular puntos de vista, ideas y propuestas tras la fase de consenso y valoración realizada por cada grupo.

Para aplicar la técnica, y una vez definidos los temas a debatir y seleccionados los expertos se dispuso de dos salas paralelas y se celebraron dos sesiones de trabajo de 2 horas de duración (17/01/2008).

En esas sesiones se presentaron a los expertos cuestiones clave predefinidas para que, individualmente, formularan propuestas y, seguidamente en grupo, debatieran sobre las mismas. El equipo dinamizador contaba además con otras cuestiones de interés que habían sido previamente definidas por los referentes del Plan de Prevención y Control de Osteoporosis, para el caso de que éstas no hubieran surgido espontáneamente. Finalmente, para identificar las ideas sobre las que existía mayor consenso, se solicitó a los expertos que ponderaran cada una de las ideas generadas (tanto las propuestas como las que surgieron durante el debate). La ponderación se realizó mediante una escala de 0 a 5, en donde 0 representaba que la idea propuesta no era relevante en opinión del experto y 5 cuando la idea era muy relevante. Para, asegurar la validez (en este caso triangulación) se trabajó con dos grupos conformados con idénticos perfiles profesionales (grupo A y grupo B o *espejo*).

La línea básica de trabajo fue el desarrollo de forma secuencial de tres preguntas clave en ambos grupos. Las preguntas planteadas fueron:

- 1) ¿Qué destacarías en positivo o en negativo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana en los últimos años?

- 2) ¿Cuáles son las dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la osteoporosis?
- 3) ¿Qué líneas de actuación considerarías prioritarias desarrollar en los próximos años en la Comunitat Valenciana para la prevención primaria y secundaria de la osteoporosis? ¿Qué propuestas crees que no pueden faltar en el próximo Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana? ¿Qué sería recomendable o necesario, aún cuando ya esté en marcha, pero deba mejorarse de forma notable?

Todas estas cuestiones fueron apoyadas por una serie de *preguntas racimo* sólo disponibles para el moderador, que debían ser usadas en caso de que los asistentes no generasen ideas durante la sesión de trabajo del grupo que respondieran a estas cuestiones. A su vez, a lo largo de todas las líneas de trabajo, había una serie de cuestiones transversales consideradas de interés para los referentes del Plan, y que el moderador del grupo debería de plantear a los participantes en caso de que no fueran temas tratados en la discusión. Las cuestiones planteadas, preguntas racimo y cronograma de la sesión quedan recogidas el anexo 1.

Perspectiva de las asociaciones de pacientes y de grupos diana.

A fin de recabar la opinión de las asociaciones relacionadas con grupos diana y de pacientes afectados por osteoporosis, se citó a sus representantes en la Comunitat Valenciana (11/02/2008). En esta sesión se buscaba que, sobre la base de una lista cerrada de propuestas elaborada a partir de las informaciones facilitadas por los expertos en la primera parte del estudio, los representantes de asociaciones priorizaran las mismas mediante una escala de 0 a 5 puntos. Se utilizó para su realización una técnica multivoto como técnica cualitativa de búsqueda de consenso. La información generada se encuentra resumida en el anexo 2.

2.2 Fase 2. Estudio Delphi

Esta fase del estudio ha utilizado los resultados obtenidos a través de la aplicación de la técnica "Delphi", dónde informantes clave han priorizado una serie de cuestiones sobre objetivos y acciones

como propuesta para un II PPCOCV. El listado de elementos propuestos en la técnica se ha obtenido de las sesiones de trabajo con grupos de expertos durante la primera fase del estudio.

La técnica Delphi permite obtener unos estimadores cuantitativos a partir de estrategias cualitativas, determinando de esta forma el grado de acuerdo existente entre los participantes con respecto a un tema propuesto y a una serie de cuestiones específicas. Permite contar con un amplio número de expertos participantes, recogiendo por tanto un amplio abanico de perspectivas y experiencias, al tiempo que no tiene la exigencia de una dedicación de tiempo excesiva, ahorrando transportes y las dificultades propias de conjuntar las distintas agendas de los participantes. Se trata de una técnica ampliamente utilizada para este tipo de estudios que, además, con las herramientas a través de Internet, se ha convertido en una técnica altamente eficiente¹.

Sus principales características son:

1. *Anonimato*: los expertos que participan en esta técnica no se conocen, necesariamente, entre sí. Con esto se intenta controlar efectos no deseados de la influencia de algún miembro sobre el grupo.
2. *Respuesta normativa del grupo*: las contestaciones de los miembros son analizadas estadísticamente y sus valores se representan señalando los valores medios y la dispersión de sus respuestas.
3. *Retroalimentación controlada*: el equipo coordinador envía puntualmente los resultados a los miembros del grupo, acompañados en su caso, de sugerencias, comentarios o explicaciones realizadas por algún miembro, siempre de forma anónima.
4. *Proceso iterativo*: se solicita la opinión de los expertos en distintas ocasiones y de forma sucesiva. De esta forma los expertos tienen conocimientos de los resultados obtenidos en la fase anterior y tienen la oportunidad de reconsiderar su posición inicial. Al realizar distintas rondas de preguntas, repitiendo las mismas cuestiones, es habitual que tenga un proceso de convergencia de las opiniones de los expertos, hasta un punto en el que las estimaciones

se estabilizan, lo cuál indica que se debe finalizar la aplicación de la técnica.

Ventajas de la metodología Delphi¹⁵:

- Permite contar con más expertos, aunque éstos estén dispersos geográficamente y tengan horarios diferentes; el número de expertos se puede ampliar todo lo que se considere oportuno.
- Permite controlar todos los efectos indeseables que se dan al interactuar en grupo, derivados del influjo de unas personas sobre otras.
- Permite realizar estudios más exhaustivos y con profundidad al poder incluir varias preguntas y al realizarse sin restricciones de tiempo.

Limitaciones de la metodología Delphi:

- Exige contar con el medio correspondiente para enviar y recibir de forma segura la información.
- Requiere de un tiempo para su realización, dependiendo del medio utilizado para el envío de cuestionarios y de respuestas.
- Debido al período de tiempo que requiere, se producen abandonos de expertos.

En este estudio, se ha empleado la técnica a través de una página web, (<http://calite.umh.es>) en la que estaba ubicado el cuestionario. Se han realizado varias rondas de priorización (denominadas olas) de las cuestiones a valorar. De esta forma, se ha intentado facilitar el consenso entre puntos de vista dispares sobre unos mismos elementos.

Junto a las características originales de la técnica Delphi tradicional, la versión electrónica empleada en el presente estudio potencia la rapidez (tanto respecto al tiempo para que los expertos contesten como para que obtengan feedback a sus respuestas) y amplía la estructura de información conseguida, sin alterar la esencia de la técnica.⁸

Elaboración del cuestionario y listado a valorar

A partir de los resultados obtenidos en la primera fase del estudio, la revisión de la literatura y la experiencia del I Plan, se procedió a la construcción de un cuestionario integrado por 68 ítems (cuestionario 0 en anexo 3).

Se distribuyeron en 6 bloques temáticos:

1. Conocimiento del I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana.
2. Valoración de la importancia de los objetivos del PPCOCV.
3. Valoración de las actuaciones preventivas y poblacionales.
4. Valoración de las actuaciones para la sensibilización del profesional sanitario.
5. Valoración de las actuaciones en el tratamiento y rehabilitación.
6. Valoración de los objetivos marcados en investigación en osteoporosis.

La primera ronda de priorización (ola) del estudio Delphi se llevó a cabo durante un mes (del 07/04/2008 al 06/05/2008). El punto de corte para la selección de los elementos para la segunda ola se estableció, a priori, sobre los siguientes 3 criterios: las distancias de los resultados de la puntuación de los ítems con respecto a la media, el coeficiente de variación y, el porcentaje de respuesta que superó un determinado valor (respuesta mayor a 9) de la escala para cada una de las líneas propuestas.

Con los resultados obtenidos se escogieron las respuestas para incluir en la segunda priorización y se incluyeron las sugerencias realizadas por los expertos en la primera ola. De esta forma quedaron seleccionados un total de 40 ítems que fueron el objeto de consulta en una segunda ola, que se realizó entre el 8 de mayo y el 2 de junio de 2008.

3. PARTICIPANTES

3.1 Fase 1

Participación de los expertos: Metaplan

Para realizar la técnica de Metaplan se invitó a un total de 17 profesionales expertos procedentes de diversos puntos de la Comunitat Valenciana (anexo 4). Con el fin de hacer grupos de trabajo de similar composición ("en espejo") se dividió a los expertos en 2 grupos de discusión (grupo A y grupo B) de 9 y 8 asistentes cada uno, respectivamente.

La asignación de los sujetos a cada grupo fue forzada a fin de asegurar que en cada uno de ellos

Tabla 2. Asociaciones participantes en la sesión de consulta del estudio cualitativo (11/02/2008)

| |
|---|
| Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia (AECO) |
| Asociación Amas de Casa y Consumidores Tyrius |
| Asociación de Mujeres C. S. Marco Merenciano |
| Asociación de Mujeres "Interdona" |
| Asociación de Mujeres Activas de Trinitat |
| Asociación Mujer Ahora-Centro de Salud de San Marcelino |
| Asociación Mujer y Calidad de Vida de Godella |
| Asociación Dona Major |
| Asociación Nova Dona i Salut |
| Asociación Provincial de Jubilados y Pensionistas |
| Asociación de Mujeres del Centro de Salud Salvador Allende |

se encontraran integrantes de similar perfil profesional. Se contó con la participación de expertos procedentes de diversos ámbitos asistenciales (especialistas en medicina familiar y comunitaria, cirugía ortopédica y traumatología, unidad de menopausia, geriatría y gerontología, rehabilitación y medicina física, reumatología y metabolismo óseo y radiología).

Participación asociaciones de pacientes y grupos diana

En la sesión de representantes de las asociaciones de pacientes asistieron un total de 11 asociaciones relacionadas con grupos diana y de pacientes con osteoporosis, lo que supuso un total de 36 participantes (presidentas, vicepresidentas y miembros activos de estas asociaciones - anexo 5 -). Las asociaciones participantes fueron las presentadas en la tabla 2.

3.2 Fase 2: estudio Delphi

La selección de participantes para el estudio Delphi se realizó en base a la representatividad de las distintas especialidades y disciplinas relacionadas con diferentes aspectos de la osteoporosis e independientemente de su intervención directa en el I PPCOCV.

Todos los participantes del estudio debían cumplir como requisito: proceder de ámbitos profesionales o especialidades relacionados con la

enfermedad de la osteoporosis (medicina interna, endocrinología, cirugía ortopédica y traumatología, medicina de familia, reumatología, salud pública, ginecología, radiología, rehabilitación, geriatría, farmacia, densitometría, medicina deportiva, anatomía y enfermería).

Inicialmente se identificaron 100 expertos que cumplieran los requisitos para poder participar en el estudio, de ellos 8 (8%) no pudieron recibir el correo de invitación para participar en la aplicación, por no permitir el acceso su buzón de correo electrónico. Así pues las personas finalmente invitadas al estudio fueron 92 profesionales, con actividad asistencial o de otra índole de todo el territorio nacional. En la primera oleada se obtuvo la participación de 70 personas (70%) de los profesionales invitados. y en la segunda oleada, el número de participantes fue de 65 expertos, 93% sobre la tasa de respuesta de la primera ola (anexo 6).

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1 Información de los expertos: Metaplan

Para acometer el análisis en la primera fase del estudio se han realizado dos tipos de análisis: uno de tipo cualitativo y otro de tipo semi-cuantitativo. Para el análisis cualitativo se procedió recogiendo y codificando las aportaciones durante las sesiones para explorar el sentido de las mismas, los acuerdos y las divergencias.

Para el análisis semi-cuantitativo de las ideas propuestas se utilizaron cinco medidas: *productividad*, como número de ideas generadas individual y colectivamente; *espontaneidad* valorada en función del número de expertos que, en forma independiente, proponían una misma idea; *consistencia* de la idea triangulando la información y analizando, por tanto, si una misma idea era repetida por los expertos de un grupo y por los de su espejo; *intensidad de la recomendación* medida en términos de su grado de acuerdo con la idea presentada y que se presenta como una media; *variabilidad en el grado de acuerdo*, calculada a partir del coeficiente de variación. El análisis de los datos en cada una de las variables definidas se realizó considerando cada grupo de trabajo de forma independiente para, posteriormente presentar los resultados de forma global. Es decir, se han trabajado conjuntamente los datos de cada grupo con los de su espejo y de esta forma se ha procedido a la triangulación de la información.

4.2 Información de las asociaciones

En el caso de las asociaciones relacionadas con grupos diana y de pacientes se utilizaron como medidas de análisis la *intensidad de la recomendación*, como grado de acuerdo con la idea presentada y la *variabilidad en el grado de acuerdo*, calculada a partir del coeficiente de variación.

4.3 Estudio Delphi

Cada pregunta del cuestionario Delphi fue valorada en un rango de puntuaciones entre 0 (no estoy en absoluto de acuerdo, no es nada importante, o no tiene ninguna implicación) y 10 (totalmente de acuerdo, es muy importante, o tiene muchas implicaciones). Adicionalmente, existía la posibilidad de no puntuar la pregunta (opción de no procede) cuando se considerara que ésta era inapropiada. Sólo durante la primera ola, se dio la posibilidad de incluir nuevas preguntas que podían ser valoradas por el conjunto de los expertos en posteriores olas.

Tras la recopilación de las respuestas del primer cuestionario:

- Se destacaron aquellos items sobre los que existía un mayor nivel de consenso junto a aquellas ideas aportadas por los expertos.

- Se volvieron a enviar a los expertos para su valoración, en una segunda oleada, solicitando de nuevo su opinión con la intención de identificar aquellas ideas o propuestas más sólidas.

En la segunda ola los participantes recibieron, como información adicional, su puntuación a cada pregunta y la media de la puntuación obtenida por el conjunto de los expertos participantes. Solo fueron invitados a participar en ella aquellos expertos que habían cumplimentado la primera ola.

Todas las comunicaciones se realizaron vía correo electrónico y mediante una aplicación web diseñada específicamente para aplicar esta técnica.

Se consideraron 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros: anatomía, cirugía ortopédica y traumatología, densitometría, endocrinología, enfermería, farmacia, fisioterapia, geriatría, ginecología, medicina deportiva, medicina interna, radiología, rehabilitación y salud pública.

Por lo que respecta a los análisis estadísticos utilizados, en las comparaciones entre los 3 grupos de participantes, se ha recurrido al Análisis de la Varianza, considerando como nivel de significación estadística de forma estandarizada cuando $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1 Fase 1: Estudio cualitativo sobre el I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana (2003-2007).

Resultados cualitativos estudio con expertos. Metaplan

En referencia a las cuestiones trasversales planteadas se exponen a continuación los comentarios realizados:

a) Investigación aplicada

Los grupos destacaron con nitidez el escaso desarrollo de la investigación traslacional y su necesidad para mejorar la práctica clíni-

ca. Se observó como importante que los resultados de la investigación llegaran cuanto antes a los clínicos.

b) Fuentes de discriminación por cuestión de género.

Los asistentes no consideraron que existiera discriminación por cuestión de género en el planteamiento realizado sobre esta patología. Ambos grupos se mostraron de idéntica forma ante este punto.

c) Formación de los profesionales, funcionamiento y propuestas de mejora.

Se destacó en este punto la necesidad de mayores oportunidades de formación. La consideración de un perfil profesional idóneo para el trabajo en osteoporosis se consideró una medida necesaria para contemplarla en el nuevo plan recomendándose reconsiderar la actual formación continuada de los profesionales en este ámbito.

d) Posibles desigualdades en la atención según zonas geográficas de residencia.

Los participantes señalaron que existía desigualdad en el acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos en función de la residencia del paciente.

Referente a las preguntas clave y racimo (anexo 1) se destacaron los siguientes aspectos:

1.- Pregunta clave: ¿Qué destacaríais en positivo y en negativo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana en los últimos años?

*Esta pregunta produjo una gran cantidad de respuestas, sobre todo positivas. Por lo que respecta a estos **aspectos positivos** se destacó el hecho de ser un plan pionero en toda Europa y de mucha difusión en toda la Comunitat Valenciana. Se destacó el esfuerzo realizado por disponer de una mayor oferta densitométrica, aunque los asistentes consideraron que su número no era aún suficiente y que este recurso diagnóstico no había llegado a todos los departamentos de salud.*

*Los **aspectos negativos** más sobresalientes (necesidad coincidente para ambos grupos) fue la*

falta de recursos, principalmente de carácter técnico en la asistencia sanitaria en cuanto a la osteoporosis (por ejemplo, ciertas carencias de densitómetros en la Comunitat Valenciana). Las carencias en investigación fueron destacadas en los dos grupos, “no existe actividad investigadora en cuanto a la osteoporosis”, aludiendo tanto a la falta de recursos económicos, como a la falta de apoyo y fomento a la investigación.

Preguntas racimo a pregunta 1:

- ¿Qué se ha hecho en POSITIVO en la prevención primaria en osteoporosis que ha llamado su atención? (Logros). *La mayoría de expertos coincidieron en considerar como principales logros los avances en tecnología a nivel de incremento en el número de densitómetros.*
 - ¿Qué no se ha hecho y debiera haberse hecho en este aspecto? (Lagunas). *Muchos de los profesionales de los grupos señalaron como principales déficits la necesidad de que existiera una mayor implicación de la red asistencial en la prevención de la osteoporosis, así como lograr densitómetros en todos los departamentos para poder llevar a cabo la prevención primaria.*
 - ¿La estructura del Plan ha sido la adecuada? ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades más destacables en su estructura? *Hubo un elevado acuerdo entre los profesionales en considerar que, a pesar de que la estructura planteada era adecuada, para cada objetivo se consideraba importante determinar acciones con mayor nivel de detalle. Además se propuso que los objetivos fueran concretos para cada especialidad implicada en el abordaje de la osteoporosis.*
- Destacaron además las dificultades que se han tenido a la hora de medir los resultados de las acciones contempladas en el Plan.*
- ¿Se ha conseguido implicar a los profesionales de las distintas especialidades que trabajan esta patología (reumatólogos, rehabilitadores, traumatólogos, ginecólogos...)? *Surgió la idea, manifestada sobretudo en uno de los grupos, de que existe una necesidad de mayor implicación de los departamentos de salud, especialmente a nivel de gerencias*

(“algunas gerencias si están implicadas y otras no”).

Se propuso definir objetivos concretos por cada especialidad que estuviese implicada en el abordaje de la osteoporosis.

Por otro lado se destacó, en el caso de enfermería, que una mayor implicación de este colectivo contribuiría a mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

Finalmente se consideró, como otro objetivo pendiente dentro del Plan, la implicación de todos los profesionales sanitarios en la educación a nivel escolar.

- Nivel de extensión que ha tenido el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis (Hasta dónde ha llegado): población, profesionales sanitarios, directivos, profesionales de primaria... Existió acuerdo en ambos grupos de que ha sido un plan bien difundido a nivel de la Comunitat Valenciana, y que se ha logrado fomentar el conocimiento en la sociedad de la osteoporosis gracias al impulso dado por la propia Conselleria.

Se puso de manifiesto que la edición de la guía de atención primaria supondría una mayor difusión del Plan.

2.- Pregunta clave: ¿Cuáles son las dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la Osteoporosis (prevención primaria y secundaria)? Las dificultades que fueron más destacadas se centraron en la línea del desajuste existente entre demanda y recursos humanos: “O bien faltan médicos o sobran pacientes”, por lo que se manifestó la necesidad de una mejor planificación.

La falta de recursos (densitómetros) para llevar a cabo la prevención primaria o las dificultades existentes en cuánto a cumplimiento terapéutico inciden en la prevención de las fracturas. Los expertos comentaron la existencia de poca colaboración por parte de los pacientes en aquellas medidas terapéuticas que no son de carácter farmacológico, poca concienciación social en los ciudadanos en cuánto a la osteoporosis así como poca difusión de medidas preventivas tanto de la osteoporosis como de las caídas.

Preguntas racimo a pregunta clave 2:

- Recursos en diagnóstico precoz. *El diagnóstico precoz en atención primaria no se abordó de forma espontánea sino tras una pregunta directa. La falta de prevención primaria en cuánto a la actuación frente a las caídas, principalmente por falta de desconocimiento y formación del paciente en medidas preventivas, cuestión que sí se comentó, y que para los profesionales participantes “sigue con muchas carencias sobre las cuales se hace necesario actuar”.*
 - Formación de profesionales. *Los asistentes a los grupos manifestaron que existía un déficit de formación entre los profesionales implicados en el abordaje de la osteoporosis. Existen muchos profesionales, con diferentes enfoques, lo que incide en que los tratamientos también sean diferentes. No existe uniformidad en cuánto a la práctica y debiera incrementarse la formación. Por otra parte mencionan específicamente carencias de formación en atención primaria.*
 - Investigación aplicada. *Esta cuestión fue debatida por parte de los asistentes en diferentes momentos de los debates. En uno de los grupos se matizó como carencia la ausencia de suficientes estudios de adecuación de los tratamientos.*
 - Coordinación asistencial entre niveles y entre servicios y unidades. *Las únicas diferencias que se observaron fueron a nivel geográfico. Sobre todo diferencias en el acceso a algunos programas de ejercicio físico, por ejemplo, y en la ausencia de unidades específicas de osteoporosis en áreas concretas. Por lo que respecta a la coordinación entre instituciones, para facilitar más recursos complementarios en la prevención de la osteoporosis, los expertos participantes subrayaron que existía margen de mejora en esta coordinación.*
- La organización del personal también fue destacada, indicando la falta de personal, sobretudo de médicos, para la asistencia de esta enfermedad.*

3.- Pregunta clave: Partiendo de la situación actual ¿qué líneas de actuación considerarías prioritarias desarrollar en los próximos años en la Comunitat Valenciana para la prevención primaria y secundaria de la Osteoporosis? ¿Qué propuestas crees que no pueden faltar en el próximo Plan de prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunitat Valenciana? ¿Qué sería recomendable o necesario, aún cuando ya esté en marcha pero deba mejorarse de forma notable?

Las líneas más valoradas fueron: la educación para la salud desde edades tempranas (desde el colegio), el aumento de inversión en materia de investigación y el fomento del cumplimiento terapéutico.

Preguntas racimo a pregunta clave 3:

- Líneas de actuación que se proponen respecto de:
 - Hábitos de alimentación. *La mayoría de asistentes estuvieron de acuerdo en considerar los hábitos de alimentación como factores importantes que determinaban la enfermedad. Por ello, plantearon la necesidad de que hubiera mayor implicación por parte de las Administraciones sanitarias en sus políticas de promoción de hábitos de vida saludables.*
 - Actividad física. *De la misma forma que con los hábitos de alimentación, se propuso incrementar las posibilidades de ejercicio físico y educar en este sentido a la población, de hecho se propuso la realización de campañas que favorecieran las medidas osteosaludables y que no solamente se centraran en el ejercicio físico sino que abarcaran aspectos transversales.*
 - Sedentarismo y Tabaquismo. *En relación a estos contenidos se puso de manifiesto como líneas de actuación, la identificación y prevención de factores de riesgo como es la deshabituación a tóxicos como es el tabaco, dentro de una campaña que abarque todos los aspectos de prevención.*
 - Investigación. *Consideraban necesario aumentar las inversiones para poder realizar mayor investigación, sobretudo a nivel epidemiológico.*

– Riesgos genéticos. *Esta cuestión no suscitó interés en el debate.*

– Riesgos médicos: enfermedades, tratamientos y otras circunstancias. *Se pidió un mayor control de los tratamientos farmacológicos utilizados, así como la evaluación de la eficacia de los mismos para poder priorizar las recomendaciones según la eficiencia de los mismos. Además se solicitaron estudios de costes/beneficios de todos los tratamientos, no sólo los farmacológicos. En definitiva, se solicitó lograr un consenso de los tratamientos y así poder aplicarlos.*

Por lo que respecta a la comorbilidad también se solicitó actuar sobre los factores de riesgo de las mismas, así como relacionar diferentes planes de actuación de la Conselleria que ya están puestos en marcha, como por ejemplo el Plan de diabetes con el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis.

- Información/Comunicación: ¿Qué método cree que es el más eficaz para hacer llegar a la población la información científica para su sensibilización y conocimiento de este problema de salud? ¿Conoce alguna experiencia nacional o trasnacional que haya llamado su atención?

“A través de campañas publicitarias en las que se pongan de manifiesto todas las medidas osteosaludables (dieta, ejercicio y control de tóxicos)”.

“Que la información llegue a todos los públicos, especialmente desde el colegio, fomentando el conocimiento transversal de esta información desde el colegio en una única campaña que abarque los diferentes aspectos: antitabaco, educación sexual, ejercicio físico...”

“Utilización de folletos oficiales (no de la industria farmacéutica) para potenciar el cumplimiento correcto de los tratamientos. El Ministerio debería controlar la información que transmite la industria farmacéutica, en las campañas publicitarias, puesto que no siempre transmiten la información correcta de este problema de salud”.

“Otras formas de hacer llegar la información sería a través de la creación de **escuelas de osteoporosis** y de la implicación de empresas privadas en las campañas de prevención de factores de riesgo asociados a la osteoporosis como son las empresas del sector alimentación, deporte, etc. Hasta el momento en la Comunitat Valenciana se han implicado a empresas privadas como los supermercados “Consum” en el fomento de las medidas osteosaludables relacionadas con la alimentación.”

“La participación de las Sociedades Científicas es un elemento importante en la información que se ha de transmitir puesto que sus sugerencias son vitales para el Plan”.

- ¿Se ha conseguido implicar a los profesionales de las distintas especialidades que trabajan esta patología (reumatólogos, rehabilitadores, traumatólogos, ginecólogos...)? (percepción de los asistentes)

Desde este punto de vista se solicitó fundamentalmente que todos y los diferentes profesionales que estuvieran implicados tuvieran una mejor coordinación entre ellos por ello se pidió potenciar las guías clínicas y los protocolos de actuación.

La formación en el diagnóstico de osteoporosis en el profesional de primaria resulta necesaria al igual que en especializada, por ello se pide impartir un curso anual para el diagnóstico tanto en la primaria como en la especializada.

La implicación de todos los profesionales en la prevención primaria, concretamente que los diferentes profesionales se impliquen desde el principio. Ante todo se pidió que el Plan contara con un enfoque multidisciplinar y por ello se solicitó la implicación de todos los profesionales que intervienen en el abordaje de la osteoporosis.

- Nivel de extensión que ha tenido el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis (hasta dónde ha llegado): población, profesionales sanitarios, directivos.

Este contenido se trató ampliamente en las 3 preguntas de debate. En uno de los grupos se resaltó “la falta de una mayor difusión del

Plan, por ejemplo a nivel de departamentos” ya que la información no había llegado a todos por igual.

Además se sugirió que “las guías de actuación se deberían haber entregado en mano a todos los profesionales, puesto que a muchos no les llegó, concluyendo que las gerencias de los departamentos se deberían haber implicado más en este Plan”.

- Visibilidad que ha tenido el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana: sociedad valenciana, ámbito científico y ámbito territorial estatal.

Se pidió que estuviesen más presentes las sociedades científicas, con el objeto de que se contara en mayor medida con los resultados científicos.

- Accesibilidad a pruebas: ¿cuáles? ¿en qué nivel asistencial? ¿Cuellos de botella asistenciales o dificultades actuales para el acceso a estas pruebas?

Se planteó la accesibilidad a los densitómetros, las dificultades de acceso a ellos según el lugar de residencia dependiendo del departamento al que se pertenecía. Este aspecto afloró en el debate a lo largo de las 3 preguntas realizadas.

- Prevención de caídas: ¿cómo implementarla efectivamente? ¿Experiencias que le parecen especialmente interesantes para evitar caídas?

Se demandó una mejora en cuanto a los medios necesarios para la prevención, “por ejemplo el hecho de que existiera un mayor número de profesionales en la realización de talleres de prevención de caídas”. La creación de escuelas de osteoporosis o la implicación de empresas privadas del deporte en la prevención de caídas parecieron experiencias interesantes que podrían ponerse en marcha.

Resultados semi-cuantitativos estudio con asociaciones

Productividad de la sesión. La suma total de las ideas aportadas por los profesionales, fue de 219.

Tras la sustracción de las ideas similares o repetidas, se generaron un total de 135 ideas diferentes.

Con relación a los grupos participantes, el grupo A produjo un total de 118 ideas, mientras que el grupo B produjo 101. La media de ideas aportadas por cada participante se situó en 3,43 para el grupo A y 3,61 para el grupo B. La información pormenorizada se puede consultar en las tablas 3, 4 y 5.

Espontaneidad. En relación a la *medida de espontaneidad*, entendida como número de expertos que proponen una misma idea, en la tabla 6 se recoge el nivel de coincidencias por sesión y temática. Entre paréntesis se expone el porcentaje que suponen las coincidencias sobre el total de ideas producidas para cada pregunta y grupo (tabla 3).

Tabla 3. Productividad: número de ideas propuestas

| | PREGUNTA 1 | PREGUNTA 2 | PREGUNTA 3 | PREGUNTA 4 | TOTAL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| GRUPO A | 22 | 14 | 38 | 44 | 118 |
| GRUPO B | 17 | 10 | 25 | 49 | 101 |
| TOTAL | 39 | 24 | 63 | 93 | 219 |

Tabla 4. Productividad: número de ideas diferentes

| | PREGUNTA 1 | PREGUNTA 2 | PREGUNTA 3 | PREGUNTA 4 | TOTAL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| GRUPO A | 19 | 13 | 24 | 29 | 85 |
| GRUPO B | 10 | 7 | 10 | 23 | 50 |
| TOTAL | 29 | 20 | 34 | 52 | 135 |

Tabla 5. Productividad: número de ideas por asistente

| | PREGUNTA 1 | PREGUNTA 2 | PREGUNTA 3 | PREGUNTA 4 | TOTAL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| GRUPO A | 2,44 | 1,56 | 4,22 | 5,50 | 3,43 |
| GRUPO B | 2,43 | 1,43 | 3,57 | 7,00 | 3,61 |
| TOTAL | 2,43 | 1,5 | 3,93 | 6,2 | 3,52 |

Tabla 6. Espontaneidad: coincidencia en las ideas en cada sesión según temática

| | PREGUNTA 1 | PREGUNTA 2 | PREGUNTA 3 | PREGUNTA 4 | TOTAL |
|----------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| GRUPO A | 3 (14%) | 1 (7,14%) | 14 (37%) | 15 (34,09%) | 33 (28%) |
| GRUPO B | 7 (41,17%) | 3 (30%) | 15 (60%) | 26 (53,06%) | 51 (50,49%) |
| TOTAL | 10 (25,64%) | 4 (17%) | 29 (46,03%) | 41 (44,08%) | |

En las tablas 7, 8, 9 y 10 se exponen los resultados totales, de aquellas ideas que han sido recogidas por ambos grupos, para cada pregunta. En ellas encontramos la medida de la consistencia efectuada (número de expertos que proponen

una misma idea), la intensidad de la recomendación (reflejada por la media, considerando los diferentes grupos) y el coeficiente de variación (CV) que expresa el grado de acuerdo entre expertos.

Tabla 7. Resultados totales de las ideas generadas de forma coincidente en ambos grupos (consistencia, intensidad y grado de acuerdo) para la primera pregunta

¿Qué destacaríais en negativo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de osteoporosis de la Comunitat Valenciana?

| GRUPO | CRITERIO | ESP. | ESP. GLOBAL | MEDIA | CV |
|-------|--|------|-------------|-------|------|
| A | (-) TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEBERÍAN TENER AL MENOS UN DENSITÓMETRO (DXA INSUFICIENTE). | 2 | 5 | 4,38 | 0,18 |
| B | (-) NO DISPONER DE DENSITÓMETROS EN TODOS LOS DEPARTAMENTOS. | 3 | | | |
| A | (-) DOTACIÓN ECONÓMICA PARA LA INVESTIGACIÓN EN OSTEOPOROSIS. | 2 | 4 | 4,00 | 0,34 |
| B | (-) INSUFICIENCIA INVESTIGADORA. NO SUFICIENTE APOYO Y FOMENTO A LA INVESTIGACIÓN. | 2 | | | |
| A | (-) PLANTEAR OBJETIVOS CONCRETOS POR ESPECIALIDAD IMPLICADA EN EL ABORDAJE DE LA OSTEOPOROSIS. | 1 | 3 | 3,52 | 0,35 |
| B | (-) NO HA LLEGADO SU DIFUSIÓN POR IGUAL A TODOS LOS PROFESIONALES. | 2 | | | |

Tabla 8. Resultados totales de las ideas generadas de forma coincidente en ambos grupos (consistencia, intensidad y grado de acuerdo) para la segunda pregunta

¿Qué destacaríais en positivo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de osteoporosis de la Comunitat Valenciana?

| GRUPO | CRITERIO | ESP. | ESP. GLOBAL | MEDIA | CV |
|-------|---|------|-------------|-------|------|
| A | (+) INCREMENTO DE OFERTA DENSITOMÉTRICA. | 2 | 3 | 3,25 | 0,46 |
| B | (+) INCREMENTO DE DENSITÓMETROS. | 1 | | | |
| A | (+) DIVULGACIÓN DEL PROPIO PLAN PER SE Y EN EL CONJUNTO DE ACCIONES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. | 1 | 2 | 3,20 | 0,33 |
| B | (+) PLAN BIEN DIFUNDIDO EN TODA POBLACIÓN. | 1 | | | |
| A | (+) LA EXISTENCIA DE UN PLAN PIONERO EN TODA EUROPA. | 1 | 2 | 3,19 | 0,54 |
| B | (+) PLAN PIONERO EN TODA EUROPA. | 1 | | | |
| A | (+) FOMENTANDO EL CONOCIMIENTO EN LA SOCIEDAD DE LA OSTEOPOROSIS. | 1 | 2 | 3,06 | 0,41 |
| B | (+) IMPLICACIÓN DE CONSELLERÍA EN CONOCIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. | 1 | | | |
| A | (+) PROGRAMAS DE FORMACIÓN ESPECÍFICA PARA LOS PROFESIONALES. | 1 | 3 | 2,84 | 0,32 |
| B | (+) MEJORA DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. | 3 | | | |

Tabla 9. Resultados totales de las ideas generadas de forma coincidente en ambos grupos (consistencia, intensidad y grado de acuerdo) para la tercera pregunta

¿Cuáles son las dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la osteoporosis (prevención primaria y secundaria)?

| GRUPO | CRITERIO | ESP. | ESP. GLOBAL | MEDIA | CV |
|-------|---|------|-------------|-------|------|
| A | DESAJUSTE ENTRE DEMANDA Y RECURSOS. | 5 | | | |
| B | FALTAN MÉDICOS O SOBRAN PACIENTES O HAY QUE ORGANIZARSE MEJOR. | 1 | 6 | 4,69 | 0,10 |
| A | DEFICIT DE FORMACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES. | 1 | | | |
| B | DIFERENTES PROFESIONALES→DIFERENTES ENFOQUES→DIFERENTES TRATAMIENTOS. CARENCIAS DE FORMACIÓN PRIMARIA. LA VARIABILIDAD EN LA FORMACIÓN PROVOCA DIFERENTES TRATAMIENTOS. | 3 | 4 | 4,25 | 0,16 |
| A | FALTA DE DXA. | 3 | | | |
| B | FALTAN DENSITÓMETROS. | 4 | 7 | 4,19 | 0,23 |
| A | POCA COLABORACIÓN DE PACIENTES EN LAS MEDIDAS TERAPEÚTICAS NO FARMACOLÓGICAS. | 1 | | | |
| A | FALTA DE CONCIENCIA SOCIAL ENTRE LOS CIUDADANOS SOBRE LA OSTEOPOROSIS. | 1 | | | |
| A | CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO BAJO QUE INCIDE EN LA DIFICULTAD PARA PREVENIR FRACTURAS. | 3 | 11 | 3,91 | 0,29 |
| A | DIFICULTADES IMPLANTACIÓN HÁBITOS SALUDABLES. | 1 | | | |
| B | DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PACIENTE POR FALTA DE FORMACIÓN. DIFUSIÓN INCOMPLETA DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE OSTEOPOROSIS Y CAÍDAS. | 5 | | | |
| A | INSUFICIENTES PROGRAMAS PARA AUMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA. | 1 | 2 | 3,81 | 0,39 |
| B | AUSENCIA DE RECURSOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. | 1 | | | |
| A | AUSENCIA DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS DE DIAGNÓSTICOS DE OSTEOPOROSIS. | 1 | 2 | 3,13 | 0,70 |
| B | INFRADIAGNÓSTICOS POR CARENCIA DE DENSITÓMETROS. | 1 | | | |

Tabla 10. Resultados totales de las ideas generadas de forma coincidente en ambos grupos (consistencia, intensidad y grado de acuerdo) para la cuarta pregunta

¿Qué líneas de actuación considerarías prioritarias desarrollar en los próximos años en la Comunitat Valenciana para la prevención primaria de la osteoporosis?

| GRUPO | CRITERIO | ESP. | ESP. GLOBAL | MEDIA | CV |
|-------|---|------|-------------|-------|------|
| A | IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO. | 1 | 2 | 4,40 | 0,25 |
| B | ACTUAR SOBRE FACTORES DE RIESGO: FÁRMACOS Y ENFERMEDADES. | 1 | | | |
| A | MAYORES RECURSOS INVESTIGACIÓN, PRESUPUESTO ECONÓMICO PARA INVESTIGACIÓN ANUAL PARA OSTEOPOROSIS. | 3 | 4 | 4,13 | 0,30 |
| B | INCREMENTAR INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. | 1 | | | |
| A | PREVENCIÓN SECUNDARIA, SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO. | 1 | | | |
| B | FOMENTAR EL CUMPLIMIENTO CORRECTO DE LOS TRATAMIENTOS POTENCIANDO MEDIDAS NOVEDOSAS (CONSULTAS DE ENFERMERÍA Y REVISTAS FOLLETOS PERO OFICIALES, NO DE LA ADMINISTRACIÓN FARMACEÚTICA). | 4 | 5 | 4,07 | 0,35 |
| A | PROMOVER FORMACIÓN EN PROFESIONALES, LAS IDEAS NO ESTÁN CLARAS CUANDO SE HA DE INTERVENIR. | 1 | 2 | 4,07 | 0,24 |
| B | FORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES. | 1 | | | |
| A | PROMOCIONAR HÁBITOS DE VIDA HIGIÉNICO-SALUDABLES (HIGIÉNICO-DIÉTETICO, DESHABITUACIÓN TÓXICOS). | 3 | 4 | 4,00 | 0,34 |
| B | CONOCIMIENTOS TRANSVERSALES EN EL COLEGIO: CAMPAÑA ÚNICA DE VIDA SALUDABLE (ANTITABACO, EDUCACIÓN SEXUAL, OSTEOPOROSIS, EJERCICIO...) NO TANTA CAMPAÑAS INDIVIDUAL. | 1 | | | |
| A | PREVENCIÓN DE CAÍDAS (CREAR UNIDADES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS). | 2 | 3 | 3,73 | 0,29 |
| B | MEJORAR LOS MEDIOS NECESARIOS PARA LA PREVENCIÓN (MÁS PROFESIONALES PARA LA REALIZACIÓN P.EJ TALLER DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS). | 1 | | | |
| A | EVALUAR DE FORMA INDEPENDIENTE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS. | 1 | 2 | 3,67 | 0,43 |
| B | LOS ESTUDIOS COSTES/BENEFICIOS DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA PRIORIZAR RECOMENDACIONES SEGÚN EFICIENCIA. | 1 | | | |

En el anexo 6 se presentan los resultados completos totales obtenidos para cada uno de los grupos. Los resultados se presentan ordenados en función de la intensidad de la recomendación (media), incluyéndose, asimismo, espontaneidad y coeficiente de variación (CV) de cada una de las ideas aportadas por los expertos como respuesta a cada pregunta.

Resultados semi-cuantitativos en el estudio con asociaciones

Por lo que respecta a las valoraciones sobre diferentes aspectos en el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis, se exponen los aspectos más destacados durante la priorización por parte de los representantes de las asociaciones de pacientes y de grupos diana.

Los representantes de las asociaciones han percibido en los últimos 4 años, periodo de implementación del I Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis, mejoras en la rehabilitación, tratamiento (concretamente referido a fracturas y farmacológico) y diagnóstico.

Señalaron como información prioritaria divulgada en los últimos 4 años, la que concernía a la actividad física en la prevención de la osteoporosis así como la referida sobre la importancia de realizar ejercicio adaptándose a la persona que padece osteoporosis. También destacaron, que ha sido objeto de atención, la información general sobre qué es la osteoporosis, alimentación adecuada en la prevención de la enfermedad o las formas de obtención de la vitamina D fundamental en el tratamiento y prevención. La información divulgada sobre como evitar la exposición a sustancias tóxicas es otro aspecto en el que coincidieron que se le ha dado importancia.

Al ser consultados sobre los aspectos o temas que consideraron que se les debería dar importancia coincidieron en señalar los aspectos remarcados relativos a la información divulgada anteriormente. Destacando el fomento de la actividad física en la prevención y en el tratamiento de la osteoporosis (cuando ya se padece la enfermedad), de la alimentación adecuada, cómo obtener la vitamina D fundamental en el tratamiento y prevención de la osteoporosis, aumentar la información sobre los medios diagnósticos en osteoporosis e informar, explicar cómo evitar la exposición a

aquellas sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis.

Entre los medios preferidos para recibir la información fueron mencionados los medios tradicionales como son la prensa, radio, folletos o televisión como favoritos. La información proporcionada a través del centro de salud de referencia también fue destacada, así como todo tipo de actividades, charlas que fueran organizadas por las sociedades científicas.

En referencia a la idoneidad de realizar acciones para prevenir la osteoporosis remarcaron la importancia de contemplar preferentemente el grupo de mujeres comprendidas entre 40 y 64 años si bien debe tenerse en consideración que la mayoría de las asistentes pertenecían a este grupo de población.

En cuanto a los objetivos más importantes dentro de la osteoporosis señalaron las mejoras en investigación, diagnóstico y tratamiento, coincidiendo con los aspectos remarcados por los profesionales expertos. Mientras que referidos a la fractura osteoporótica, se propusieron los siguientes objetivos como prioritarios: mejora de los tratamientos de las fracturas por osteoporosis, mejora en la prevención de las fracturas osteoporóticas y mejora en la rehabilitación de las fracturas osteoporóticas.

Consultados sobre la importancia de la formación continua a los profesionales para un mejor manejo de la osteoporosis fue priorizado el personal médico del centro de salud. A continuación sugirieron los médicos especialistas, seguidos del personal de enfermería y el de fisioterapia y rehabilitación.

Referidos a la importancia que daban a las diferentes actuaciones sobre osteoporosis, fueron consideradas como muy necesarias las campañas de prevención así como las destinadas al aumento del cumplimiento terapéutico para evitar los abandonos. El desarrollo de actividades para el fomento de la actividad física desde los centros comunitarios y la prevención de caídas en las personas mayores fueron actuaciones también consideradas por las participantes.

En el anexo 7 se presentan ordenadas todas las respuestas de mayor a menor puntuación según la media alcanzada, la varianza y desviación típica.

5.2 Fase 2: Estudio cualitativo para la elaboración del II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana

Resultados estudio Delphi

La primera ola se inició el 7 de Abril de 2008. Se lanzó por correo electrónico (anexo 9) un mensaje automático a todos los expertos invitados a participar en el estudio para informarles de los pasos a seguir a fin de poder contestar adecuadamente al cuestionario inicial (anexo 3) en la aplicación diseñada específicamente para este estudio. Esta primera ola concluyó el 6 de mayo de 2008, con una participación de 70 expertos.

La primera cuestión planteada a los expertos participantes fue acerca de su conocimiento sobre la existencia, entre 2003 y 2007, del I PPCOCV que no se volvió a incluir en la segunda ola de priorización. Un 66% de los participantes afirmaron tener conocimiento previo sobre la existencia de un Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana.

Se tomó como punto de corte, para la primera ola, el valor dónde el coeficiente de variabilidad de los resultados presentó una ruptura en la con-

tinuidad de las puntuaciones, los valores críticos se muestran en la tabla 11. Todas las puntuaciones que quedaron por debajo fueron eliminadas automáticamente por la aplicación.

Una vez descartadas las propuestas que no superaron el punto de corte y contando con las sugerencias de los expertos en la primera ola (tabla 12), se seleccionaron un total de 40 ítems que fueron el objeto de consulta en la segunda ola.

La segunda ola se inició el día 8 mayo de 2008 y finalizó el día 2 de Junio de 2008. En esta fase el número de participantes fue de 65 expertos (93% sobre la tasa de respuesta de la primera ola).

En los anexos 10 y 11, se encuentran representadas las gráficas correspondientes a las respuestas de la primera y segunda ola, respectivamente, ordenadas en sentido decreciente según el valor de la media en cada uno de los bloques.

Las tablas 13, 14, 15, 16 y 17 presentan aquellos ítems en los que ha habido mayor acuerdo tras las dos oleadas de priorización realizadas. En cada una de las tablas podemos observar, además, el porcentaje de respuesta para cada ítem por encima de 9 y 10 puntos y los correspondientes estadísticos.

Tabla 11. Puntos de corte establecidos tras la realización de la primera priorización en el estudio Delphi

| BLOQUES | PUNTO DE CORTE |
|--|----------------|
| BLOQUE 2. Con respecto a la osteoporosis, todos los objetivos son necesarios pero si tuviera que priorizarlos, teniendo en cuenta la situación actual, qué valor entre 0 y 10 le asignaría a cada uno. | 7 |
| BLOQUE 3. Todos los aspectos de prevención y actuaciones poblacionales sobre la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que priorizarlos, que valor entre 0 y 10 le asignaría a cada uno. | 7,35 |
| BLOQUE 4. Todos los esfuerzos para la sensibilización del profesional sanitario sobre la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que priorizar su importancia ¿a cuál le daría mayor importancia? | 8,08 |
| BLOQUE 5. Todos los esfuerzos en el tratamiento y rehabilitación de la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que decidir cuáles son más importantes ¿Qué diría? | 7,54 |
| BLOQUE 6. Con respecto a la investigación en osteoporosis, todos los objetivos son necesarios pero si tuviera que ordenarlos, qué peso le daría a cada uno. | 7,36 |

Tabla 12. Sugerencias de los expertos incluidas en la segunda oleada del estudio Delphi

| BLOQUES | SUGERENCIAS |
|--|---|
| BLOQUE 3. Todos los aspectos de prevención y actuaciones poblacionales sobre la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que priorizarlos, que valor entre 0 y 10 le asignaría a cada uno. | <ul style="list-style-type: none"> Realizar campañas de educación sanitaria (incluido el fomento del cumplimiento terapéutico) en colaboración con las oficinas de farmacia. |
| BLOQUE 5. Todos los esfuerzos en el tratamiento y rehabilitación de la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que decidir cuáles son más importantes ¿Qué diría? | <ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo en los servicios de rehabilitación programas integrales (información, ejercicio y prevención de caídas) a pacientes con riesgo de osteoporosis. Potenciar unidades de fracturas en los hospitales que atienden pacientes con fracturas osteoporóticas. |
| BLOQUE 6. Con respecto a la investigación en osteoporosis, todos los objetivos son necesarios pero si tuviera que ordenarlos, qué peso le daría a cada uno. | <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del efecto del tratamiento rehabilitador de los trastornos del equilibrio sobre las caídas. |

Tabla 13. Objetivos prioritarios en osteoporosis

| PREGUNTAS | N | MEDIA | CV | MÁXIMO | MÍNIMO | % ≥ 9 |
|---|----|-------|------|--------|--------|------------|
| Mejorar la prevención en osteoporosis | 64 | 9,03 | 0,11 | 10 | 5 | 70,31% |
| Mejorar el diagnóstico en osteoporosis | 64 | 8,53 | 0,12 | 10 | 4 | 50% |
| Mejorar el tratamiento en osteoporosis | 64 | 7,92 | 0,13 | 10 | 5 | 28,12% |
| Mejorar la investigación en osteoporosis | 64 | 7,39 | 0,18 | 10 | 3 | 17,18% |
| Mejorar la rehabilitación en osteoporosis | 64 | 7,17 | 0,2 | 10 | 3 | 15,62% |

Tabla 14. Actuaciones preventivas y poblacionales prioritarias

| PREGUNTAS | N | MEDIA | CV | MÁXIMO | MÍNIMO | % ≥ 9 |
|--|----|-------|------|--------|--------|------------|
| Divulgar medidas para la prevención de caídas en grupos diana concretos (mujeres, personas mayores...) y personas susceptibles. | 62 | 8,77 | 0,11 | 10 | 2 | 65% |
| Poner en marcha un plan para evitar las caídas en el hogar de las personas mayores. | 62 | 8,45 | 0,14 | 10 | 5 | 55% |
| Realizar campañas de intervención en los colegios sobre alimentación saludable, actividad física y hábitos saludables que interesen también a la salud ósea. | 61 | 8,36 | 0,15 | 10 | 3 | 15% |
| Fomentar actividad física adaptada para prevenir fracturas osteopóroticas. | 62 | 8,34 | 0,14 | 10 | 5 | 45,16% |
| Divulgar los principios de una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...) | 62 | 8,31 | 0,13 | 10 | 5 | 48,38% |
| La difusión en la población diana de los ejercicios y medidas indicadas y contraindicadas en la osteoporosis para evitar fracturas derivadas. | 62 | 8,24 | 0,14 | 10 | 4 | 43,54% |
| Divulgar entre la población general formas de obtención/consumo de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...) | 62 | 8,13 | 0,16 | 10 | 2 | 49% |
| Implicar a enfermería en las tareas de prevención de la osteoporosis en los Centros de Atención Primaria (consultas de enfermería sobre osteoporosis) | 62 | 7,5 | 0,21 | 10 | 1 | 23% |
| Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis. | 60 | 7,43 | 0,17 | 10 | 4 | 15% |
| Realizar campañas de sensibilización y prevención en los balnearios y residencias para personas mayores para aumentar la adhesión, evitar caídas e informar de los riesgos de fractura en personas con osteoporosis. | 60 | 7,42 | 0,15 | 10 | 5 | 23% |
| Sensibilizar a la población general sobre la magnitud, repercusiones e importancia que tiene la osteoporosis como problema de salud pública. | 61 | 7,38 | 0,22 | 10 | 0 | 23% |
| Realizar campañas para evitar la exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...) | 61 | 7,36 | 0,17 | 10 | 3 | 15% |
| Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis | 61 | 7,33 | 0,17 | 10 | 4 | 16,39% |
| Ofrecer formación específica a los monitores de actividad física de los ayuntamientos y dependientes de bienestar social de los ejercicios más recomendables y los contraindicados en la osteoporosis. | 62 | 7,16 | 0,16 | 10 | 5 | 8,06% |

Tabla 15. Aspectos de sensibilización del profesional sanitario prioritarios

| PREGUNTAS | N | MEDIA | CV | MÁXIMO | MÍNIMO | % ≥ 9 |
|--|----|-------|------|--------|--------|------------|
| Facilitar el acceso a DXA en todos los Departamentos sanitarios. | 58 | 8,79 | 0,13 | 10 | 5 | 69% |
| Aumentar la formación de los profesionales de atención primaria para proceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis mediante cursos, seminarios u otros modelos formativos. | 59 | 8,64 | 0,12 | 10 | 6 | 60% |
| Hacer accesible las pruebas diagnósticas, como el DXA, a atención primaria. | 58 | 8,59 | 0,14 | 10 | 5 | 62% |
| Contar con el consenso de las sociedades científicas pertinentes y el respaldo de la Conselleria de Sanitat para la elaboración de los documentos que establezcan el documento de diagnóstico y manejo de la osteoporosis. | 59 | 8,37 | 0,18 | 10 | 2 | 54,23% |
| Establecer/ editar/ difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención primaria | 58 | 8,24 | 0,14 | 10 | 5 | 41,37% |
| Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para los criterios de derivación a especializada. | 59 | 8,05 | 0,14 | 10 | 5 | 36% |

Tabla 16. Aspectos del tratamiento y rehabilitación prioritarios

| PREGUNTAS | N | MEDIA | CV | MÁXIMO | MÍNIMO | % ≥ 9 |
|---|----|-------|------|--------|--------|------------|
| Ofrecer formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas terapéuticas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis. | 59 | 8,44 | 0,12 | 10 | 5 | 49,15% |
| Difusión de una guía terapéutica para el manejo de la osteoporosis en atención primaria y especializada. | 60 | 8,28 | 0,14 | 10 | 4 | 45% |
| Realizar en los servicios de rehabilitación programas integrales (información, ejercicio y prevención de caídas) a pacientes con riesgo de osteoporosis | 60 | 8,12 | 0,26 | 10 | 0 | 50% |
| Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos. | 59 | 8,07 | 0,13 | 10 | 6 | 32,20% |
| Potenciar unidades de fracturas en los hospitales que atienden pacientes con fracturas osteoporóticas | 61 | 7,98 | 0,24 | 10 | 0 | 49,18% |
| Persuadir a la población que lo requiera de las medidas para aumentar la adhesión al tratamiento mediante consultas de enfermería, folletos informativos y otros. | 60 | 7,48 | 0,2 | 10 | 3 | 17% |
| Difundir las pautas de rehabilitación más importantes tras las caídas. | 59 | 7,39 | 0,18 | 10 | 3 | 12% |
| Potenciar y difundir escuelas/aulas de cuidados en los Servicios de rehabilitación para evitar nuevas fracturas por osteoporosis. | 60 | 7,22 | 0,25 | 10 | 0 | 20% |

Tabla 17. Objetivos de investigación prioritarios

| PREGUNTAS | N | MEDIA | CV | MÁXIMO | MÍNIMO | % ≥ 9 |
|---|----|-------|------|--------|--------|--------|
| Realizar seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis en la Comunitat Valenciana. | 60 | 8,32 | 0,14 | 10 | 5 | 45% |
| Dedicar mayores recursos a la investigación sobre prevención de la osteoporosis. | 60 | 8,32 | 0,16 | 10 | 4 | 47% |
| Realizar estudios de evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana. | 60 | 8,02 | 0,14 | 10 | 5 | 35% |
| Evaluación del efecto del tratamiento rehabilitador de los trastornos del equilibrio sobre las caídas | 59 | 8 | 0,19 | 10 | 3 | 44% |
| Dedicar mayores recursos a la investigación sobre tratamiento de la osteoporosis. | 60 | 7,67 | 0,17 | 10 | 4 | 23,33% |
| Realizar estudios de prevalencia de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana | 60 | 7,33 | 0,18 | 10 | 5 | 13,33% |

En las tablas 18a, 18b, 18c, 18d y 18e se reflejan las diferencias de media en cada uno de los ítems de acuerdo a 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros.

Se han observado diferencias estadísticamente significativas en los siguientes ítems:

- *Mejorar la rehabilitación en la osteoporosis.* Se observan diferencias significativas en cuánto a la media entre los grupos de reumatología y las otras especialidades implicadas en el abordaje de la osteoporosis (reumatología: 6,43; primaria: 7,89; $p < 0,05$).
- *Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para los criterios de derivación a especializada.* Se observan diferencias significativas en cuánto a la media entre los grupos de reumatología y las otras especialidades implicadas en el abordaje de la osteoporosis (reumatología: 8,83; otros: 7,82; $p < 0,05$).

- *Realizar en los servicios de rehabilitación programas integrales (información, ejercicio y prevención de caídas) a pacientes con riesgo de osteoporosis.* Se observan diferencias significativas en cuánto a la media entre los grupos de reumatología y las otras especialidades implicadas en el abordaje de la osteoporosis (reumatología: 6,46; primaria: 8,5; $p < 0,05$).
- *Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos.* Se observan diferencias significativas en cuánto a la media entre los grupos de reumatología y atención primaria (reumatología: 8,42; primaria: 7,25; $p < 0,05$).
- *Realizar estudios de la evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana.* Se observan diferencias significativas en cuánto a la media entre los grupos de reumatología y atención primaria (reumatología: 8,62; primaria: 7,38; $p < 0,05$).

Tabla 18a. Diferencias de media en cada uno de los ítems de acuerdo a 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros

| BLOQUE 2 | REUMATÓLOGOS | | | PRIMARIA | | | OTROS | | | ESTADÍSTICOS | |
|---|--------------|-------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|--------------|-------|
| | N | Media | CV | N | Media | CV | N | Media | CV | F | p |
| Mejorar la investigación en osteoporosis. | 14 | 7,5 | 0,17 | 9 | 7,33 | 0,13 | 41 | 7,37 | 0,19 | 0,06 | 0,94 |
| Mejorar la prevención de la osteoporosis. | 14 | 8,79 | 0,16 | 9 | 9 | 0,09 | 41 | 9,12 | 0,09 | 0,56 | 0,57 |
| Mejorar el diagnóstico de la osteoporosis. | 14 | 8,71 | 0,11 | 9 | 8,56 | 0,1 | 41 | 8,46 | 0,12 | 0,32 | 0,73 |
| Mejorar el tratamiento de la osteoporosis. | 14 | 8,5 | 0,12 | 9 | 7,78 | 0,14 | 41 | 7,76 | 0,11 | 3,12 | 0,05 |
| Mejorar la rehabilitación en la osteoporosis. | 14 | 6,43 | 0,24 | 9 | 7,89 | 0,16 | 41 | 7,27 | 0,18 | 3,40 | 0,04* |

* Significativas $p < 0,05$

Tabla 18b. Diferencias de media en cada uno de los ítems de acuerdo a 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros

| BLOQUE 3 | REUMATÓLOGOS | | | PRIMARIA | | | OTROS | | | ESTADÍSTICOS | |
|--|--------------|-------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|--------------|------|
| | N | Media | CV | N | Media | CV | N | Media | CV | F | p |
| Divulgar medidas para la prevención de caídas en grupos diana concretos (mujeres, personas mayores...) y personas susceptibles. | 13 | 8,46 | 0,11 | 9 | 9,11 | 0,06 | 40 | 8,8 | 0,11 | 1,21 | 0,31 |
| Poner en marcha un plan para evitar las caídas en el hogar de las personas mayores. | 13 | 8,15 | 0,14 | 9 | 9,22 | 0,07 | 40 | 8,38 | 0,14 | 2,59 | 0,08 |
| Realizar campañas de intervención en los colegios sobre alimentación saludable, actividad física y hábitos saludables que interesen también a la salud ósea. | 13 | 8,69 | 0,1 | 9 | 7,56 | 0,26 | 39 | 8,44 | 0,13 | 2,40 | 0,10 |
| Fomentar actividad física adaptada para prevenir fracturas osteopóroticas. | 13 | 8,62 | 0,1 | 9 | 8,22 | 0,16 | 40 | 8,28 | 0,13 | 0,49 | 0,61 |
| Divulgar los principios de una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...) | 13 | 8,38 | 0,11 | 9 | 8,56 | 0,1 | 40 | 8,23 | 0,14 | 0,36 | 0,70 |
| La difusión en la población diana de los ejercicios y medidas indicadas y contraindicadas en la osteoporosis para evitar fracturas derivadas. | 13 | 8,62 | 0,08 | 9 | 7,89 | 0,14 | 40 | 8,2 | 0,14 | 1,16 | 0,32 |

| BLOQUE 3 | REUMATÓLOGOS | | | PRIMARIA | | | OTROS | | | ESTADÍSTICOS | |
|--|--------------|-------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|--------------|-------|
| | N | Media | CV | N | Media | CV | N | Media | CV | F | p |
| Divulgar entre la población general formas de obtención/consumo de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...) | 13 | 8,38 | 0,11 | 9 | 8,56 | 0,1 | 40 | 8,23 | 0,14 | 0,40 | 0,67 |
| Implicar a enfermería en las tareas de prevención de la osteoporosis en los Centros de Atención Primaria (consultas de enfermería sobre osteoporosis) | 13 | 8 | 0,10 | 9 | 7,44 | 0,27 | 40 | 7,35 | 0,2 | 0,80 | 0,45 |
| Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis. | 13 | 7,69 | 0,17 | 8 | 7,38 | 0,12 | 39 | 7,36 | 0,17 | 0,35 | 0,71 |
| Realizar campañas de sensibilización y prevención en los balnearios y residencias para personas mayores para aumentar la adhesión, evitar caídas e informar de los riesgos de fractura en personas con osteoporosis. | 13 | 7,15 | 0,13 | 8 | 7 | 0,15 | 39 | 7,59 | 0,14 | 1,47 | 0,24 |
| Sensibilizar a la población general sobre la magnitud, repercusiones e importancia que tiene la osteoporosis como problema de salud pública. | 13 | 7 | 0,34 | 8 | 7,25 | 0,17 | 40 | 7,53 | 0,18 | 0,53 | 0,59 |
| Realizar campañas para evitar la exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...) | 13 | 7,62 | 0,16 | 8 | 7,13 | 0,21 | 40 | 7,33 | 0,16 | 0,42 | 0,66 |
| Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis | 13 | 7,31 | 0,18 | 8 | 7,25 | 0,16 | 40 | 7,35 | 0,16 | 0,023 | 0,977 |
| Ofrecer formación específica a los monitores de actividad física de los ayuntamientos y dependientes de bienestar social de los ejercicios más recomendables y los contraindicados en la osteoporosis. | 13 | 7,31 | 0,17 | 9 | 6,56 | 0,17 | 40 | 7,25 | 0,15 | 1,502 | 0,231 |

Tabla 18c. Diferencias de media en cada uno de los ítems de acuerdo a 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros

| BLOQUE 4 | REUMATÓLOGOS | | | PRIMARIA | | | OTROS | | | ESTADÍSTICOS | |
|--|--------------|-------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|--------------|--------|
| | N | Media | CV | N | Media | CV | N | Media | CV | F | p |
| Facilitar el acceso a DXA en todos los Departamentos sanitarios. | 12 | 9,08 | 0,09 | 7 | 8,29 | 0,11 | 39 | 8,79 | 0,13 | 1,094 | 0,342 |
| Aumentar la formación de los profesionales de atención primaria para proceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis mediante cursos, seminarios u otros modelos formativos. | 12 | 9 | 0,12 | 8 | 8,5 | 0,06 | 39 | 8,56 | 0,12 | 0,91 | 0,409 |
| Hacer accesible las pruebas diagnósticas, como el DXA, a atención primaria. | 12 | 8,92 | 0,12 | 7 | 8,86 | 0,12 | 39 | 8,44 | 0,15 | 0,914 | 0,407 |
| Contar con el consenso de las sociedades científicas pertinentes y el respaldo de la Conselleria de Sanitat para la elaboración de los documentos que establezcan el documento de diagnóstico y manejo de la osteoporosis. | 12 | 8,75 | 0,12 | 8 | 8,5 | 0,18 | 39 | 8,23 | 0,2 | 0,552 | 0,579 |
| Establecer/ editar/ difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención primaria. | 12 | 8,58 | 0,07 | 8 | 8,5 | 0,14 | 38 | 8,08 | 0,15 | 1,069 | 0,351 |
| Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para los criterios de derivación a especializada. | 12 | 8,83 | 0,1 | 8 | 8 | 0,14 | 39 | 7,82 | 0,13 | 4,448 | 0,016* |

* Significativas $p < 0,05$

Tabla 18d. Diferencias de media en cada uno de los ítems de acuerdo a 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros

| PREGUNTAS BLOQUE 5 | REUMATÓLOGOS | | | PRIMARIA | | | OTROS | | | ESTADÍSTICOS | |
|---|--------------|-------|------|----------|-------|------|-------|-------|------|--------------|--------|
| | N | MEDIA | CV | N | MEDIA | CV | N | MEDIA | CV | F | p |
| Ofrecer formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas terapéuticas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis. | 13 | 8,77 | 0,16 | 8 | 8,5 | 0,1 | 38 | 8,32 | 0,11 | 0,907 | 0,41 |
| Difusión de una guía terapéutica para el manejo de la osteoporosis en atención primaria y especializada. | 13 | 8,62 | 0,1 | 8 | 8,38 | 0,08 | 39 | 8,15 | 1,16 | 0,767 | 0,469 |
| Realizar en los servicios de rehabilitación programas integrales (información, ejercicio y prevención de caídas) a pacientes con riesgo de Osteoporosis | 13 | 6,46 | 0,51 | 8 | 8,5 | 0,14 | 39 | 8,59 | 0,17 | 5,723 | 0,005* |
| Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos. | 12 | 8,42 | 0,13 | 8 | 7,25 | 0,14 | 39 | 8,13 | 0,12 | 3,203 | 0,048* |
| Potenciar unidades de fracturas en los hospitales que atienden pacientes con fracturas osteoporóticas | 13 | 7,46 | 0,34 | 8 | 8 | 0,16 | 40 | 8,15 | 0,22 | 0,624 | 0,539 |
| Persuadir a la población que lo requiera de las medidas para aumentar la adhesión al tratamiento mediante consultas de enfermería, folletos informativos y otros. | 13 | 8,08 | 0,19 | 8 | 7 | 0,24 | 39 | 7,38 | 0,18 | 1,62 | 0,207 |
| Difundir las pautas de rehabilitación más importantes tras las caídas. | 13 | 7 | 0,3 | 7 | 6,86 | 0,21 | 39 | 7,62 | 0,12 | 1,663 | 0,199 |
| Potenciar y difundir escuelas/aulas de cuidados en los Servicios de rehabilitación para evitar nuevas fracturas por osteoporosis. | 13 | 6,69 | 0,43 | 8 | 7,13 | 0,23 | 39 | 7,41 | 0,17 | 0,786 | 0,461 |

* Significativas p<0,005

Tabla 18e. Diferencias de media en cada uno de los ítems de acuerdo a 3 grupos de participantes: reumatólogos, atención primaria y otros

| PREGUNTAS | REUMATÓLOGOS | | | PRIMARIA | | | OTROS | | | ESTADÍSTICOS | |
|---|--------------|-------|-------|----------|-------|------|-------|-------|------|--------------|--------|
| | N | MEDIA | CV | N | MEDIA | CV | N | MEDIA | CV | F | p |
| BLOQUE 6 | | | | | | | | | | | |
| Realizar seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis en la Comunitat Valenciana. | 13 | 8,77 | 0,009 | 8 | 7,75 | 0,2 | 39 | 8,28 | 0,12 | 2,158 | 0,125 |
| Dedicar mayores recursos a la investigación sobre prevención de la osteoporosis. | 13 | 8,23 | 0,15 | 8 | 7,38 | 0,14 | 39 | 7,54 | 0,17 | 1,731 | 0,186 |
| Realizar estudios de evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana. | 13 | 8,62 | 0,11 | 8 | 7,38 | 0,17 | 39 | 7,95 | 0,14 | 3,272 | 0,045* |
| Evaluación del efecto del tratamiento rehabilitador de los trastornos del equilibrio sobre las caídas | 13 | 7,23 | 0,26 | 8 | 8 | 0,21 | 38 | 8,26 | 0,15 | 2,337 | 0,106 |
| Dedicar mayores recursos a la investigación sobre tratamiento de la osteoporosis. | 13 | 8,23 | 0,15 | 8 | 7,38 | 0,14 | 39 | 7,54 | 0,17 | 1,731 | 0,186 |
| Realizar estudios de prevalencia de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana. | 13 | 7,23 | 0,19 | 8 | 6,75 | 0,18 | 39 | 7,49 | 0,16 | 1,128 | 0,331 |

* Significativas $p < 0,05$

CONCLUSIONES

6.1 Fase 1

Perspectiva de los expertos: *Metaplan*

Todos los expertos pudieron participar activamente sin que se produjeran incidencias. De igual forma, tampoco se detectaron situaciones que pudieran sesgar de forma significativa los debates.

La composición de los grupos *a priori* fue apropiada para los objetivos del estudio.

En general, se ha generado un gran número de ideas en todas las líneas, lo que supone de entrada la sensibilización y preocupación de los participantes por los temas tratados y su nivel de conocimiento.

En la medida en que el número de ideas propuestas por cada participante se ha incrementado,

la medida de la espontaneidad también se ve incrementada, lo que apunta claramente hacia la existencia de coincidencias entre los expertos participantes.

Respecto de la intensidad de la recomendación de las ideas una vez debatidas hay que considerar que si sólo analizáramos aquellas con una puntuación media superior a 3, sólo se eliminarían 19 del total de 219. Por tanto, la mayoría de las aportaciones de los expertos tienen, en su criterio, un gran valor o significado.

Comentario aparte merece, tras la observación de los resultados cualitativos, la reiteración de diferentes aspectos en diferentes preguntas de ambos grupos:

Ambos grupos apuntaron la carencia de densitómetros en todos los Departamentos Sanitarios de la Comunitat Valenciana, que se hacían nece-

sarios para detectar la enfermedad. El nivel de conocimiento y difusión del Plan de Prevención y Control de Osteoporosis, ha sido desigual, no habiendo llegado a todos los Departamentos y a todos los profesionales, añadiendo que preferirían que se les entregase personalmente y, a ser posible, las guías en papel. Por otra parte se demandó mayor consenso entre los profesionales en cuanto a las pautas de actuación, sobre los fármacos y

tratamiento a aplicar, lo que implicaría mayor formación en los profesionales que trabajan este tema.

Al comparar los resultados de cada grupo con los de su espejo (triangulación) se han detectado las ideas más relevantes no sólo por la mayor coincidencia de éstas entre los expertos, sino también por la intensidad con la que se recomiendan. Estas ideas se exponen por áreas en la tabla 19.

Tabla 19. Áreas de interés surgidas en las diferentes líneas de trabajo

| ÁREAS DE INTERES | |
|--|---|
| A destacar en positivo en la prevención primaria y secundaria en los últimos años | <i>Plan pionero en toda Europa, mucha difusión en toda la Comunitat Valenciana.</i> <i>Aumento de la oferta densitométrica.</i> |
| A destacar en negativo en la prevención primaria y secundaria en los últimos años | <i>A pesar del incremento la oferta densitométrica es insuficiente.</i> <i>Falta de Recursos económicos para investigación: falta de apoyo y fomento.</i> |
| Principales dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la osteoporosis | <i>Desajuste existente entre demanda de servicios y recursos humanos disponibles.</i> <i>Falta de recursos para llevar a cabo la prevención primaria.</i> <i>Dificultades de cumplimiento terapéutico por la poca colaboración de los pacientes en las medidas terapéuticas no farmacológicas.</i> <i>Poca concienciación social en los ciudadanos.</i> <i>Poca difusión de medidas preventivas tanto de la osteoporosis, como de las caídas.</i> |
| Líneas de actuación prioritarias en la prevención primaria y secundaria de la Osteoporosis | <i>Educación para la salud desde edades tempranas (desde el colegio).</i> <i>Aumento de inversión en materias de investigación.</i> <i>Fomento del cumplimiento terapéutico.</i> |
| Acciones de mejora propuestas | <i>Coordinación entre niveles (implicación Atención Primaria).</i> <i>Extensión del Plan a todos los ámbitos asistenciales.</i> <i>Incremento de recursos humanos y técnicos.</i> |

Perspectiva de las asociaciones de pacientes y grupos diana

Los aspectos sugeridos por los representantes de asociaciones en los diferentes bloques como más importantes quedan reflejados en la tabla 20.

Del grupo de asociaciones cabe destacar, ade-

más, como las puntuaciones otorgadas en todas las medidas, acciones y criterios que se han votado son bastante altas, sobrepasando en todos los casos la puntuación de 3 puntos (escala de respuesta de 0 a 5 puntos), por lo que se trata de un grupo activo e interesado en el abordaje de la osteoporosis.

Tabla 20. Aspectos más importantes sugeridos por las asociaciones

| ASPECTOS MÁS IMPORTANTES | |
|---|--|
| Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis | Se han percibido mejoras durante estos últimos 4 años tanto en la rehabilitación, como en el tratamiento de las fracturas y en tratamiento farmacológico de la osteoporosis. |
| Información divulgada para los siguientes temas relacionados con la osteoporosis | Aspectos destacados la información divulgada: <ol style="list-style-type: none"> 1. importancia de realizar actividad física para prevenir la osteoporosis 2. información general acerca sobre lo que es la osteoporosis 3. alimentación más adecuada para su prevención 4. Cómo obtener vitamina D como elemento fundamental en el abordaje de la osteoporosis. |
| Aspectos informativos más importantes sobre la osteoporosis | Si se tienen que priorizar la información que deben recibir los pacientes con osteoporosis indicarían por importancia: el fomento de la actividad física, de la alimentación y de la obtención de vitamina D. |
| Medios de divulgación preferidos para que llegue la información. | Principalmente prefieren los medios habituales de comunicación: prensa, y radio. Pero la proporcionada en los centros de salud también es importante. |
| Grupos Poblacionales dónde tienen más importancia las acciones sobre osteoporosis. | Edades comprendidas entre 40 y 64 años. |
| Objetivos con mayor importancia dentro de la osteoporosis | Los objetivos más importantes son los siguientes: mejoras en investigación, diagnóstico y tratamiento |
| Objetivos con mayor importancia dentro de la fractura osteoporótica. | Se destacan como primordiales: mejorar los tratamientos, la prevención, y la rehabilitación de las fracturas osteoporóticas. |
| Importancia de la formación continua de los profesionales en el mejor manejo de la osteoporosis | Por orden de importancia la formación continua debe pasar, en primer lugar por el personal médico del centro de salud, en segundo lugar por los especialistas y, finalmente, por el personal de enfermería. |
| Actuaciones más importantes sobre osteoporosis | Ordenan de mayor a menor importancia: <ol style="list-style-type: none"> 1. llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones en materia de prevención de osteoporosis 2. desarrollar actividades en centros comunitarios para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis 3. llevar a cabo campañas para evitar los abandonos aumentando así el cumplimiento terapéutico. |

6.2 Fase 2: Estudio Delphi

En la segunda fase del estudio, que ha consistido en la aplicación de la técnica cualitativa de búsqueda de consenso “Delphi”, cabe destacar la alta participación acontecida tanto en la primera como en la segunda ola del estudio, superando los valores habituales para este tipo de técnicas.

La composición de los grupos de expertos no ha resultado tan numerosa en especialidades para poder conformar grupos homogéneos y observar diferencias entre los mismos. Se ha procedido a agruparlos en tres categorías y pese a que cabe destacar que han existido diferencias significativas, estas no son relevantes al objeto del estudio.

El amplio número de ideas recogidas en la fase Metaplan, permitió afrontar la redacción de propuestas durante los grupos de debate de expertos a nivel asistencial y los representantes de las asociaciones comunitarias, para llevar a cabo esta segunda fase (estudio Delphi) con mayores garantías de validez.

En todos los casos se ha comprobado que los ítems con mayor puntuación de la primera ola también lo fueron en la segunda ola, aunque el orden de presentación pudiera variar mínimamente. El alcance de un suficiente grado de acuerdo entre ellas no ha hecho necesario la realización de una tercera ola.

Dentro de la aplicación de esta técnica cualitativa, es importante considerar que las propuestas identificadas como prioritarias responden al criterio múltiple empleado (elevada media, variabilidad estrecha y amplio porcentaje de respuesta), lo que garantiza un alto grado de acuerdo en la priorización de propuestas.

Cabe destacar además de las propuestas que se han priorizado con esta técnica, las sugerencias que los participantes durante la primera ola, han tenido la posibilidad de aportar como posibles propuestas también a considerar.

Se destacan las siguientes propuestas para ser consideradas dentro del próximo Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana:

OBJETIVOS NECESARIOS CON RESPECTO A LA OSTEOPOROSIS

- Mejorar la prevención de la osteoporosis
- Mejorar el diagnóstico en osteoporosis

ASPECTOS DE PREVENCIÓN Y ACTUACIONES POBLACIONALES NECESARIAS SOBRE LA OSTEOPOROSIS

- Divulgar medidas para la prevención de caídas en grupos diana concretos (mujeres, personas mayores...) y personas susceptibles.
- Poner en marcha un plan para evitar las caídas en el hogar de las personas mayores.
- Realizar campañas de intervención en los colegios sobre alimentación saludable, actividad física y hábitos saludables que interesen también a la salud ósea.
- Fomentar actividad física adaptada para prevenir fracturas osteopóroticas.
- Divulgar los principios de una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...)
- La difusión en la población diana de los ejercicios y medidas indicadas y contraindicadas en la osteoporosis para evitar fracturas derivadas.
- Divulgar entre la población general formas de obtención/consumo de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...).

ESFUERZOS NECESARIOS PARA LA SENSIBILIZACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO SOBRE LA OSTEOPOROSIS

- Facilitar el acceso a DXA en todos los Departamentos sanitarios.
- Aumentar la formación de los profesionales de atención primaria para proceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis mediante cursos, seminarios u otros modelos formativos.
- Hacer accesible las pruebas diagnósticas, como el DXA, a atención primaria.

ESFUERZOS NECESARIOS EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

- Ofrecer formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas terapéuticas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis.
- Difusión de una guía terapéutica para el manejo de la osteoporosis en atención primaria y especializada.
- Realizar en los servicios de rehabilitación programas integrales (información, ejercicio y prevención de caídas) a pacientes con riesgo de osteoporosis.
- Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos.

OBJETIVOS NECESARIOS EN INVESTIGACIÓN EN OSTEOPOROSIS

- Realizar seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis en la Comunitat Valenciana.
- Dedicar mayores recursos a la investigación sobre prevención de la osteoporosis.
- Realizar estudios de evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana.

7-ANEXOS

- ANEXO 1:** Cronograma de la sesión, cuestiones planteadas y preguntas racimo para la reunión (17/01/2008) con profesionales expertos: Metaplan.
- ANEXO 2:** Cuestiones planteadas a las Asociaciones de pacientes y grupos diana para su priorización en la sesión de 11/02/2008.
- ANEXO 3:** Cuestionario 0. DELPHI PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.
- ANEXO 4:** Expertos participantes en la consulta del Metaplan.
- ANEXO 5:** Relación de participantes de las asociaciones de pacientes y grupos diana del estudio cualitativo sobre el Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana.
- ANEXO 6:** Relación de expertos participantes en el estudio Delphi: Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana.
- ANEXO 7:** Espontaneidad, intensidad de la recomendación y grado de acuerdo para todas las cuestiones por cada grupo, ordenadas en función de la intensidad de la recomendación (media).
- ANEXO 8:** Resultados semi-cuantitativos en el estudio con asociaciones de pacientes. Ordenados en sentido decreciente según priorización por media para cada una de las cuestiones consultadas.
- ANEXO 9:** Correos de invitación al estudio Delphi.
- ANEXO 10:** Resultados primera ola del estudio Delphi para el Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana.
- ANEXO 11:** Resultados segunda ola del estudio Delphi para el Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana.

ANEXO 1: Cronograma de la sesión, cuestiones planteadas y preguntas racimo para la reunión (17/01/2008) con profesionales expertos: Metaplan.

Objetivo: Identificar propuestas y acciones prioritarias para evaluar su inclusión en el Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana 2007-2010.

HORA DE INICIO 10 HORAS

**HORA PREVISTA FIN (tiempo máximo estimado):
14'30 HORAS**

PROPUESTA PREGUNTAS "PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA EN LA OSTEOPOROSIS"

• CUESTIONES TRANSVERSALES QUE INTERESA EXPLORAR:

- INVESTIGACIÓN APLICADA.
- FUENTES DISCRIMINACION POR CUESTION DE GENERO (ej. Se piensa en este proceso en los hombres). UNA VEZ TERMINADA DISCUSION SUGERIR SI NO HAY DATOS REFERENTES A VARONES, ESTE PUNTO.
- FORMACION DE LOS PROFESIONALES. CÓMO ESTÁ FUNCIONANDO Y SI HAY ALGUNA PROPUESTA DE MEJORA
- POSIBLES DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS DE RESIDENCIA

Precauciones: prevención primaria (evitar antes de que aparezca osteoporosis), secundaria (diagnóstico precoz y evitar la aparición de fracturas relacionadas).

15 MINUTOS BIENVENIDA, AGRADECIMIENTO POR PARTICIPAR Y PRESENTACIONES + INDICACIONES DE CÓMO VAMOS A TRABAJAR

1.- Pregunta clave: TIEMPO ESTIMADO 60 MINUTOS

SE PRESENTAN POR SEPARADO PERO EN EL MISMO BLOQUE DE PREGUNTAS, SE COMENTAN A LA VEZ

¿Qué destacaríais en **positivo** de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el *Plan de osteoporosis de la Comunidad Valenciana* en los últimos años?

¿Qué destacaríais en **negativo** de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el *Plan de osteoporosis de la Comunidad Valenciana* en los últimos años?

Preguntas racimo:

- ¿Qué se ha hecho EN POSITIVO en la **prevención primaria** en osteoporosis que ha llamado su atención? (Logros)
- ¿Qué no se ha hecho y debiera haberse hecho en este aspecto? (Lagunas)
- ¿Qué se ha hecho EN POSITIVO en la **prevención secundaria** en osteoporosis que ha llamado su atención? (Logros)
- ¿Qué no se ha hecho y debiera haberse hecho en este aspecto? (Lagunas)
 - ¿La estructura del Plan ha sido la adecuada? ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades más destacables en su estructura?
- ¿Se ha conseguido implicar a los profesionales de primaria? (percepción de los asistentes)
- ¿Se ha conseguido implicar a los profesionales de las distintas especialidades que trabajan esta patología (reumatólogos, rehabilitadores, traumatólogos, ginecólogos...)? (percepción de los asistentes)
- Nivel de extensión que ha tenido el *Plan de osteoporosis* (hasta dónde ha llegado): población, profesionales sanitarios, directivos ...
- Visibilidad que ha tenido el *Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana*: sociedad valenciana, ámbito científico y ámbito territorial estatal.

DESCANSO DE 10 MINUTOS

2.- Pregunta clave: TIEMPO ESTIMADO 40 MINUTOS

¿Cuáles son las dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la osteoporosis (prevención primaria y secundaria)?

Preguntas racimo:

- Recursos en diagnóstico precoz
- Formación profesionales
- Investigación aplicada
- Coordinación asistencial entre niveles y entre servicios y unidades

DESCANSO DE 10 MINUTOS

3.- Pregunta clave: TIEMPO ESTIMADO 50 MINUTOS

Partiendo de la situación actual ¿Qué líneas de actuación consideráis prioritarias desarrollar en los próximos años en la Comunidad Valenciana para la **prevención primaria** de la osteoporosis? (evitar la osteoporosis antes de que aparezca)

¿Qué propuestas crees que no pueden faltar en el próximo Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana? ¿Qué sería recomendable o necesario, aún cuando ya esté en marcha pero deba mejorarse de forma notable? *En este caso indica ya está en marcha.*

Preguntas racimo:

- Líneas de actuación que se proponen respecto de:
 - Hábitos de alimentación
 - Actividad física
 - Sedentarismo
 - Tabaquismo
 - Investigación
 - Riesgos genéticos, agregaciones familiares.
 - Riesgos médicos: enfermedades, tratamientos y otras circunstancias

- Información/comunicación: ¿Qué método cree que es el más eficaz para hacer llegar a la población la información científica para su sensibilización y conocimiento de este problema de salud? ¿Conoce alguna experiencia nacional o trasnacional que haya llamado su atención?

DESCANSO DE 10 MINUTOS

4.- Pregunta clave: TIEMPO ESTIMADO 50 MINUTOS

Partiendo de la situación actual ¿Qué líneas de actuación consideráis prioritarias para la **prevención secundaria** de la osteoporosis? (diagnóstico precoz y evitación de fracturas).

¿Qué propuestas crees que no pueden faltar en el próximo Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana? ¿Qué sería recomendable o necesario, aún cuando ya esté en marcha pero deba mejorarse de forma notable? *En este caso indica ya está en marcha.*

Preguntas racimo:

- Accesibilidad a cuestionarios (ejemplos: test ORAI, minuto de IOF): ¿cuales? ¿qué nivel asistencial?
- Accesibilidad a pruebas: ¿cuales? ¿en qué nivel asistencial? ¿Cuellos de botella asistenciales o dificultades actuales para el acceso a estas pruebas?
- Prevención de caídas: ¿cómo implementarla efectivamente? ¿Experiencias que le parecen especialmente interesantes para evitar caídas?

ANEXO 2: Cuestiones planteadas a las Asociaciones de pacientes y grupos diana para su priorización en la sesión de 11/02/2008.

EN CUÁNTO AL PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS:

0 no, para nada, impresión muy negativa – 5 si, totalmente, impresión totalmente positiva

1. Conocía su asociación que en la Comunitat Valenciana ha existido, en estos últimos años, un Plan de prevención y control de la osteoporosis.
2. Cree que, en estos últimos 4 años, ha habido mayor información sobre la osteoporosis hacia su asociación.
3. Piensa que las acciones desarrolladas en los últimos 4 años han ayudado a la población en general a conocer mejor la osteoporosis .
4. Ha percibido mayor interés sobre la prevención de la osteoporosis en su centro de salud en estos últimos 4 años.
5. Ha percibido mayor interés sobre el diagnóstico de la osteoporosis en su centro de salud en estos últimos 4 años.
6. Ha percibido mejoras en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis en estos últimos 4 años.
7. Ha percibido mejoras en el tratamiento de las fracturas por osteoporosis en estos últimos 4 años.
8. Ha percibido mejoras en la rehabilitación de la osteoporosis en estos últimos 4 años.

OPINA QUE LA INFORMACIÓN DIVULGADA PARA LOS SIGUIENTES TEMAS RELACIONADOS CON LA OSTEOPOROSIS, en los últimos 4 años, HA SIDO:

0 muy mala, impresión muy negativa – 5 muy buena, impresión muy positiva

1. Información sobre qué alimentación es más adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...)
2. Formas de obtención de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...)
3. La importancia de realizar actividad física para prevenir la osteoporosis
4. La importancia de realizar actividad física adaptada a la persona que padece osteoporosis
5. Evitar exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...)

6. Cómo prevenir las caídas
7. Información general sobre qué es la osteoporosis
8. Información sobre medios diagnósticos en la osteoporosis
9. Información sobre tratamientos farmacológicos en la osteoporosis
10. Información sobre tratamientos en las fracturas por osteoporosis
11. Información sobre rehabilitación para la osteoporosis

TODOS LOS ASPECTOS INFORMATIVOS SOBRE LA OSTEOPOROSIS SON NECESARIOS PERO SI TUVIERA QUE DECIDIR CUÁLES SON MÁS IMPORTANTES QUÉ DIRÍA?

0 es importante, pero no debe ser en absoluto una prioridad – 5 es muy importante, lo que más, debe ser una prioridad

1. Fomentar una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...)
2. Fomentar formas de obtención de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...)
3. Fomentar la actividad física para prevenir la osteoporosis
4. Fomentar la actividad física adaptada a cuando se padece osteoporosis
5. Explicar cómo evitar exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...)
6. Ayudar a la prevención de caídas
7. Contar con más medios diagnósticos en la osteoporosis
8. Mejorar los tratamientos farmacológicos en la osteoporosis
9. Mejorar los tratamientos en las fracturas por osteoporosis
10. Promover la rehabilitación de la osteoporosis

ENTRE LOS SIGUIENTES MEDIOS DE DIVULGACIÓN ¿MEDIANTE CUAL PREFIRIRÍA QUE LE LLEGASE LA INFORMACIÓN?

0 no lo veo un medio adecuado – 5 creo que es el medio más adecuado

1. Medios de comunicación (prensa, radio o televisión)
2. Superficies comerciales (supermercados, grandes superficies...)

3. En los Centros de Salud (a través del personal: médicos, enfermería...)
4. Pantallas de los autobuses y otros medios de transporte
5. Dependencias del Ayuntamiento
6. Charlas/actividades organizadas por sociedades científicas (como FHOËMO)
7. Publicaciones: folletos, cuadernillos, libros, dvd (imágenes) y otros.
8. Internet: por medio de la web.

EN MUCHOS GRUPOS POBLACIONALES SE REALIZAN ACCIONES PARA PREVENIR LA OSTEOPOROSIS- ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN ESTAS ACCIONES EN CADA UNO DE LOS GRUPOS POBLACIONALES?

0 no mucha — 5 mucha, dónde creo que hay que insistir más

1. Escolares: niños y niñas (hasta 16 años)
2. Grupos de adolescentes (de 16 a 24 años)
3. Adultos entre 24 y 40 años
4. Hombres entre 40 y 64 años
5. Mujeres entre 40 y 64 años
6. Personas mayores (de 65 años en adelante)

CON RESPECTO A LA OSTEOPOROSIS, TODOS LOS OBJETIVOS MARCADOS SON NECESARIOS. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DENTRO DE LA OSTEOPOROSIS?

0 es importante, pero no debe ser en absoluto una prioridad – 5 es muy importante, lo que más, debe ser una prioridad

1. Mejorar la investigación en osteoporosis
2. Mejorar la prevención de la osteoporosis
3. Mejorar el diagnóstico de la osteoporosis
4. Mejorar el tratamiento de la osteoporosis
5. Mejorar la rehabilitación en la osteoporosis

CON RESPECTO A LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA, TODOS LOS OBJETIVOS SON NECESARIOS. QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DENTRO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA?

0 es importante, pero no debe ser en absoluto una prioridad – 5 es muy importante, lo que más, debe ser una prioridad

1. Mejorar la investigación en fracturas por osteoporosis

2. Mejorar la prevención de las fracturas osteoporóticas
3. Mejorar el diagnóstico de fracturas osteoporóticas
4. Mejorar los tratamientos de las fracturas por osteoporosis
5. Mejorar la rehabilitación de las fracturas osteoporóticas

LA FORMACIÓN CONTINUA DE LOS PROFESIONALES ES NECESARIA PARA EL MEJOR MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE ESTA FORMACIÓN EN LOS SIGUIENTES PROFESIONALES PARA UN MEJOR MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS?

0 nula o muy escasa – 5 mucha, muy importante

1. Personal médico del Centro de Salud (Atención Primaria)
2. Personal de enfermería del Centro de Salud (Atención Primaria)
3. Personal sanitario especialista (traumatólogos, ginecólogos y otros especialistas)
4. Personal de fisioterapia y rehabilitación

TODAS LAS ACTUACIONES SOBRE LA OSTEOPOROSIS SON NECESARIAS. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LAS SIGUIENTES?

0 nula o muy escasa – 5 mucha, muy importante

1. Poner en marcha un plan para evitar las caídas en las personas mayores
2. Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis
3. Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis.
4. Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para aumentar habilidades (talleres de cocina u otros) para poder conseguir una alimentación saludable y rica en calcio.
5. Llevar a cabo campañas para aumentar el cumplimiento terapéutico, y evitar los abandonos
6. Poner en marcha una escuela itinerante (bus) de osteoporosis
7. Implicar más en la osteoporosis a las empresas privadas de alimentación, grandes superficies, deportivas...

ANEXO 3: Cuestionario 0. DELPHI: PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

1. En cuanto al plan de prevención y control de la osteoporosis en la Comunidad Valenciana:

- Conocía que en la Comunitat Valenciana ha existido en estos últimos años (2003-2007) un Plan de prevención y control de la osteoporosis.

2. Con respecto a la osteoporosis, todos los objetivos son necesarios pero si tuviera que priorizarlos, teniendo en cuenta la situación actual, qué valor entre 0 y 10 le asignaría a cada uno.

- Mejorar la investigación en osteoporosis
- Mejorar la prevención en osteoporosis
- Mejorar el diagnóstico en osteoporosis
- Mejorar el tratamiento en osteoporosis
- Mejorar la rehabilitación en osteoporosis

3. Todos los aspectos de prevención y actuaciones poblacionales sobre la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que priorizarlos, que valor entre 0 y 10 le asignaría a cada uno.

- Sensibilizar a la población general sobre la magnitud, repercusiones e importancia que tiene la osteoporosis como problema de salud pública.
- Divulgar los principios de una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...)
- Divulgar entre la población general formas de obtención/consumo de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...)
- La difusión en la población diana de los ejercicios y medidas indicadas y contraindicadas en la osteoporosis para evitar fracturas derivadas.
- Fomentar actividad física adaptada para prevenir fracturas osteopóroticas.
- Realizar campañas para evitar la exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...)
- Divulgar medidas para la prevención de caídas en grupos diana concretos (mujeres, personas mayores...)
- Poner en marcha un plan para evitar las caídas en el hogar de las personas mayores.
- Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis.
- Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis.

- Realizar campañas de intervención en los colegios sobre alimentación saludable, actividad física y hábitos saludables que interesen también a la salud ósea.
- Realizar campañas de sensibilización y prevención en los balnearios y residencias para personas mayores para aumentar la adhesión, evitar caídas e informar de los riesgos de fractura en personas con osteoporosis.
- Implicar a enfermería en las tareas de prevención de la osteoporosis en los Centros de Atención Primaria (consultas de enfermería sobre osteoporosis).
- Ofrecer formación específica a los monitores de actividad física de los ayuntamientos y dependientes de bienestar social de los ejercicios más recomendables y los contraindicados en la osteoporosis.
- Difundir a la población los factores de riesgo, criterios mayores y menores para sepan cuando puede haber sospecha de osteoporosis.
- Realizar campañas para evitar condiciones físicas modificables influyentes en la osteoporosis, como le delgadez extrema y los trastornos del comportamiento alimentario.
- Realizar campañas de ergonomía laboral para evitar maniobras corporales que pueden resultar contraproducentes para la salud ósea general y la osteoporosis en particular.
- Poner en marcha una escuela itinerante (autobús) de cuidados para la osteoporosis.
- Implicar en la prevención y control de la osteoporosis a las empresas privadas de alimentación, grandes superficies, deportivas...
- Realizar campañas de cribado diagnóstico en grupos de riesgo determinados.
- Sensibilizar a la población general sobre la importancia que tienen los problemas osteoarticulares como problema de salud pública.
- Difundir a la población los factores de riesgo, criterios para la sospecha de fractura por osteoporosis.
- Realizar campañas de ergonomía en el hogar para evitar maniobras corporales que pueden resultar contraproducentes para la salud ósea en general y la osteoporosis en particular.
- Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para poder conseguir una alimentación saludable y rica en calcio.

4. Todos los esfuerzos para la sensibilización del profesional sanitario sobre la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que priorizar su importancia ¿a cuál le daría mayor importancia?

- Informar del Plan y de sus actividades a todos los profesionales a través de las Gerencias de los Departamentos.
- Realización en todos los Departamentos sanitarios de actividades de formación relacionada con la osteoporosis.
- Plasmar el diagnóstico de osteoporosis en un desplegable a través de la historia clínica informatizada (Abucassis)
- Introducir en aquellos planes o guías de Conselleria de Sanitat en los que la patología o tratamiento de la misma pudiera suponer un riesgo para la osteoporosis o la fractura por osteoporosis, las recomendaciones adecuadas para que los profesionales presten una atención especial (diabetes, *epoc*, *pale*, hipotiroidismo, epilepsias, anticoagulación, etc...)
- Establecer/ editar/ difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención primaria.
- Aumentar la formación de los profesionales de atención primaria para proceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis mediante cursos, seminarios u otros modelos formativos.
- Facilitar el acceso a los DXA en todos los Departamentos sanitarios.
- Hacer accesible las pruebas diagnósticas, como el DXA, a atención primaria.
- Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para los criterios de derivación a especializada.
- Contar con el consenso de las sociedades científicas pertinentes y el respaldo de la Conselleria de Sanitat para la elaboración de los documentos que establezcan el documento de diagnóstico y manejo de la osteoporosis.
- Establecer/ editar/ difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención especializada.
- Dotar a cada departamento sanitario de un densitómetro (DXA).

5. Todos los esfuerzos en el tratamiento y rehabilitación de la osteoporosis son necesarios pero si tuviera que decidir cuáles son más importantes ¿Qué diría?

- Realizar estudios de evaluación sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos.
- Ofrecer formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas terapéuticas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis.
- Persuadir a la población que lo requiera de las medidas para aumentar la adhesión al tratamiento mediante consultas de enfermería, folletos informativos y otros.
- Difusión de una guía terapéutica para el manejo de la osteoporosis en atención primaria y especializada.
- Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos.
- Realizar controles de las campañas llevadas a cabo por los laboratorios farmacéuticos sobre esta patología.
- Potenciar y difundir escuelas/ aulas de cuidados en los Servicios de rehabilitación para evitar nuevas fracturas por osteoporosis.
- Potenciar programas específicos para la osteoporosis de rehabilitación en grupo.
- Difundir las pautas de rehabilitación más importantes tras las caídas.

6. Con respecto a la investigación en osteoporosis, todos los objetivos son necesarios pero si tuviera que ordenarlos, qué peso le daría a cada uno.

- Dedicar mayores recursos a la investigación sobre prevención de la osteoporosis.
- Dedicar mayores recursos a la investigación sobre diagnóstico de la osteoporosis.
- Dedicar mayores recursos a la investigación sobre tratamiento de la osteoporosis.
- Dedicar mayores recursos a la investigación sobre rehabilitación en osteoporosis.
- Realizar seminarios específicos sobre cómo hacer investigación aplicada en osteoporosis.
- Realizar estudios de prevalencia de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana.
- Realizar estudios de evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana.
- Realizar seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis en la Comunitat Valenciana.

ANEXO 4: Expertos participantes en la consulta del Metaplan

- Luis Aguilera Fernández
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital La Ribera de Alzira, Valencia.
- Francisco Aparisi Rodríguez
Jefe de la Sección de Radiología del Hospital Universitario La Fe de Valencia
- Rafael Belenguer Prieto
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Reumatólogo. Centro de Salud "Algemesí" de Valencia.
- Javier Calvo Catalá
Jefe de la Sección de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia. FHOEMO
- Antonio Cano Sánchez
Jefe de la Unidad de Menopausia. Servicio Hospital Clínico Universitario de Valencia. Sociedad Española de Envejecimiento Femenino.
- José María Climent Barberá
Jefe del Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital General Universitario de Alicante.
- Antonia Conejo Alba
Hospital de Denia. Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología. Alicante
- José Sanfélix Genovés
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Reumatólogo. Centro de Salud "Nazaret" de Valencia.
- Pablo Gastaldi Rodrigo
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital La Malvarrosa, Valencia
- Juan José García Borrás
Jefe de la Unidad de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital Universitario La Fe de Valencia. FHOEMO
- Vicente Giner Ruiz
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Reumatólogo. Centro de Salud "Ciudad Jardín" de Alicante.
- Ignacio Muñoz Criado
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Casa de la Salud de Valencia. Universidad Católica de Valencia.
- Francisco J Nohales Alfonso
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Sant Francesc de Borja. Gandia. Vocal de Menopausia de la Sociedad Valenciana de Ginecología y Obstetricia. Valencia
- José Francisco Pastor Oliver
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Reumatólogo. Centro de Salud "Xàbia" de Alicante.
- Francisco J Tarazona Santalbina
Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología. Hospital La Ribera de Alzira, Valencia
- María Vega Martínez
Servicio de Radiología del Hospital Dr Pesset Alexandre de Valencia
- Enrique Viosca Herrero
Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Hospital de Sagunto de Valencia.

ANEXO 5: Relación de participantes de las asociaciones de pacientes y grupos diana del estudio cualitativo sobre el Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana

- Amparo Hernández (*Asociación Dona Major*)
- Amparo Vañó (*Asociación Mujer y Calidad de Vida de Godella*)
- Ana García (*Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia*)
- Ana Layunta (*Asociación Dona Major*)
- Asunción Francés (*Asociación de Amas de Casa y Consumidores Tyrius*)
- Asunción Villalba (*Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia*)
- Carmen Tomás (*Asociación de Mujeres "Interdona"*)
- Consuelo Sánchez (*Asociación de Mujeres Centro de Salud Marco Merenciano de Valencia*)
- Dolores García (*Asociación de Mujeres Centro de Salud Marco Merenciano de Valencia*)
- Francisca Fernández (*Asociación de Amas de Casa y Consumidores Tyrius*)
- Francisca Sánchez (*Asociación de Mujeres "Interdona"*)
- Isabel Cámara (*Asociación de Mujeres de Centro de Salud Salvador Allende*)
- José Sanchís (*Asociación Provincial de Jubilados y Pensionistas*)
- Juana López (*Asociación Dona Major*)
- Lola López (*Asociación de Mujeres Activas de Trinitat*)
- Luisa Cruz (*Asociación de Mujeres Centro de Salud Marco Merenciano de Valencia*)
- M^a Ángeles Oltra (*Asociación de Mujeres Activas de Trinitat*)
- M^a Ángeles Pérez (*Asociación de Mujeres Activas de Trinitat*)
- M^a José Rico (*Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia*)
- M^a José Romero (*Asociación de Mujeres Activas de Trinitat*)
- M^a José Salvago (*Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia*)
- M^a José Valleja (*Asociación de Amas de Casa y Consumidores Tyrius*)
- M^a Teresa Pérez (*Asociación Dona Major*)
- M^a Teresa Urqui (*Asociación Nova Dona i Salut*)
- María Ordóñez (*Asociación de Mujeres de Centro de Salud Salvador Allende*)
- María Ortiz (*Asociación de Mujeres de Centro de Salud Salvador Allende*)
- Matilde Suárez (*Asociación de Mujeres Centro de Salud Marco Merenciano de Valencia*)
- Miguel Ángel Fernández (*Asociación Provincial de Jubilados y Pensionistas*)
- Nieves Rodríguez (*Asociación Mujer Ahora-Centro de Salud San Marcelino*)
- Francisca Miguelez (*Asociación de Mujeres de Centro de Salud Salvador Allende*)
- Josefa Valls (*Asociación de Mujeres del Centro de Salud Salvador Allende*)
- Sara Rodríguez (*Asociación Mujer y Calidad de Vida de Godella*)
- Teresa Fernández (*Asociación Española Contra la Osteoporosis de Valencia*)
- Teresa López Ciria (*Asociación Mujer Ahora-Centro de Salud San Marcelino*)
- Vicenta Gimeno (*Asociación Mujer Ahora-Centro de Salud San Marcelino*)
- Vicente Gavidia Ortíz (*Asociación Provincial de Jubilados y Pensionistas*)

ANEXO 6: Relación de expertos participantes en el estudio Delphi: Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana

- Adela Martínez Martínez
- Adolfo Díez Pérez
- Aleixandre Cortés Fabregat
- Alejandro Tejedor Carrascosa
- Álvaro Pérez Martín
- Ana M^a Fullana Montoro
- Andrés Martínez Almagro Andreo
- Antonia Conejo Alba
- Antonia Grau Rubio
- Antonio Cano Sánchez
- Antonio Fuertes Fortea
- Begoña Reig Molla
- Carlos Gómez Alonso
- Carmen Gálvez Castillo
- Carmen Valdés Llorca
- Cristina Campos Fernández
- Cristina Carbonell Abella
- Elías Ruiz Rojo
- Enrique Viosca Herrero
- Esteban Jodar Gimeno
- Estefanía Del Rey Corado
- Faustino Pérez López
- Fernando Fernández-Llimos Somoza
- Fernando Quirce Andrés
- Francisco J. Nohales Alfonso
- Francisco Quereda Seguí
- Francisco Vargas Negrín
- Ignacio Muñoz Criado
- Isabel González Cruz
- Isabel Serralta Davia
- Javier Calvo Catalá
- Javier Del Pino Montes
- Javier Millán Soria
- Joan Quiles Izquierdo
- Jordi Fiter Aresté
- José Botella Trelis
- José Francisco Pastor Oliver
- José Gabriel Cano Montoro
- José Luís Valero Sanz
- José María Climent Barberá
- José Sanfélix Genovés
- Juan Adriá Girbés Borrás
- Juan Antonio Avellana
- Juan Antonio Castellano Cuesta
- Juan José García Borrás
- Juan José Lerma Garrido
- Laura Monzón Salvador
- Luís Del Rio Barquero
- M^a Dolores Juliá Mollá
- M^a Isabel Mármol López
- M^a Jesús Gómez de Tejada Romero
- Manuel Diaz Curiel
- Manuel Mesa Ramos
- Manuel Muñoz Torres
- María Soledad Arenas Del Pozo
- Miguel Ángel Ortuño Cortés
- Montaña Román García
- Nuria Guañabens Gay
- Pablo Gastaldi Rodrigo
- Paloma Vela Casasampere
- Rosa Díaz Mondejar
- Rosa González Candelas
- Rosa Maria Marin Torrens
- Vicente Giner Ruiz
- Vicente Vila Fayos

ANEXO 7: Espontaneidad, intensidad de la recomendación y grado de acuerdo para todas las cuestiones por cada grupo, ordenadas en función de la intensidad de la recomendación (media)

GRUPO A ¿Qué destacaríais en negativo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de osteoporosis de la Comunidad Valenciana?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|--|------------|--------------|-----------|
| (-) DOTACIÓN ECONÓMICA PARA LA INVESTIGACIÓN EN OSTEOPOROSIS | 2 | 4,67 | 0,15 |
| (-) DEFICIT DE RECURSOS | 1 | 4,56 | 0,12 |
| (-) NECESIDAD DE MAYOR COORDINACIÓN DE NIVELES IMPLICADOS (TANTO DE GESTIÓN COMO ASISTENCIALES) | 2 | 4,56 | 0,12 |
| (-) NECESIDAD DE MAYOR IMPLICACIÓN DE ALGUNAS GERENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD | 1 | 4,33 | 0,20 |
| (-) TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEBERÍAN TENER AL MENOS UN DENSITÓMETRO (DXA INSUFICIENTE) | 2 | 4,22 | 0,20 |
| (-) DIFICULTADES EN LA MEDIDA DE LOS RESULTADOS ESPECÍFICOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN | 1 | 4,22 | 0,20 |
| (-) NO SE HA ESPECIFICADO LA CARTERA DE SERVICIOS POR ESPECIALIDADES | 1 | 4,22 | 0,20 |
| (-) NECESIDAD DE MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES | 1 | 4,22 | 0,20 |
| (-) NECESIDAD DE MAYOR IMPLICACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL | 1 | 4,22 | 0,20 |
| (-) EDITAR EN PAPEL LA GUÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA UNA MEJOR DIFUSIÓN | 1 | 4,00 | 0,41 |
| (-) MARCADAS DIFERENCIAS EN ACCESO A LA ATENCIÓN | 1 | 4,00 | 0,22 |
| (-) NECESIDAD DE UN NUEVO MAPA OSTEOPOROSIS | 1 | 3,89 | 0,40 |
| (-) NECESIDAD DE MAYOR IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA PARA FACILITAR UN CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO | 1 | 3,89 | 0,30 |
| (-) CARENCIA DE CRITERIOS DE DERIVACIÓN | 1 | 3,44 | 0,29 |
| (-) ESCASAS ACCIONES COORDINADAS CON LA SANIDAD PRIVADA | 1 | 3,22 | 0,62 |
| (-) IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA EDUCACIÓN A NIVEL ESCOLAR (POR EJEMPLO POR ENFERMERÍA) | 1 | 3,22 | 0,49 |
| (-) PLANTEAR OBJETIVOS CONCRETOS POR ESPECIALIDAD IMPLICADA EN EL ABORDAJE DE LA OSTEOPOROSIS | 1 | 3,22 | 0,46 |
| (-) JERARQUIZAR PLANES Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA | 1 | 3,22 | 0,34 |
| (-) NECESIDAD DE ESTABLECER ACCIONES CON MAYOR NIVEL DE DESARROLLO PARA CADA OBJETIVO | 1 | 3,11 | 0,41 |

GRUPO B ¿Qué destacaríais en negativo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de osteoporosis de la Comunidad Valenciana?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|---|------------|--------------|-----------|
| (-) DEBE SER MÁS AMBICIOSO, HA FALTADO DIFUSIÓN DEL PLAN (EN ALGUNOS DEPARTAMENTO NO HA LLEGADO LA INFORMACIÓN) | 2 | 4,57 | 0,17 |
| (-) NO DISPONER DE DENSITÓMETROS EN TODOS LOS DEPARTAMENTOS | 3 | 4,57 | 0,17 |
| (-) FALTA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN USO DE FÁRMACOS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO (FALTA DE CONSENSO) | 3 | 4,43 | 0,18 |
| (-) NO HA LLEGADO SU DIFUSIÓN POR IGUAL A TODOS LOS PROFESIONALES | 2 | 4,29 | 0,18 |
| (-) FALTA DE ACTUACIONES CONCRETAS SOBRE CAÍDAS | 1 | 4,14 | 0,17 |
| (-) DIFERENCIA CUANTITATIVA ENTRE LA INFORMACIÓN DE LA CONSELLERÍA FRENTE LA INDUSTRIA | 1 | 3,57 | 0,53 |
| (-) INCORRECTA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES | 1 | 3,43 | 0,55 |
| (-) INSUFICIENCIA INVESTIGADORA. NO SUFICIENTE APOYO Y FOMENTO A LA INVESTIGACIÓN. | 2 | 3,14 | 0,50 |
| (-) NO SE HA CONSEGUIDO INSTRUIR A LOS CIUDADANOS | 1 | 2,29 | 0,79 |
| (-) DESCONOCIMIENTO DE CÓMO LLEGA LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO (CÓMO LA PERCIBE, NO LAS VÍAS) | 1 | 2,00 | 0,91 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea
Media: Intensidad de la recomendación
CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

GRUPO A ¿Qué destacaríais en positivo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de osteoporosis de la Comunidad Valenciana?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|--|------------|--------------|-----------|
| (+) LA EXISTENCIA DE UN PLAN PIONERO EN EUROPA | 1 | 4,33 | 0,20 |
| (+) GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA MUY COMPLETA | 1 | 3,89 | 0,47 |
| (+) SISTEMAS DE DETECCIÓN QUE INCIDEN EN MAYOR DIAGNÓSTICO PRECOZ | 1 | 3,56 | 0,35 |
| (+) INCREMENTO DE OFERTA DENSITOMÉTRICA | 2 | 3,44 | 0,44 |
| (+) DIVULGACIÓN DEL PROPIO PLAN PER SE Y EN EL CONJUNTO DE ACCIONES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA | 1 | 3,44 | 0,29 |
| (+) SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES | 1 | 3,33 | 0,21 |
| (+) FOMENTANDO EL CONOCIMIENTO EN LA SOCIEDAD DE LA OSTEOPOROSIS | 1 | 3,33 | 0,21 |
| (+) ABORDA TAMBIÉN LA PROBLEMÁTICA DE LOS VARONES CON LA OSTEOPOROSIS | 1 | 3,22 | 0,43 |
| (+) REDUCE PRESIÓN ASISTENCIAL DE ALGUNAS ESPECIALIDADES | 1 | 2,78 | 0,50 |
| (+) PROGRAMA DE FORMACIÓN ESPECÍFICA PARA LOS PROFESIONALES | 1 | 2,67 | 0,27 |
| (+) HA CUBIERTO TODOS LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA OSTEOPOROSIS | 1 | 2,44 | 0,51 |
| (+) PROYECTOS I+D SOBRE OSTEOPOROSIS CO-FINANCIADOS | 1 | 2,00 | 0,66 |
| (+) HA CONTRIBUÍDO A LA DISMINUCIÓN DE RIESGOS | 1 | 2,00 | 0,56 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea
Media: Intensidad de la recomendación
CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

GRUPO B ¿Qué destacaríais en positivo de la prevención primaria y secundaria desarrollada en el Plan de osteoporosis de la Comunidad Valenciana?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|--|------------|--------------|-----------|
| (+) PLAN PIONERO EN TODA EUROPA | 1 | 4,00 | 0,32 |
| (+) RECONOCIMIENTO DE QUE LA OSTEOPOROSIS ES UN PROBLEMA DE SALUD IMPORTANTE | 3 | 3,57 | 0,42 |
| (+) MEJORA DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS | 2 | 3,14 | 0,29 |
| (+) INCREMENTO DE DENSITÓMETROS | 1 | 2,86 | 0,24 |
| (+) PLAN BIEN DIFUNDIDO EN TODA POBLACIÓN | 1 | 2,71 | 0,51 |
| (+) IMPLICACIÓN DE CONSELLERÍA EN CONOCIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS | 1 | 2,57 | 0,54 |
| (+) FINANCIACIÓN DE NUEVOS FÁRMACOS | 1 | 1,86 | 1,22 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea
Media: Intensidad de la recomendación
CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

GRUPO A ¿Cuáles son las dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la osteoporosis (prevención primaria y secundaria)?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|---|------------|--------------|-----------|
| DESAJUSTE ENTRE DEMANDA Y RECURSOS | 5 | 4,89 | 0,07 |
| AUSENCIA DE RECURSOS COMPLEMENTARIOS, COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES | 1 | 4,56 | 0,12 |
| ALGUNAS INSUFICIENCIAS EN LOS ABORDAJES TERAPEÚTICOS, POR EJEMPLO OSTEOPOROSIS CORTICOIDEA SIN TRATAMIENTO PREVENTIVO | 1 | 4,44 | 0,30 |
| FRACTURAS DE CADERA. ALTA HOSPITALARIA SIN UN ADECUADO TRATAMIENTO EN ALGUNOS CASOS | 1 | 4,33 | 0,20 |
| INFORMACIÓN SESGADA DE LA INDUSTRIA | 1 | 4,11 | 0,35 |
| DIFICULTADES IMPLANTACIÓN HÁBITOS SALUDABLES | 1 | 4,11 | 0,26 |
| CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO BAJO QUE INCIDE EN LA DIFICULTAD DE PREVENIR FACTURAS | 3 | 4,11 | 0,23 |
| FALTA DE DXA | 3 | 4,11 | 0,08 |
| AUSENCIA DE INSTRUMENTOS CONCRETOS RECOMENDADOS POR EL PLAN DE CARA A LA PREVENCIÓN | 2 | 4,00 | 0,25 |
| POCA COLABORACIÓN DE PACIENTES EN LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS NO FARMACOLÓGICAS | 1 | 4,00 | 0,22 |
| DEFICIT DE FORMACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES | 1 | 4,00 | 0,18 |
| MEJORAR DIAGNÓSTICO DE FRACTURA VERTEBRAL | 3 | 3,89 | 0,40 |
| INSUFICIENTES PROGRAMAS PARA AUMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA | 1 | 3,89 | 0,40 |
| FALTA DE CONCIENCIA SOCIAL SOBRE LA ENFERMEDAD | 2 | 3,89 | 0,33 |
| CONSULTA DE ENFERMERÍA, ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO | 1 | 3,89 | 0,30 |
| FALTA DE INDICADORES DE PROCESO Y DE RESULTADOS DEL PLAN | 1 | 3,89 | 0,27 |
| FALTA DE INCENTIVOS DE BUENA PRÁCTICA EN OSTEOPOROSIS | 1 | 3,89 | 0,27 |
| FALTA DE CONCIENCIA SOCIAL ENTRE LOS CIUDADANOS SOBRE LA OSTEOPOROSIS | 1 | 3,78 | 0,32 |
| INSUFICIENTES ESTUDIOS ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS | 2 | 3,78 | 0,29 |
| EN EL CASO DE FRACTURA, DURACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EJERCICIOS QUE INCIDE EN EL BAJO CUMPLIMIENTO | 1 | 3,78 | 0,26 |
| EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO EN UNAS ZONAS SI Y OTRAS NO | 1 | 3,56 | 0,32 |
| POCA SENSIBILIDAD EN LOS PROFESIONALES HACIA LA ENFERMEDAD EN ALGUNOS CASOS | 2 | 3,44 | 0,33 |
| AUSENCIA DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS DE DIAGNÓSTICOS DE OSTEOPOROSIS | 1 | 2,89 | 0,74 |
| AUSENCIA DE UNIDADES ESPECÍFICAS EN ÁREAS CONCRETAS | 1 | 2,56 | 0,76 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea

Media: Intensidad de la recomendación

CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

GRUPO B ¿Cuáles son las dificultades en la práctica para la prevención de la fractura osteoporótica así como de la osteoporosis (prevención primaria y secundaria)?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|--|------------|--------------|-----------|
| CRITERIOS POCO DEFINIDOS DE A QUIÉN TRATAR. CARENCIA DE GUÍAS CLÍNICAS. | 7 | 4,71 | 0,10 |
| DIFERENTES PROFESIONALES -> DIFERENTES ENFOQUES -> DIFERENTES TRATAMIENTOS. CARENCIAS DE FORMACIÓN EN PRIMARIA. LA VARIABILIDAD EN LA FORMACIÓN PROVOCA DIFERENTES TRATAMIENTOS. | 3 | 4,57 | 0,12 |
| FALTAN MÉDICOS O SOBRAN PACIENTES O HAY QUE ORGANIZARSE MEJOR. | 1 | 4,43 | 0,12 |
| FALTAN DESITÓMETROS. | 4 | 4,29 | 0,35 |
| INSUFICIENTE REHABILITACIÓN TRAS LA CAÍDA (PREVENCIÓN DE NUEVAS FACTURAS, PREVENCIÓN SECUNDARIA). | 1 | 4,14 | 0,17 |
| AUSENCIA DE RECURSOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA. | 1 | 3,71 | 0,40 |
| FALTA DE ACTUACIÓN SOBRE CAÍDAS (PREVENCIÓN PRIMARIA). | 1 | 3,71 | 0,30 |
| INFRADIAGNÓSTICO POR CARENCIA DE DENSITÓMETROS. | 1 | 3,43 | 0,69 |
| DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PACIENTE POR FALTA DE FORMACIÓN. DIFUSIÓN INCOMPLETA DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE OSTEOPOROSIS Y CAÍDAS. | 5 | 3,43 | 0,53 |
| SOLEDAD DE LOS ANCIANOS QUE INCIDE NEGATIVAMENTE EN LAS POSIBILIDADES DE ABORDAJE. | 1 | 3,00 | 0,67 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea

Media: Intensidad de la recomendación

CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

GRUPO A ¿Qué líneas de actuación consideráis prioritarias desarrollar en los próximos años en la Comunidad Valenciana para la prevención primaria de la Osteoporosis?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|---|------------|--------------|-----------|
| AUMENTO DE RECURSOS HUMANOS (PERSONAL SANITARIO: ENFERMERÍA Y FACULTATIVOS) | 3 | 5,00 | 0,00 |
| DESARROLLAR MÉTODOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PLAN | 3 | 4,75 | 0,10 |
| QUE EL PLAN CUENTE CON UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR | 1 | 4,75 | 0,10 |
| MAYORES RECURSOS INVESTIGACIÓN, PRESUPUESTO ECONÓMICO PARA INVESTIGACIÓN ANUAL PARA OSTEOPOROSIS | 3 | 4,63 | 0,16 |
| AUMENTAR LA RELACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS (ESCUCHAR SUS SUGERENCIAS) | 1 | 4,63 | 0,11 |
| QUE EL NUEVO PLAN CUENTE CON EL RESULTADO CIENTÍFICO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS | 1 | 4,63 | 0,11 |
| PARTICIPACIÓN DE LAS GERENCIAS (FIJAR OBJETIVOS ANUALES) | 1 | 4,50 | 0,12 |
| DEFINIR EL PLAN QUÉ PROFESIONALES, EN QUÉ ACTIVIDADES Y CON QUÉ OBJETIVOS | 1 | 4,50 | 0,12 |
| IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO | 1 | 4,38 | 0,32 |
| IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA (PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA) | 3 | 4,38 | 0,24 |
| CONTROL DE PRESCRIPTORES/ MAYOR CONTROL DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS | 2 | 4,25 | 0,27 |
| PREVENCIÓN SECUNDARIA, SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO | 1 | 4,25 | 0,24 |
| PROMOVER FORMACIÓN EN PROFESIONALES, LAS IDEAS NO ESTÁN CLARAS CUANDO SE HA DE INTERVENIR | 1 | 4,25 | 0,21 |
| INCREMENTAR POSIBILIDADES DE EJERCICIO FÍSICO Y EDUCAR EN ESTE SENTIDO A LA POBLACIÓN | 1 | 4,13 | 0,33 |
| ESCUELA DE OSTEOPOROSIS | 1 | 4,13 | 0,27 |
| CARTERA DE SERVICIOS POR ESPECIALIDAD | 1 | 4,13 | 0,20 |
| PROMOCIONAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES (HIGIÉNICO-DIETÉTICO, DESHABITUACIÓN TÓXICOS) | 3 | 4,00 | 0,40 |
| AYUDAR ASOCIACIONISMO Y GRUPOS APOYO CON RECURSOS | 1 | 4,00 | 0,35 |
| EVALUAR DE FORMA INDEPENDIENTE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS | 1 | 4,00 | 0,35 |
| IMPLICAR MÁS A EMPRESAS PRIVADAS (SECTOR ALIMENTACIÓN, DEPORTE, ETC) | 2 | 4,00 | 0,33 |
| PROGRAMAS GRUPALES DE REHABILITACIÓN | 1 | 4,00 | 0,33 |
| IMPLANTACIÓN DE CRITERIOS DE DERIVACIÓN | 3 | 4,00 | 0,23 |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS (CREAR UNIDADES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS) | 2 | 4,00 | 0,23 |
| QUE EL PLAN HAGA RECOMENDACIONES SOBRE QUÉ INSTRUMENTOS UTILIZAR | 1 | 4,00 | 0,19 |
| INFORMAR A PROFESIONALES A TRAVÉS DE LAS GERENCIAS DE DEPARTAMENTOS | 1 | 3,88 | 0,17 |
| REDUCIR LAS DIFERENCIAS EN EL ACCESO A LA ASISTENCIA SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA | 1 | 3,75 | 0,37 |
| FOMENTAR UN PAPEL MÁS ACTIVO DE LA POBLACIÓN PARA PREVENIR LA OSTEOPOROSIS | 1 | 3,50 | 0,57 |
| INVITAR A PARTICIPAR EN EL FUTURO DELPHI A MIEMBROS DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS. | 1 | 3,50 | 0,46 |
| RELACIONAR ACTUACIONES DE DIFERENTES PLANES DE LA CONSELLERÍA YA EN MARCHA, POR EJEMPLO LA DIABETES | 1 | 2,25 | 0,81 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea

Media: Intensidad de la recomendación

CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

GRUPO B ¿Qué líneas de actuación consideráis prioritarias desarrollar en los próximos años en la Comunidad Valenciana para la prevención primaria de la Osteoporosis?

| | <i>Esp</i> | <i>Media</i> | <i>CV</i> |
|--|------------|--------------|-----------|
| INFORMACIÓN Y FORMACIÓN AL CIUDADANO: CAMPAÑAS PUBLICITARIAS, BÚSQUEDA DE LÍDERES A IMITAR CON EL MISMO PROBLEMA, APLICACIÓN DE MEDIDAS OSTEOSALUDABLES (INFANTIL, ADOLESCENTES) COMO LA DIETA, EJERCICIO Y TÓXICOS. MULTICAMPAÑAS, INVOLUCRAR A SUPERMERCADOS | 8 | 4,86 | 0,08 |
| LOGRAR CONSENSO EN LOS TRATAMIENTOS Y APLICARLOS. | 5 | 4,50 | 0,19 |
| ACTUAR SOBRE FACTORES DE RIESGO: FÁRMACOS Y ENFERMEDADES. | 1 | 4,43 | 0,18 |
| GUÍAS CLARAS DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICAS, INFORMAR AL PROFESIONAL, UTILIZAR LA GUÍA DE LA CONSELLERÍA Y CONSENSUAR | 4 | 4,43 | 0,18 |
| MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS, POTENCIAR GUÍAS CLÍNICAS. | 3 | 4,14 | 0,26 |
| MEJORAR LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL: IMPARTIR CURSO ANUAL DE FORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO TANTO EN PRIMARIA COMO EN ESPECIALIZADA. | 4 | 4,00 | 0,48 |
| PROTOCOLOS EN PACIENTES CON FRACTURAS (SERVICIOS DE COT) | 2 | 4,00 | 0,39 |
| AUMENTAR LA DOTACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS (DENSITÓMETROS). | 2 | 4,00 | 0,38 |
| CONOCIMIENTOS TRANSVERSALES EN EL COLEGIO: CAMPAÑA ÚNICA DE VIDA SALUDABLE (ANTITABACO, EDUCACIÓN SEXUAL, OSOPOROSIS, EJERCICIO...) NO TANTA CAMPAÑAS INDIVIDUAL. | 1 | 4,00 | 0,29 |
| IDENTIFICAR PACIENTES CON OSTEOPOROSIS Y RIESGOS DE FRACTURA. | 2 | 4,00 | 0,16 |
| FOMENTAR EL CUMPLIMIENTO CORRECTO DE LOS TRATAMIENTOS POTENCIANDO MEDIDAS NOVEDOSAS (CONSULTAS DE ENFERMERÍA Y REVISTAS FOLLETOS PERO OFICIALES, NO DE LA INDUSTRIA | 4 | 3,83 | 0,51 |
| FORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES | 1 | 3,83 | 0,30 |
| ENTREGA "EN MANO", POR PARTE DE LA CONSELLERÍA, DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES. | 1 | 3,71 | 0,30 |
| INCREMENTAR INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. | 1 | 3,57 | 0,42 |
| EXIGIR QUE EL DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS ESTÉ EN LOS INFORMES. (DESPLEGABLES SISTEMAS INFORMÁTICOS) | 1 | 3,50 | 0,56 |
| CONTROL DEL MINISTERIO DE LAS CAMPAÑAS PUBLICITARIAS DE LA INDUSTRIA FARMACEÚTICA. | 1 | 3,43 | 0,50 |
| MEJORAR LOS MEDIOS NECESARIOS PARA LA PREVENCIÓN (MÁS PROFESIONALES PARA LA REALIZACIÓN POR EJ TALLER PREVENCIÓN DE CAÍDAS) | 1 | 3,43 | 0,37 |
| LOS ESTUDIOS COSTES/ BENEFICIOS DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA PRIORIZAR RECOMENDACIONES SEGÚN EFICIENCIA. | 1 | 3,29 | 0,55 |
| HACER ESTUDIOS COSTES / BENEFICIOS DE TODOS LOS TRATAMIENTOS, NO SÓLO FARMACOLÓGICOS. | 1 | 3,00 | 0,70 |
| COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES. APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS CLÍNICAS. | 2 | 2,33 | 1,11 |
| REDUCIR ESTANCIA HOSPITALARIA DE FRACTURAS (MORTALIDAD). | 1 | 2,33 | 0,96 |
| CREACIÓN DE UNIDADES DE OSTEOPOROSIS EN HOSPITALES. | 1 | 2,17 | 0,90 |
| CREAR - DESARROLLAR PROGRAMA DE RASTREO (DENSITÓMETRO). CRIBADO POBLACIONAL A PARTIR DE LA EDAD/ SEXO. | 1 | 2,14 | 0,83 |

Esp: Número de expertos que proponen una misma idea

Media: Intensidad de la recomendación

CV: Grado de acuerdo entre expertos (Coeficiente de variación)

ANEXO 8: Resultados semi-cuantitativos en el estudio con asociaciones de pacientes. Ordenados en sentido decreciente según priorización por media para cada una de las cuestiones consultadas.

| EN CUÁNTO AL PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OSTEOPOROSIS: | Media | Varianza | CV |
|--|--------------|-----------------|-----------|
| Ha percibido mejoras en la rehabilitación de la osteoporosis en estos últimos 4 años. | 4,63 | 0,75 | 0,19 |
| Ha percibido mejoras en el tratamiento de las fracturas por osteoporosis en estos últimos 4 años. | 4,55 | 0,87 | 0,20 |
| Ha percibido mejoras en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis en estos últimos 4 años. | 4,48 | 1,13 | 0,24 |
| Ha percibido mayor interés sobre el diagnóstico de la osteoporosis en su centro de salud en estos últimos 4 años. | 4,23 | 2,85 | 0,40 |
| Ha percibido mayor interés sobre la prevención de la osteoporosis en su centro de salud en estos últimos 4 años. | 3,93 | 3,25 | 0,46 |
| Piensa que las acciones desarrolladas en los últimos 4 años han ayudado a la población en general a conocer mejor la osteoporosis. | 3,88 | 3,09 | 0,45 |
| Cree que, en estos últimos 4 años, ha habido mayor información sobre la osteoporosis hacia su asociación. | 3,68 | 4,12 | 0,55 |
| Conocía su asociación que en la Comunitat Valenciana ha existido, en estos últimos años, un Plan de prevención y control de la osteoporosis. | 3,43 | 3,84 | 0,57 |

| OPINA QUE LA INFORMACIÓN DIVULGADA PARA LOS SIGUIENTES TEMAS RELACIONADOS CON LA OSTEOPOROSIS, en los últimos 4 años, HA SIDO: | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| La importancia de realizar actividad física para prevenir la osteoporosis | 4,80 | 0,52 | 0,15 |
| Información general sobre qué es la osteoporosis | 4,70 | 0,57 | 0,16 |
| Información sobre qué alimentación es más adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...) | 4,50 | 0,51 | 0,16 |
| Formas de obtención de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...) | 4,50 | 1,23 | 0,25 |
| Evitar exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...) | 4,43 | 1,89 | 0,31 |
| La importancia de realizar actividad física adaptada a la persona que padece osteoporosis | 4,33 | 1,81 | 0,31 |
| Información sobre medios diagnósticos en la osteoporosis | 3,88 | 2,27 | 0,39 |
| Información sobre tratamientos farmacológicos en la osteoporosis | 3,63 | 2,55 | 0,44 |
| Cómo prevenir las caídas | 3,55 | 3,02 | 0,49 |
| Información sobre rehabilitación para la osteoporosis | 3,03 | 3,72 | 0,64 |
| Información sobre tratamientos en las fracturas por osteoporosis | 2,98 | 3,97 | 0,67 |

| TODOS LOS ASPECTOS INFORMATIVOS SOBRE LA OSTEOPOROSIS SON NECESARIOS PERO SI TUVIERA QUE DECIDIR CUÁLES SON MÁS IMPORTANTES QUÉ DIRÍA? | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| Fomentar la actividad física para prevenir la osteoporosis | 4,88 | 0,42 | 0,13 |
| Fomentar una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...) | 4,73 | 0,56 | 0,16 |
| Fomentar formas de obtención de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...) | 4,70 | 0,83 | 0,19 |
| Contar con más medios diagnósticos en la osteoporosis | 4,68 | 1,20 | 0,23 |
| Fomentar la actividad física adaptada a cuando se padece osteoporosis | 4,63 | 0,65 | 0,17 |
| Explicar cómo evitar exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...) | 4,60 | 0,76 | 0,19 |
| Mejorar los tratamientos farmacológicos en la osteoporosis | 4,60 | 0,81 | 0,20 |
| Mejorar los tratamientos en las fracturas por osteoporosis | 4,55 | 1,18 | 0,24 |
| Ayudar a la prevención de caídas | 4,43 | 1,89 | 0,31 |

| MEDIOS DE DIVULGACIÓN PREFERIDOS PARA QUE LE LLEGUE LA INFORMACIÓN | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| Medios de comunicación (prensa, radio o televisión) | 4,88 | 0,16 | 0,08 |
| En los Centros de Salud (a través del personal: médicos, enfermería...) | 4,83 | 0,25 | 0,10 |
| Charlas/actividades organizadas por sociedades científicas (como FHOEMO) | 4,60 | 1,17 | 0,24 |
| Publicaciones: folletos, cuadernillos, libros, dvd (imágenes) y otros. | 4,50 | 0,97 | 0,22 |
| Promover la rehabilitación de la osteoporosis | 4,43 | 1,33 | 0,26 |
| Pantallas de los autobuses y otros medios de transporte | 4,08 | 2,84 | 0,41 |
| Superficies comerciales (supermercados, grandes superficies...) | 3,75 | 3,12 | 0,47 |
| Dependencias del Ayuntamiento | 3,53 | 3,54 | 0,53 |
| Internet: por medio de la web. | 2,98 | 4,44 | 0,71 |

| EN MUCHOS GRUPOS POBLACIONALES SE REALIZAN ACCIONES PARA PREVENIR LA OSTEOPOROSIS. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN ESTAS ACCIONES EN CADA UNO DE LOS GRUPOS POBLACIONALES? | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| Mujeres entre 40 y 64 años | 4,85 | 0,44 | 0,14 |
| Personas mayores (de 65 años en adelante) | 4,75 | 0,65 | 0,17 |
| Grupos de adolescentes (de 16 a 24 años) | 4,48 | 0,56 | 0,17 |
| Adultos entre 24 y 40 años | 4,43 | 1,48 | 0,28 |
| Hombres entre 40 y 64 años | 3,90 | 2,61 | 0,41 |
| Escolares: niños y niñas (hasta 16 años) | 3,85 | 2,75 | 0,43 |

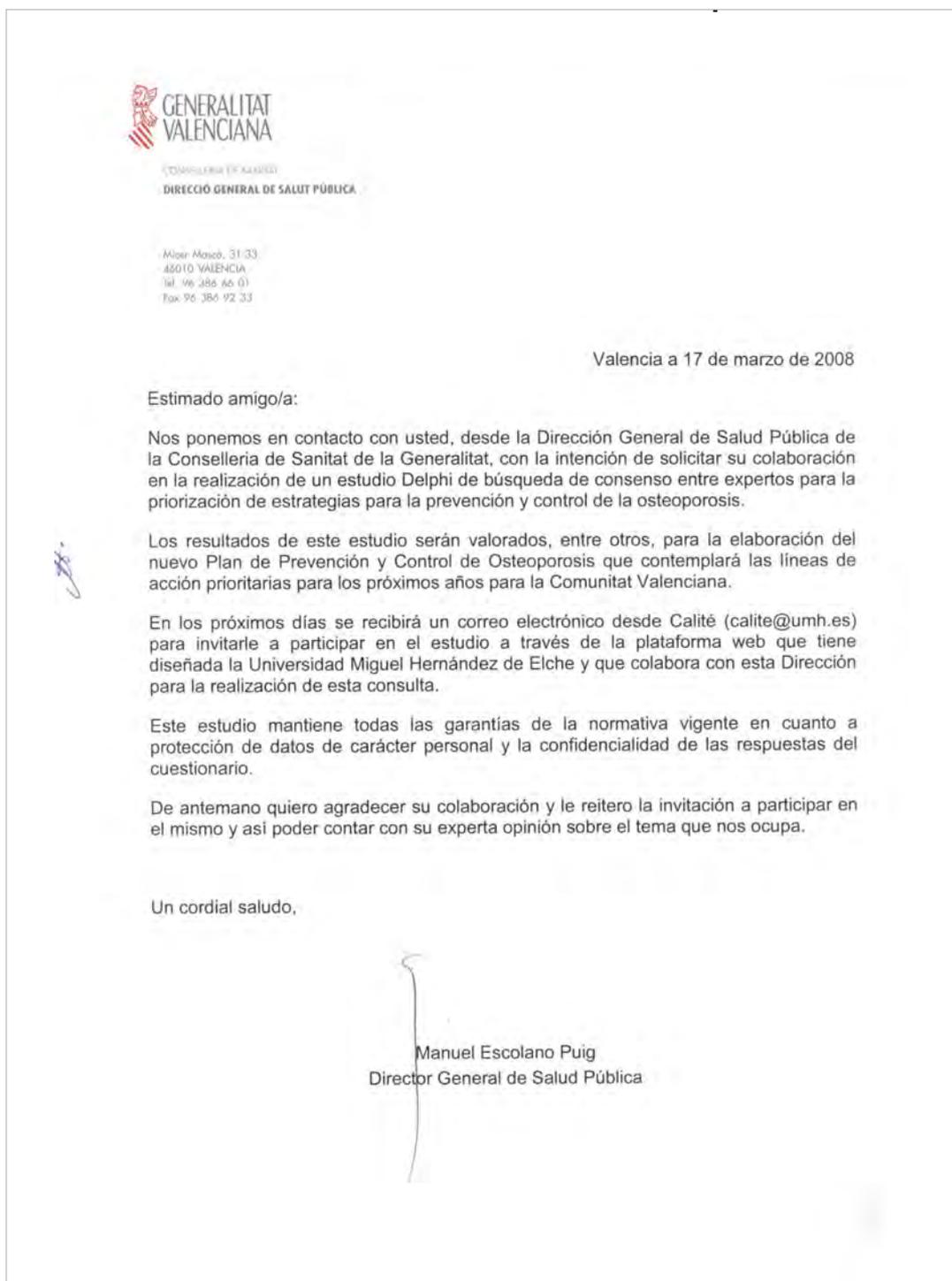
| CON RESPECTO A LA OSTEOPOROSIS, TODOS LOS OBJETIVOS MARCADOS SON NECESARIOS. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DENTRO DE LA OSTEOPOROSIS? | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| Mejorar la investigación en osteoporosis | 4,90 | 0,14 | 0,08 |
| Mejorar el diagnóstico de la osteoporosis | 4,88 | 0,32 | 0,12 |
| Mejorar el tratamiento de la osteoporosis | 4,88 | 0,32 | 0,12 |
| Mejorar la prevención de la osteoporosis | 4,85 | 0,13 | 0,07 |
| Mejorar la rehabilitación en la osteoporosis | 4,83 | 0,51 | 0,15 |

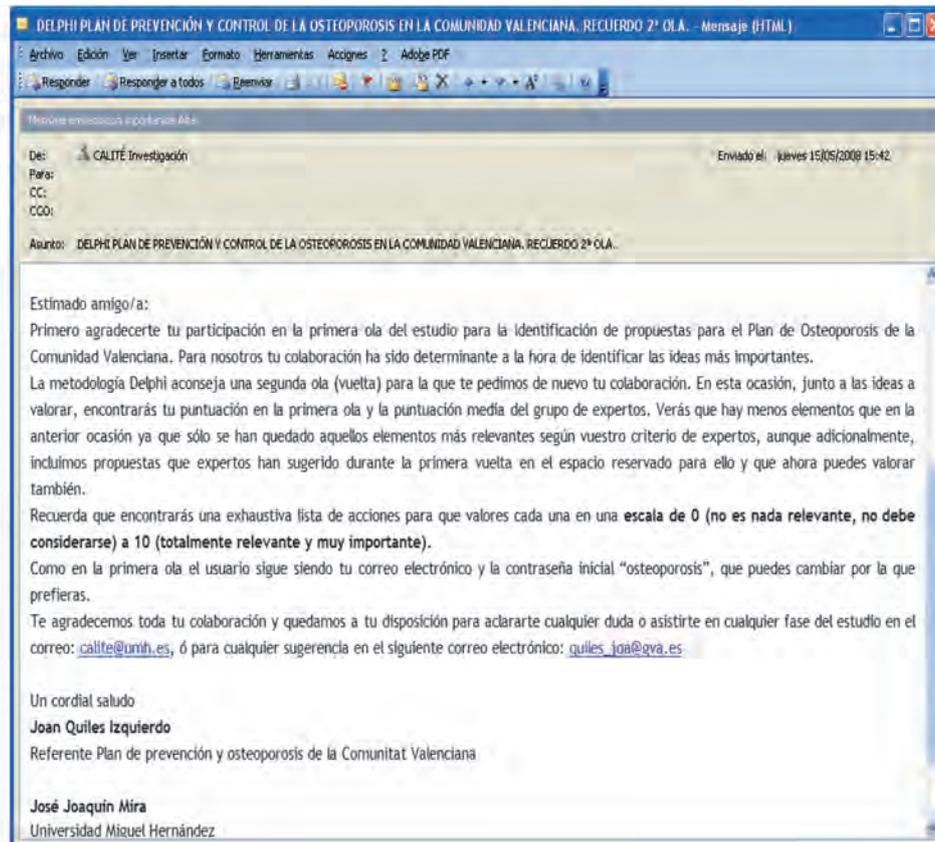
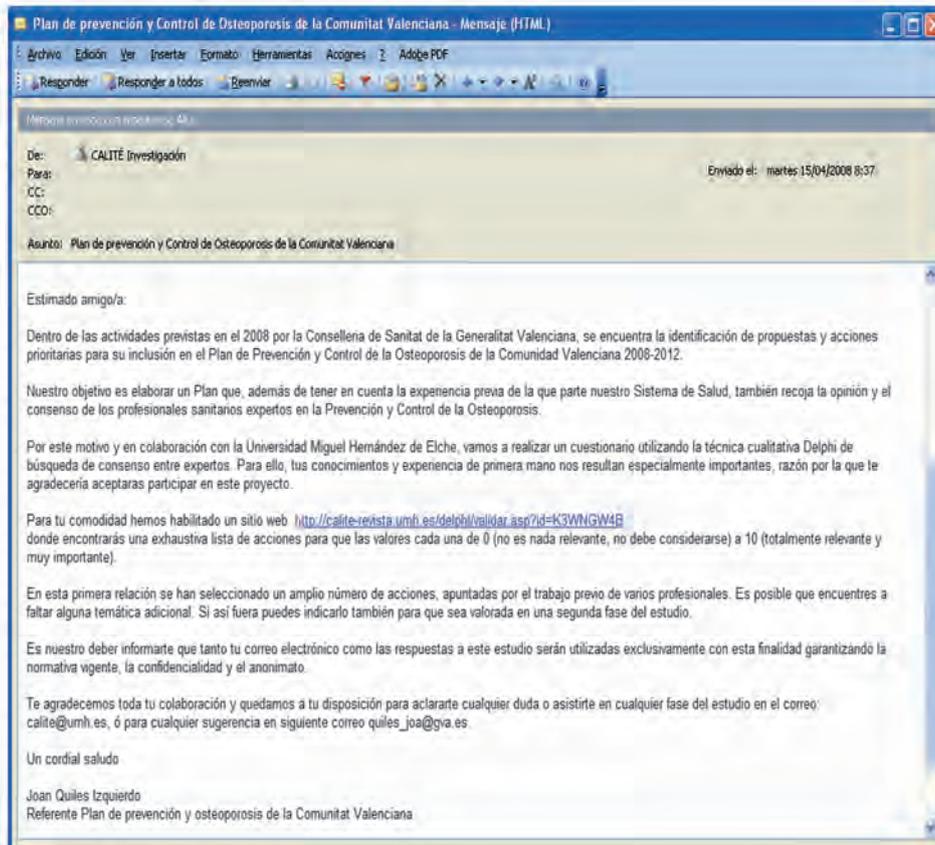
| CON RESPECTO A LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA, TODOS LOS OBJETIVOS SON NECESARIOS. QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DENTRO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA? | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| Mejorar los tratamientos de las fracturas por osteoporosis | 4,75 | 0,55 | 0,16 |
| Mejorar la prevención de las fracturas osteoporóticas | 4,73 | 0,72 | 0,18 |
| Mejorar la rehabilitación de las fracturas osteoporóticas | 4,70 | 0,57 | 0,16 |
| Mejorar la investigación en fracturas por osteoporosis | 4,65 | 1,57 | 0,27 |
| Mejorar el diagnóstico de fracturas osteoporóticas | 4,45 | 1,64 | 0,29 |

| LA FORMACIÓN CONTINUA DE LOS PROFESIONALES ES NECESARIA PARA EL MEJOR MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE ESTA FORMACIÓN EN LOS SIGUIENTES PROFESIONALES PARA UN MEJOR MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS? | Media | Varianza | CV |
|---|--------------|-----------------|-----------|
| Personal médico del Centro de Salud (Atención Primaria) | 4,85 | 0,64 | 0,17 |
| Personal sanitario especialista (traumatólogos, ginecólogos y otros especialistas) | 4,75 | 0,76 | 0,18 |
| Personal de enfermería del Centro de Salud (Atención Primaria) | 4,65 | 0,80 | 0,19 |
| Personal de fisioterapia y rehabilitación | 4,63 | 1,21 | 0,24 |

| TODAS LAS ACTUACIONES SOBRE LA OSTEOPOROSIS SON NECESARIAS. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LAS SIGUIENTES? | Media | Varianza | CV |
|--|--------------|-----------------|-----------|
| Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis | 4,75 | 0,50 | 0,15 |
| Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis. | 4,55 | 0,92 | 0,21 |
| Llevar a cabo campañas para aumentar el cumplimiento terapéutico, y evitar los abandonos | 4,30 | 1,91 | 0,32 |
| Poner en marcha un plan para evitar las caídas en las personas mayores | 4,20 | 2,42 | 0,37 |
| Implicar más en la osteoporosis a las empresas privadas de alimentación, grandes superficies, deportivas... | 4,18 | 1,74 | 0,32 |
| Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para aumentar habilidades (talleres de cocina u otros) para poder conseguir una alimentación saludable y rica en calcio. | 4,05 | 2,77 | 0,41 |
| Poner en marcha una escuela itinerante (bus) de osteoporosis | 3,93 | 2,23 | 0,38 |

ANEXO 9: Correos de invitación al estudio Delphi





ANEXO 10: Resultados primera ola del estudio Delphi para el Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana.

Para cada uno de los ítems, además de la representación gráfica de las respuestas se presenta la frecuencia y el porcentaje de cada una de las opciones. Asimismo, en la parte inferior de cada tabla se expone el número de efectivos que han contestado a la pregunta (se contempla la no respuesta), la media, la desviación y el coeficiente de variación para cada uno de los ítems.

1. En cuanto al plan de prevención y control de la osteoporosis en la Comunidad Valenciana

Conocía que en la Comunitat Valenciana ha existido en estos últimos años (2003-2007) un Plan de prevención y control de la osteoporosis.

| | Casos | % |
|--------------|-------|---------|
| SI | 59 | 84,29 % |
| NO | 7 | 10 % |
| No respuesta | 4 | 5,71 % |
| No procede | 0 | 0 % |

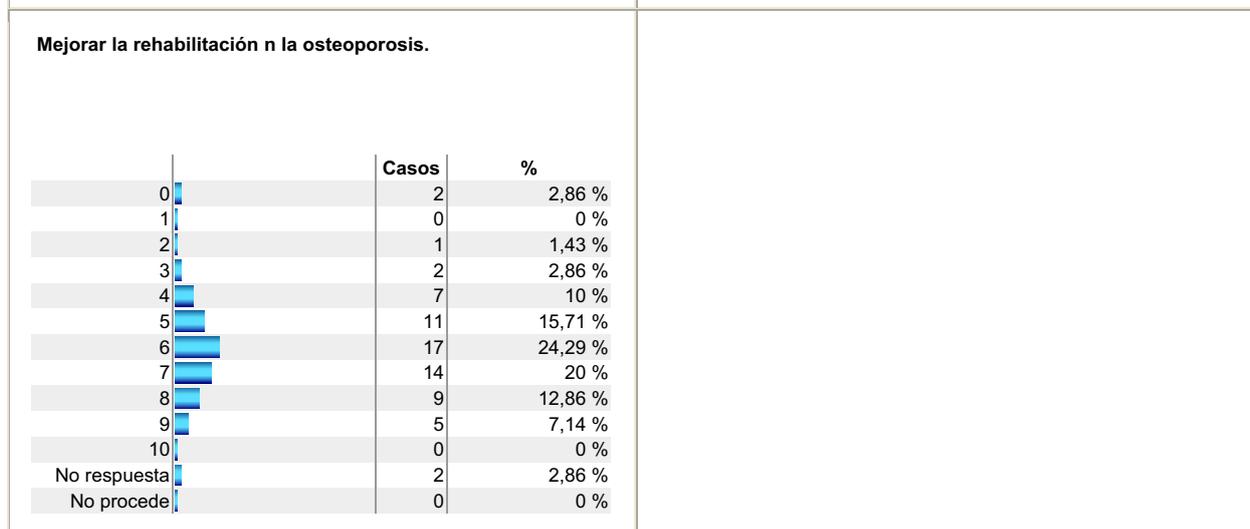
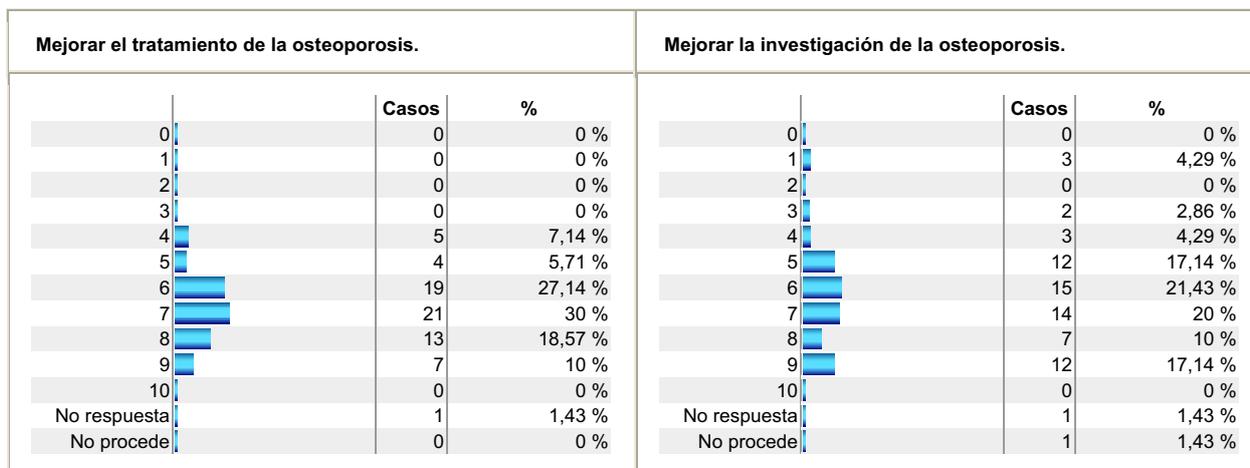
2. Objetivos prioritarios en osteoporosis

Mejorar la prevención de la osteoporosis.

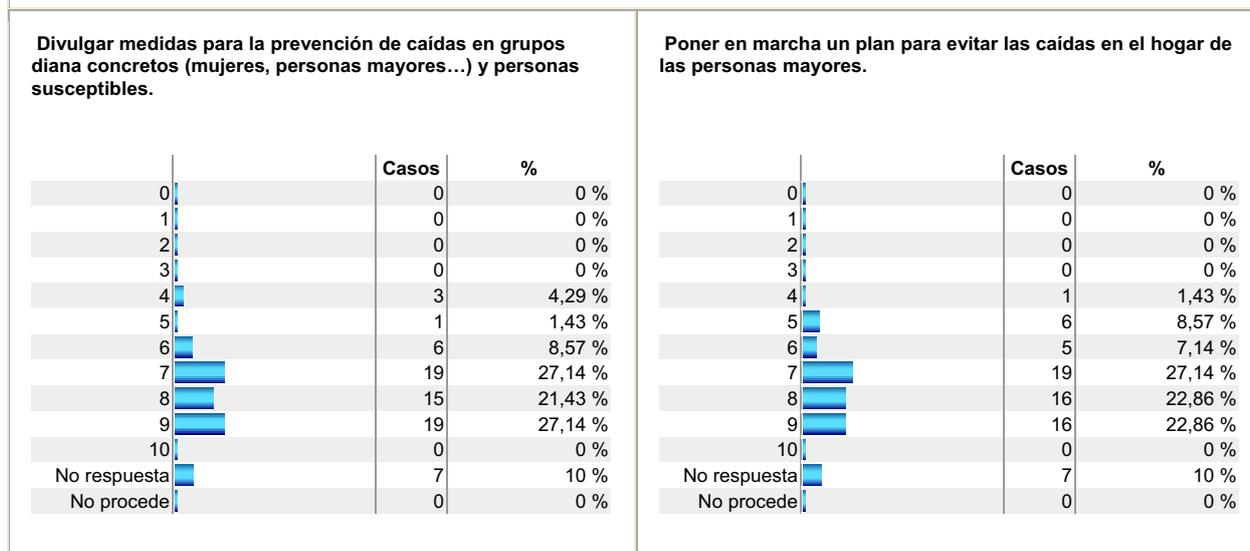
| | Casos | % |
|--------------|-------|---------|
| 0 | 0 | 0 % |
| 1 | 0 | 0 % |
| 2 | 0 | 0 % |
| 3 | 0 | 0 % |
| 4 | 1 | 1,43 % |
| 5 | 0 | 0 % |
| 6 | 7 | 10 % |
| 7 | 17 | 24,29 % |
| 8 | 11 | 15,71 % |
| 9 | 33 | 47,14 % |
| 10 | 0 | 0 % |
| No respuesta | 1 | 1,43 % |
| No procede | 0 | 0 % |

Mejorar el diagnóstico de la osteoporosis.

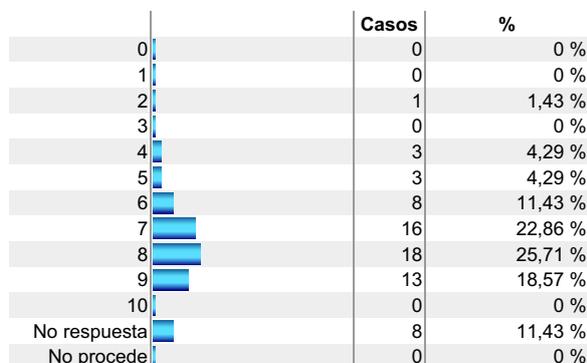
| | Casos | % |
|--------------|-------|---------|
| 0 | 0 | 0 % |
| 1 | 0 | 0 % |
| 2 | 2 | 2,86 % |
| 3 | 0 | 0 % |
| 4 | 2 | 2,86 % |
| 5 | 3 | 4,29 % |
| 6 | 6 | 8,57 % |
| 7 | 20 | 28,57 % |
| 8 | 17 | 24,29 % |
| 9 | 19 | 27,14 % |
| 10 | 0 | 0 % |
| No respuesta | 1 | 1,43 % |
| No procede | 0 | 0 % |



3. Actuaciones preventivas y poblaciones prioritarias



La difusión en la población diana de los ejercicios y medidas indicadas y contraindicadas en la osteoporosis para evitar fracturas derivadas.



Fomentar actividad física adaptada para prevenir fracturas osteopóroticas.



Divulgar los principios de una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...)



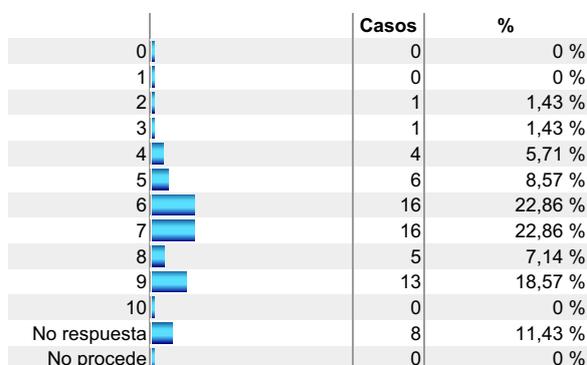
Divulgar entre la población general formas de obtención/consumo de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...)



Realizar campañas de intervención en los colegios sobre alimentación saludable, actividad física y hábitos saludables que interesen también a la salud ósea.



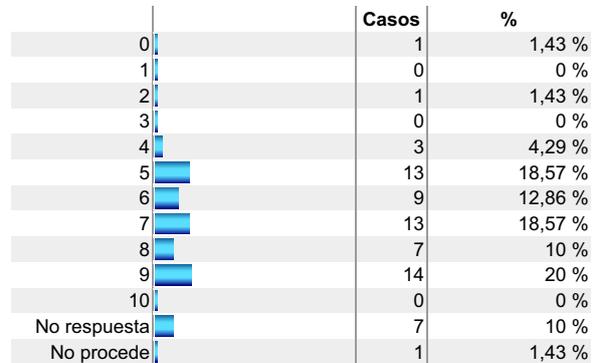
Realizar campañas de sensibilización y prevención en los balnearios y residencias para personas mayores para aumentar la adhesión, evitar caídas e informar de los riesgos de fractura en personas con osteoporosis.



Implicar a enfermería en las tareas de prevención de la osteoporosis en los Centros de Atención Primaria (consultas de enfermería sobre osteoporosis)



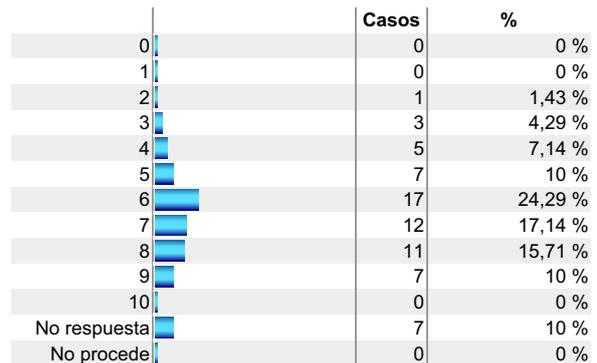
Sensibilizar a la población general sobre la magnitud, repercusiones e importancia que tiene la osteoporosis como problema de salud pública.



Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis.



Ofrecer formación específica a los monitores de actividad física de los ayuntamientos y dependientes de bienestar social de los ejercicios más recomendables y los contraindicados en la osteoporosis.



Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis



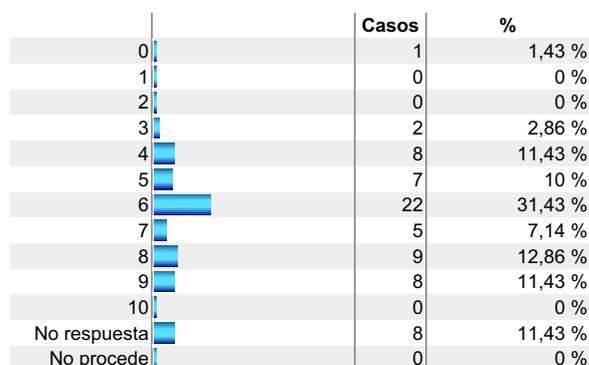
Realizar campañas para evitar la exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...)



Difundir a la población los factores de riesgo, criterios, para la sospecha de fractura por osteoporosis.



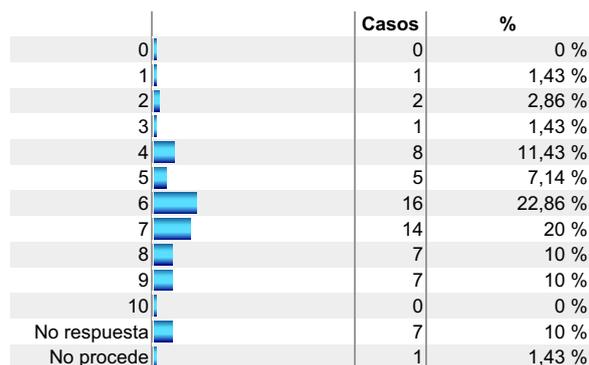
Realizar campañas para evitar condiciones físicas modificables influyentes en la osteoporosis, como la delgadez extrema y los trastornos del comportamiento alimentario.



Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para aumentar habilidades (talleres de cocina u otros) para poder conseguir una alimentación saludable y rica en calcio.



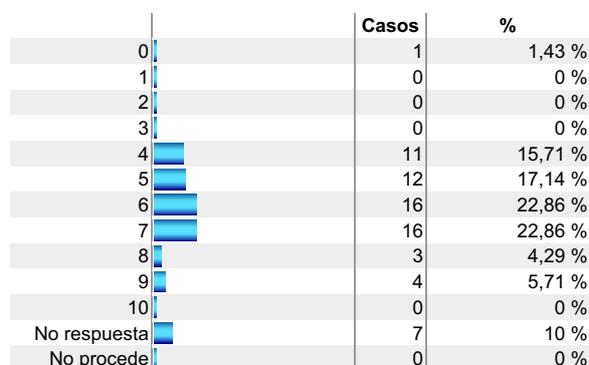
Difundir a la población los factores de riesgo, criterios mayores y menores para que sepan cuando puede haber sospecha de osteoporosis.



Realizar campañas de cribado diagnóstico en grupos de riesgo determinados



Realizar campañas de ergonomía en el hogar para evitar maniobras corporales que pueden resultar contraproducentes para la salud ósea general y la osteoporosis en particular.



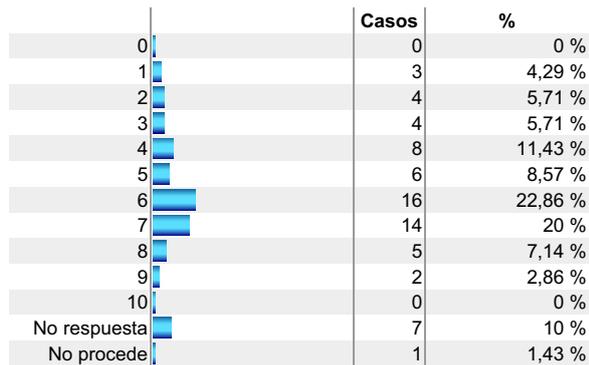
Sensibilizar a la población general sobre importancia que tienen los problemas osteoarticulares como problema de salud pública.



Realizar campañas de ergonomía laboral para evitar maniobras corporales que pueden resultar contraproducentes para la salud ósea general y la osteoporosis en particular.



Implicar en la prevención y control de la osteoporosis a las empresas privadas de alimentación, grandes superficies, deportivas...

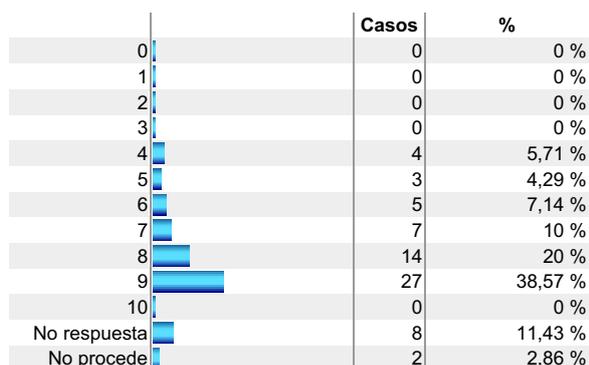


Poner en marcha una escuela itinerante (autobús) de cuidados para la osteoporosis

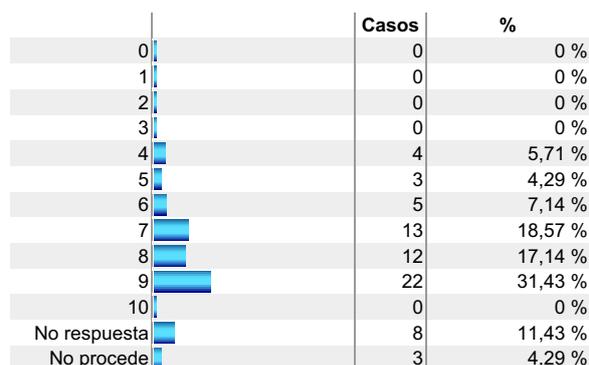


4. Aspectos de sensibilización del profesional sanitario prioritarias

Facilitar el acceso a DXA en todos los Departamentos sanitarios.



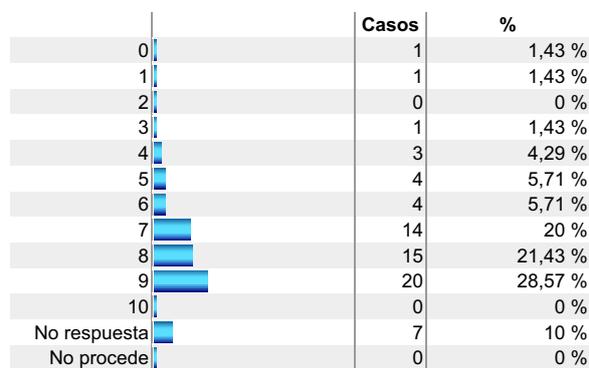
Hacer accesible las pruebas diagnósticas, como el DXA, a atención primaria.



Aumentar la formación de los profesionales de atención primaria para proceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis mediante cursos, seminarios u otros modelos formativos.



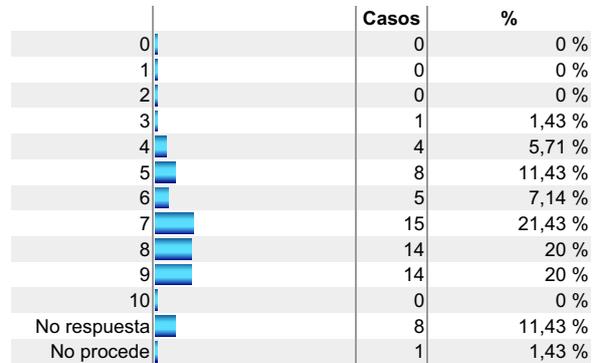
Contar con el consenso de las sociedades científicas pertinentes y el respaldo de la Conselleria de Sanitat para la elaboración de los documentos que establezcan el documento de diagnóstico y manejo de la osteoporosis.



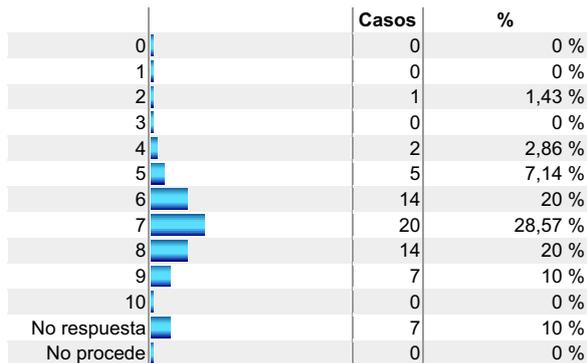
Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para los criterios de derivación a especializada.



Establecer/ editar/ difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención primaria.



Realización en todos los Departamentos sanitarios de actividades de formación relacionada con la osteoporosis.



Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención especializada.



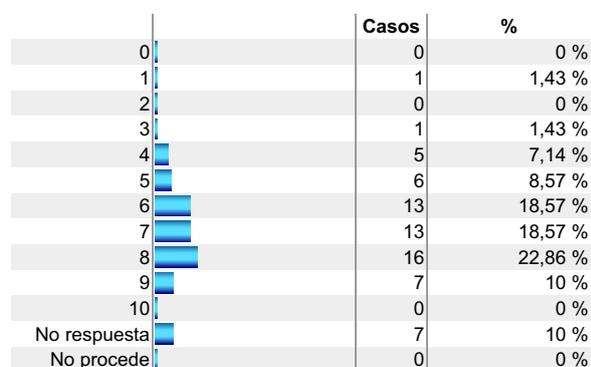
Informar del Plan y de sus actividades a todos los profesionales a través de las Gerencias de los Departamentos.



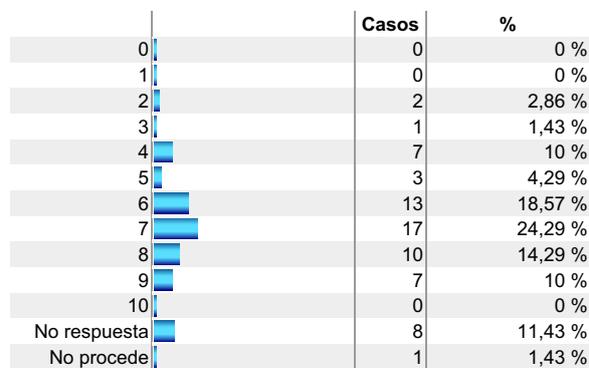
Dotar a cada departamento sanitario de un densitómetro (DXA).



Introducir en aquellos planes (p.e diabetes, epoc) de Conselleria de Sanitat en los que la patologia pudiera suponer un riesgo para la osteoporosis o la fractura, las recomendaciones adecuadas para que los profesionales presten una atención especial.



Plasmar el diagnóstico de osteoporosis en un desplegable a través de la historia clínica informatizada (Abucassis).

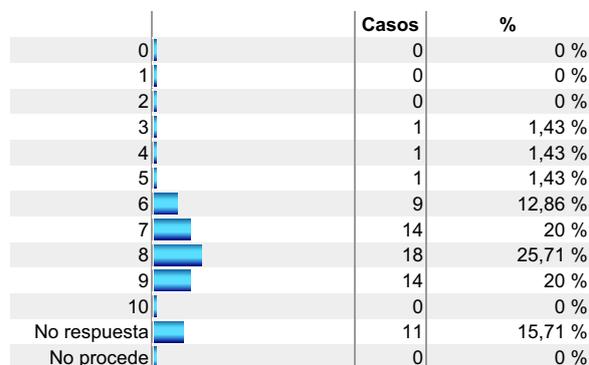


5. Aspectos del tratamiento y rehabilitación prioritarios

26.- Ofrecer formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas terapéuticas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis.



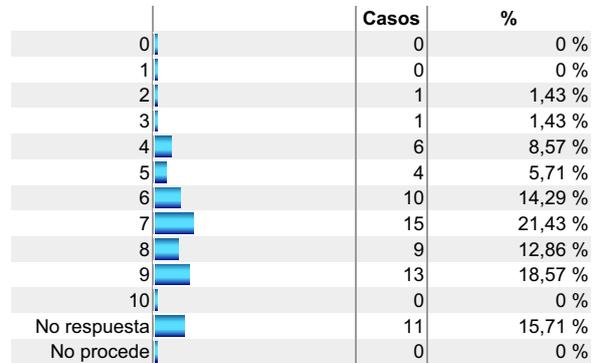
28.- Difusión de una guía terapéutica para el manejo de la osteoporosis en atención primaria y especializada.



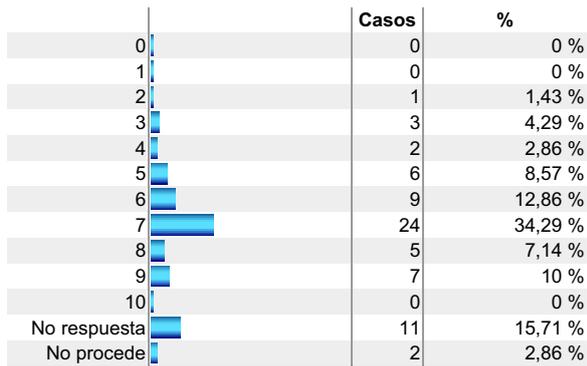
Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos.



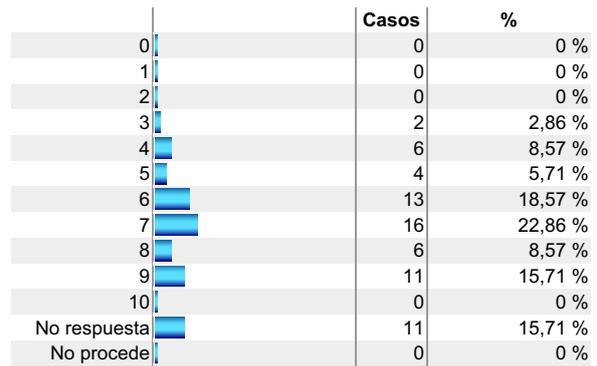
Persuadir a la población que lo requiera de las medidas para aumentar la adhesión al tratamiento mediante consultas de enfermería, folletos informativos y otros.



Difundir las pautas de rehabilitación más importantes tras las caídas.



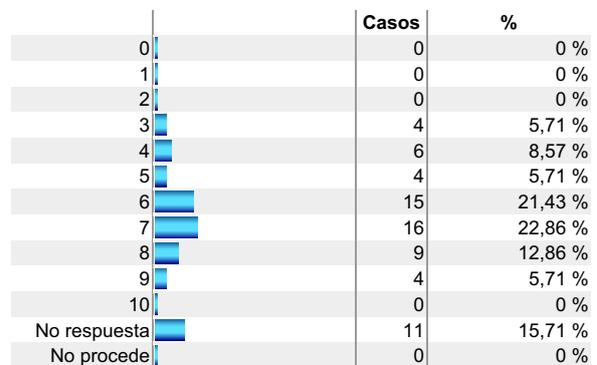
Potenciar y difundir escuelas/aulas de cuidados en los Servicios de rehabilitación para evitar nuevas fracturas por osteoporosis.



Realizar estudios de evaluación sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos.



Potenciar programas específicos para la osteoporosis de rehabilitación en grupo.

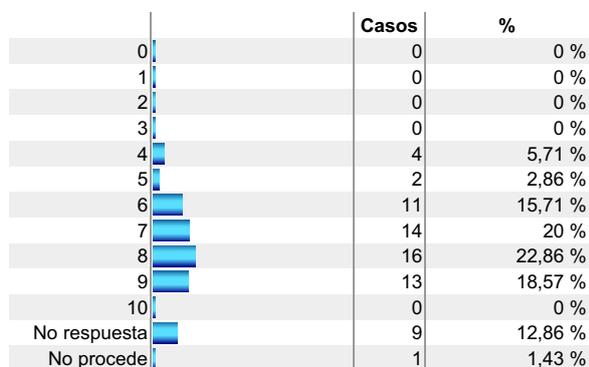


Realizar controles de las campañas llevadas a cabo por los laboratorios farmacéuticos sobre esta patología.

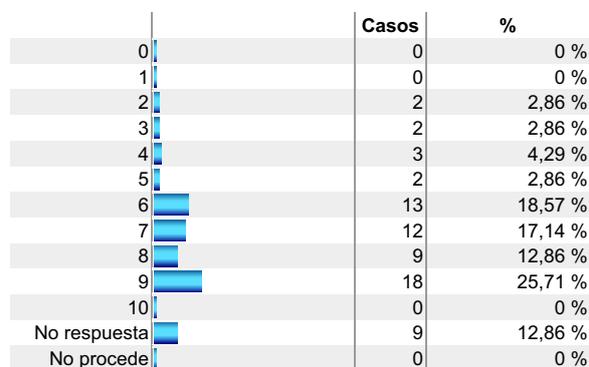


6. Objetivos de investigación prioritarios

Realizar seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis en la Comunitat Valenciana.



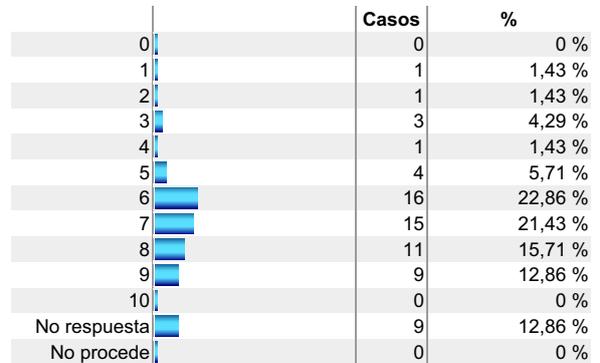
Dedicar mayores recursos a la investigación sobre prevención de la osteoporosis.



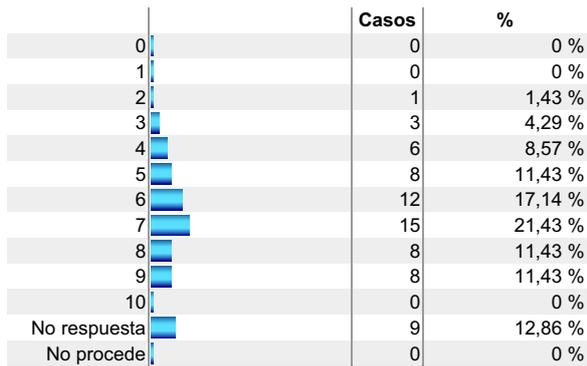
Realizar estudios de evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana.



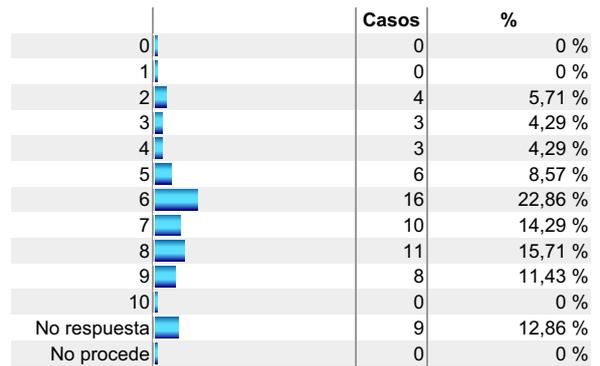
Dedicar mayores recursos a la investigación sobre tratamiento de la osteoporosis.



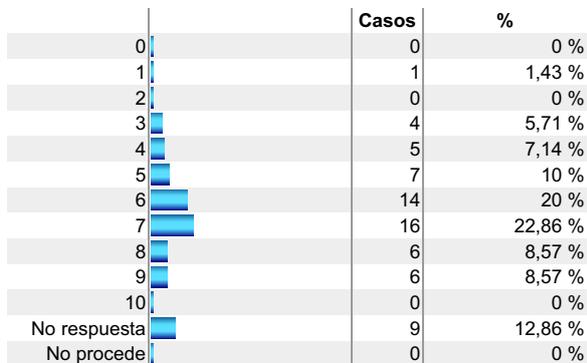
Realizar estudios de prevalencia de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana.



Dedicar mayores recursos a la investigación sobre diagnóstico de la osteoporosis.



Dedicar mayores recursos a la investigación sobre rehabilitación de la osteoporosis.



Realizar seminarios específicos sobre cómo hacer investigación aplicada a la osteoporosis.



ANEXO 11: Resultados segunda ola del estudio Delphi para el Plan de Prevención y Control de la Comunitat Valenciana.

Para cada uno de los ítems, además de la representación gráfica de las respuestas se presenta la frecuencia y el porcentaje de cada una de las opciones. Asimismo, en la parte inferior de cada tabla se expone el número de efectivos que han contestado a la pregunta (se contempla la no respuesta), la media, la desviación y el coeficiente de variación para cada uno de los ítems.

| 2. Objetivos prioritarios en osteoporosis | | | |
|---|--|---|----------|
| Mejorar la prevención de la osteoporosis. | | Mejorar el diagnóstico de la osteoporosis. | |
| | | Casos | % |
| 0 | | 0 | 0 % |
| 1 | | 0 | 0 % |
| 2 | | 0 | 0 % |
| 3 | | 0 | 0 % |
| 4 | | 1 | 1,54 % |
| 5 | | 0 | 0 % |
| 6 | | 2 | 3,08 % |
| 7 | | 16 | 24,62 % |
| 8 | | 19 | 29,23 % |
| 9 | | 26 | 40 % |
| 10 | | 0 | 0 % |
| No respuesta | | 1 | 1,54 % |
| No procede | | 0 | 0 % |
| | | Casos | % |
| 0 | | 0 | 0 % |
| 1 | | 0 | 0 % |
| 2 | | 0 | 0 % |
| 3 | | 1 | 1,54 % |
| 4 | | 0 | 0 % |
| 5 | | 0 | 0 % |
| 6 | | 4 | 6,15 % |
| 7 | | 27 | 41,54 % |
| 8 | | 22 | 33,85 % |
| 9 | | 10 | 15,38 % |
| 10 | | 0 | 0 % |
| No respuesta | | 1 | 1,54 % |
| No procede | | 0 | 0 % |
| Mejorar el tratamiento de la osteoporosis. | | Mejorar la investigación de la osteoporosis. | |
| | | Casos | % |
| 0 | | 0 | 0 % |
| 1 | | 0 | 0 % |
| 2 | | 0 | 0 % |
| 3 | | 0 | 0 % |
| 4 | | 1 | 1,54 % |
| 5 | | 3 | 4,62 % |
| 6 | | 17 | 26,15 % |
| 7 | | 25 | 38,46 % |
| 8 | | 15 | 23,08 % |
| 9 | | 3 | 4,62 % |
| 10 | | 0 | 0 % |
| No respuesta | | 1 | 1,54 % |
| No procede | | 0 | 0 % |
| | | Casos | % |
| 0 | | 0 | 0 % |
| 1 | | 0 | 0 % |
| 2 | | 1 | 1,54 % |
| 3 | | 0 | 0 % |
| 4 | | 4 | 6,15 % |
| 5 | | 8 | 12,31 % |
| 6 | | 22 | 33,85 % |
| 7 | | 18 | 27,69 % |
| 8 | | 6 | 9,23 % |
| 9 | | 5 | 7,69 % |
| 10 | | 0 | 0 % |
| No respuesta | | 1 | 1,54 % |
| No procede | | 0 | 0 % |

| Mejorar la rehabilitación de la osteoporosis. | | | |
|--|--|-------|---------|
| | | Casos | % |
| 0 | | 0 | 0 % |
| 1 | | 0 | 0 % |
| 2 | | 2 | 3,08 % |
| 3 | | 0 | 0 % |
| 4 | | 5 | 7,69 % |
| 5 | | 8 | 12,31 % |
| 6 | | 25 | 38,46 % |
| 7 | | 14 | 21,54 % |
| 8 | | 7 | 10,77 % |
| 9 | | 3 | 4,62 % |
| 10 | | 0 | 0 % |
| No respuesta | | 1 | 1,54 % |
| No procede | | 0 | 0 % |

3. Actuaciones preventivas y poblacionales prioritarias

| <p>Divulgar medidas para la prevención de caídas en grupos diana concretos (mujeres, personas mayores...) y personas susceptibles.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Casos</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>2</td><td>3,08 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>3</td><td>4,62 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>17</td><td>26,15 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>25</td><td>38,46 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>15</td><td>23,08 %</td></tr> <tr><td>10</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>No respuesta</td><td>3</td><td>4,62 %</td></tr> <tr><td>No procede</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> </tbody> </table> | | Casos | % | 0 | 0 | 0 % | 1 | 0 | 0 % | 2 | 0 | 0 % | 3 | 0 | 0 % | 4 | 0 | 0 % | 5 | 2 | 3,08 % | 6 | 3 | 4,62 % | 7 | 17 | 26,15 % | 8 | 25 | 38,46 % | 9 | 15 | 23,08 % | 10 | 0 | 0 % | No respuesta | 3 | 4,62 % | No procede | 0 | 0 % | <p>Poner en marcha un plan para evitar las caídas en el hogar de las personas mayores.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Casos</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>2</td><td>3,08 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>2</td><td>3,08 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>9,23 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>18</td><td>27,69 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>24</td><td>36,92 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>10</td><td>15,38 %</td></tr> <tr><td>10</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>No respuesta</td><td>3</td><td>4,62 %</td></tr> <tr><td>No procede</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> </tbody> </table> | | Casos | % | 0 | 0 | 0 % | 1 | 0 | 0 % | 2 | 0 | 0 % | 3 | 0 | 0 % | 4 | 2 | 3,08 % | 5 | 2 | 3,08 % | 6 | 6 | 9,23 % | 7 | 18 | 27,69 % | 8 | 24 | 36,92 % | 9 | 10 | 15,38 % | 10 | 0 | 0 % | No respuesta | 3 | 4,62 % | No procede | 0 | 0 % |
|---|-------|---------|---|---|---|-----|---|---|-----|---|---|--------|---|---|-----|---|---|-----|---|---|--------|---|---|---------|---|----|---------|---|----|---------|---|----|---------|----|---|-----|--------------|---|--------|------------|---|-----|--|--|-------|---|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|--------|---|---|--------|---|----|---------|---|----|---------|---|----|---------|---|----|---------|----|---|-----|--------------|---|--------|------------|---|-----|
| | Casos | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | 3,08 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 3 | 4,62 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 17 | 26,15 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 25 | 38,46 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 15 | 23,08 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No respuesta | 3 | 4,62 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No procede | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Casos | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 2 | 3,08 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | 3,08 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 6 | 9,23 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 18 | 27,69 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 24 | 36,92 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 10 | 15,38 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No respuesta | 3 | 4,62 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No procede | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Realizar campañas de intervención en los colegios sobre alimentación saludable, actividad física y hábitos saludables que interesen también a la salud ósea.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Casos</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td>1,54 %</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>3</td><td>4,62 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>9</td><td>13,85 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>15</td><td>23,08 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>24</td><td>36,92 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>13,85 %</td></tr> <tr><td>10</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>No respuesta</td><td>4</td><td>6,15 %</td></tr> <tr><td>No procede</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> </tbody> </table> | | Casos | % | 0 | 0 | 0 % | 1 | 0 | 0 % | 2 | 1 | 1,54 % | 3 | 0 | 0 % | 4 | 0 | 0 % | 5 | 3 | 4,62 % | 6 | 9 | 13,85 % | 7 | 15 | 23,08 % | 8 | 24 | 36,92 % | 9 | 9 | 13,85 % | 10 | 0 | 0 % | No respuesta | 4 | 6,15 % | No procede | 0 | 0 % | <p>Fomentar actividad física adaptada para prevenir fracturas osteopóroticas.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Casos</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td><td>1,54 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>2</td><td>3,08 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>10</td><td>15,38 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>21</td><td>32,31 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>18</td><td>27,69 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>10</td><td>15,38 %</td></tr> <tr><td>10</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>No respuesta</td><td>3</td><td>4,62 %</td></tr> <tr><td>No procede</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> </tbody> </table> | | Casos | % | 0 | 0 | 0 % | 1 | 0 | 0 % | 2 | 0 | 0 % | 3 | 0 | 0 % | 4 | 1 | 1,54 % | 5 | 2 | 3,08 % | 6 | 10 | 15,38 % | 7 | 21 | 32,31 % | 8 | 18 | 27,69 % | 9 | 10 | 15,38 % | 10 | 0 | 0 % | No respuesta | 3 | 4,62 % | No procede | 0 | 0 % |
| | Casos | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1 | 1,54 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 3 | 4,62 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 9 | 13,85 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 15 | 23,08 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 24 | 36,92 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 9 | 13,85 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No respuesta | 4 | 6,15 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No procede | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Casos | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1 | 1,54 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | 3,08 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 10 | 15,38 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 21 | 32,31 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 18 | 27,69 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 10 | 15,38 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No respuesta | 3 | 4,62 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No procede | 0 | 0 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

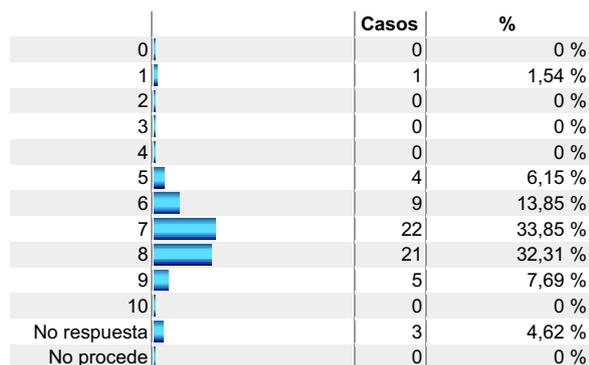
Divulgar los principios de una alimentación adecuada para prevenir la osteoporosis (calcio...)



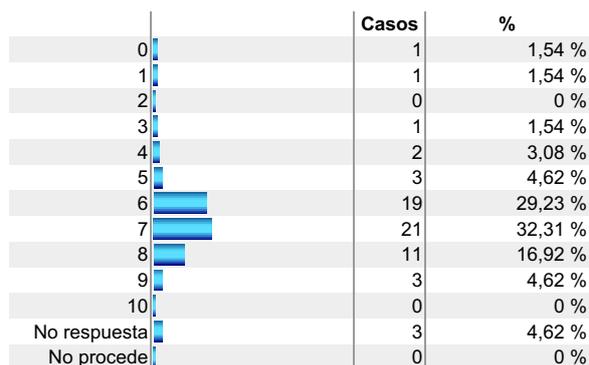
La difusión en la población diana de los ejercicios y medidas indicadas y contraindicadas en la osteoporosis para evitar fracturas derivadas.



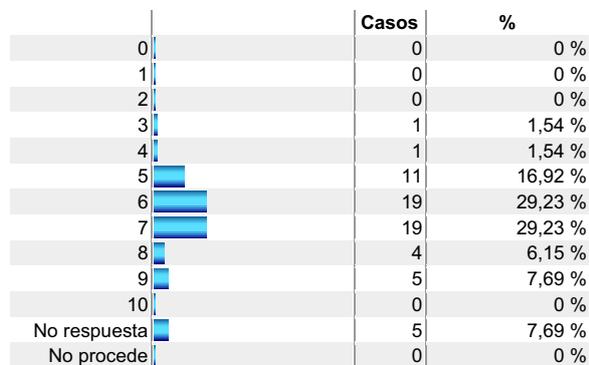
Divulgar entre la población general formas de obtención/consumo de vitamina D (toma de sol, alimentos, fármacos...)



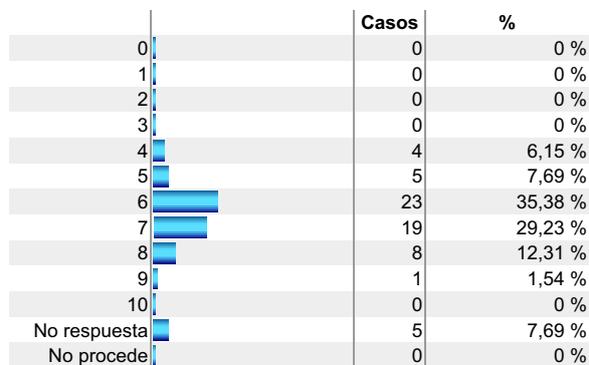
Implicar a enfermería en las tareas de prevención de la osteoporosis en los Centros de Atención Primaria (consultas de enfermería sobre osteoporosis)



Desarrollar actividades en centros comunitarios (ayuntamientos, asociaciones, servicios sociales y otros) para fomentar la actividad física en grupos de riesgo de osteoporosis.



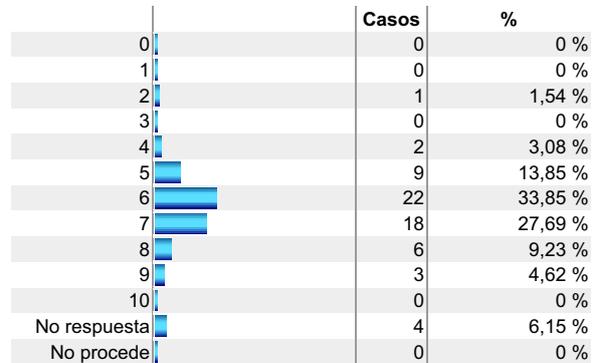
Realizar campañas de sensibilización y prevención en los balnearios y residencias para personas mayores para aumentar la adhesión, evitar caídas e informar de los riesgos de fractura en personas con osteoporosis.



Sensibilizar a la población general sobre la magnitud, repercusiones e importancia que tiene la osteoporosis como problema de salud pública.



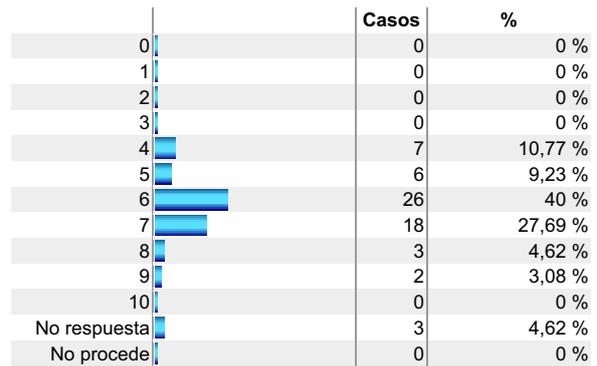
Realizar campañas para evitar la exposición a sustancias tóxicas que agravan la osteoporosis (alcohol, tabaco...)



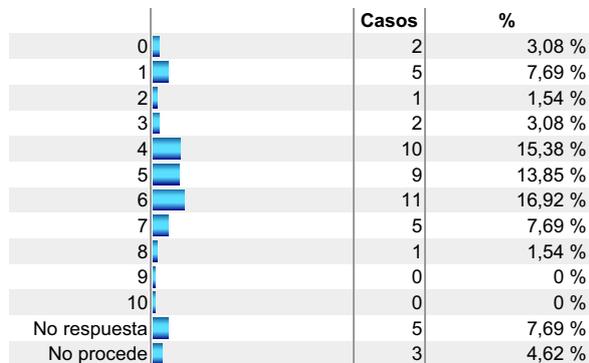
Llevar a cabo campañas divulgativas en las asociaciones sobre cómo prevenir la osteoporosis



Ofrecer formación específica a los monitores de actividad física de los ayuntamientos y dependientes de bienestar social de los ejercicios más recomendables y los contraindicados en la osteoporosis.

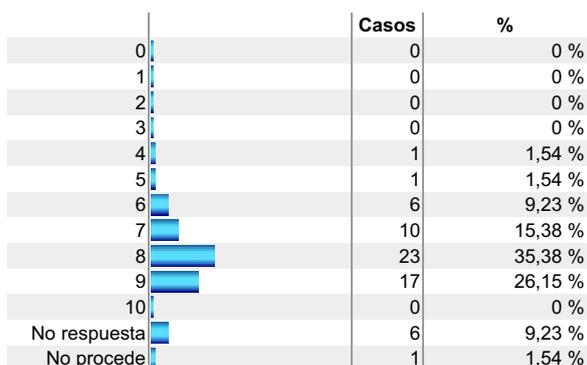


Colaboración con la farmacia comunitaria, en la divulgación de medidas preventivas.

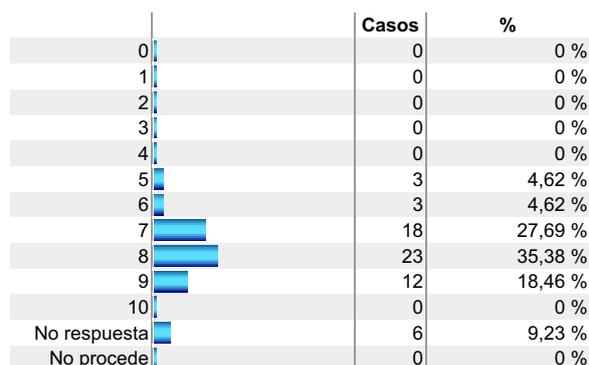


4. Aspectos de sensibilización del profesional sanitario prioritarios

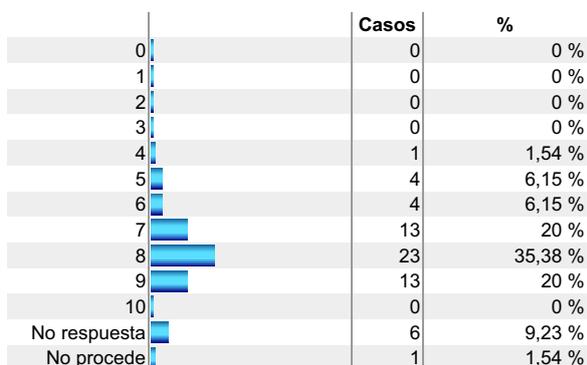
Facilitar el acceso a DXA en todos los Departamentos sanitarios.



Aumentar la formación de los profesionales de atención primaria para proceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis mediante cursos, seminarios u otros modelos formativos.



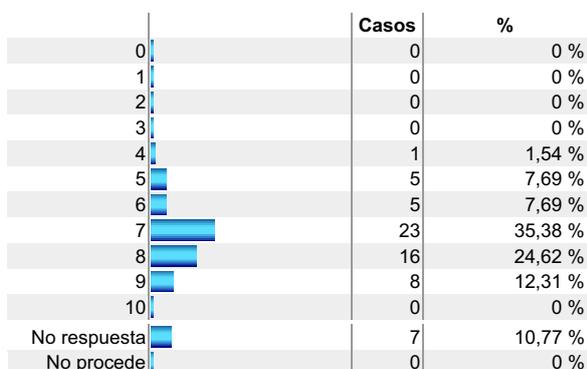
Hacer accesible las pruebas diagnósticas, como el DXA, a atención primaria.



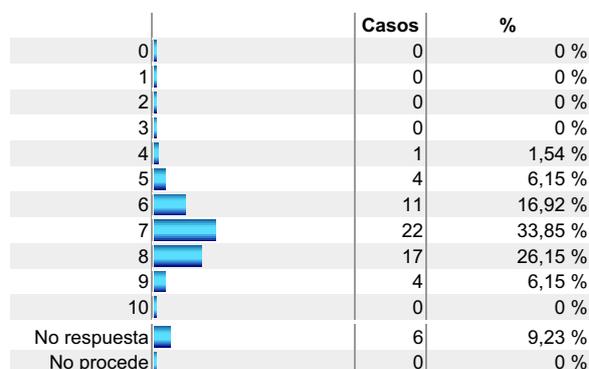
Contar con el consenso de las sociedades científicas pertinentes y el respaldo de la Conselleria de Sanitat para la elaboración de los documentos que establezcan el documento de diagnóstico y manejo de la osteoporosis.



Establecer/ editar/ difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para el diagnóstico de la osteoporosis desde atención primaria.



Establecer/editar/difundir por medios electrónicos y en papel, un protocolo único para los criterios de derivación a especializada.



5. Aspectos del tratamiento y rehabilitación prioritarios

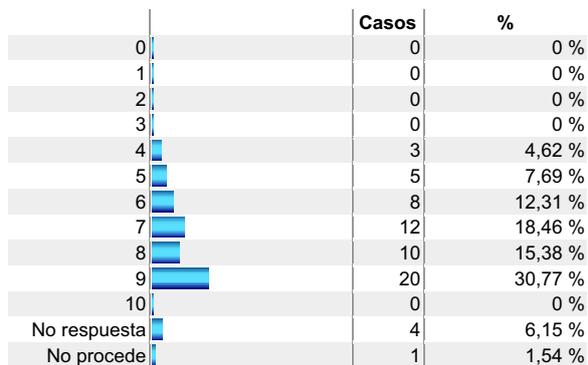
Ofrecer formación específica a los profesionales sobre el uso racional de las medidas terapéuticas farmacológicas aplicadas a la osteoporosis.



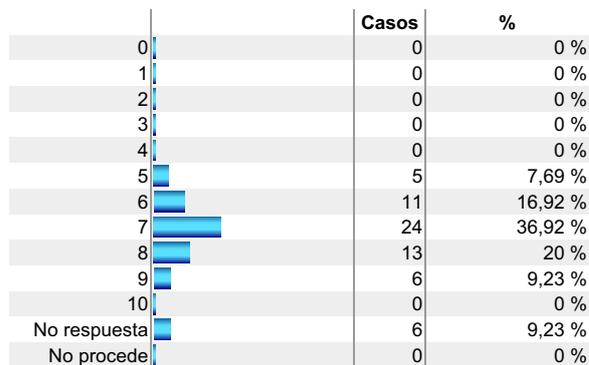
Difusión de una guía terapéutica para el manejo de la osteoporosis en atención primaria y especializada.



Realizar en los servicios de rehabilitación programas integrales (información, ejercicio y prevención de caídas) a pacientes con riesgo de osteoporosis.



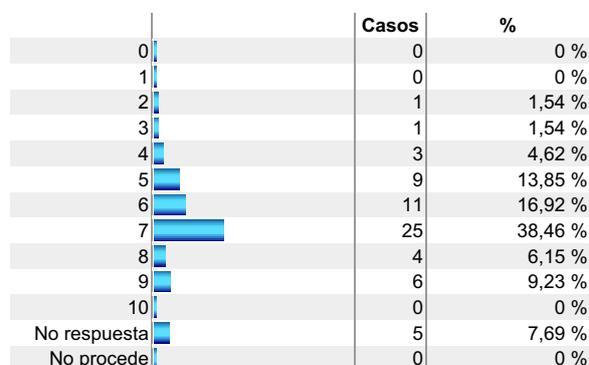
Incentivar la buena praxis en el tratamiento de la osteoporosis en los profesionales facultativos.



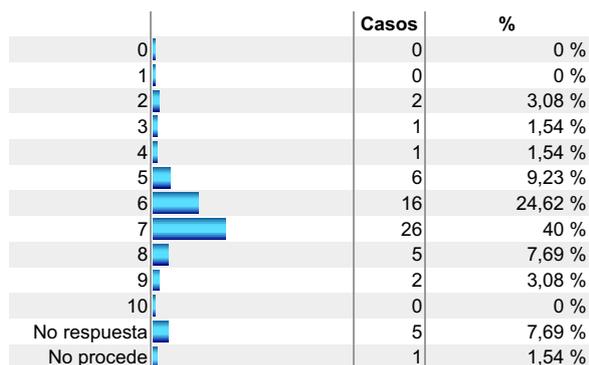
Potenciar unidades de fracturas en los hospitales que atienden pacientes con fracturas osteoporóticas



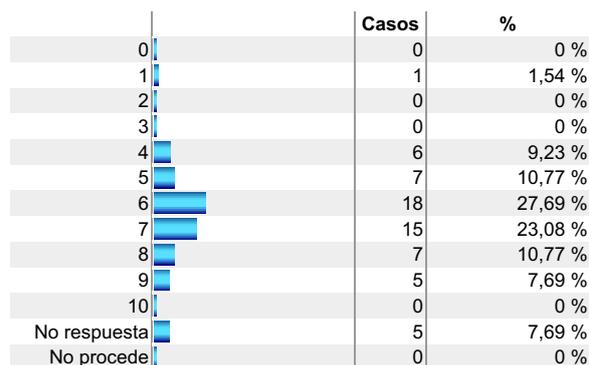
Persuadir a la población que lo requiera de las medidas para aumentar la adhesión al tratamiento mediante consultas de enfermería, folletos informativos y otros.



Difundir las pautas de rehabilitación más importantes tras las caídas.



Potenciar y difundir escuelas/aulas de cuidados en los Servicios de rehabilitación para evitar nuevas fracturas por osteoporosis.

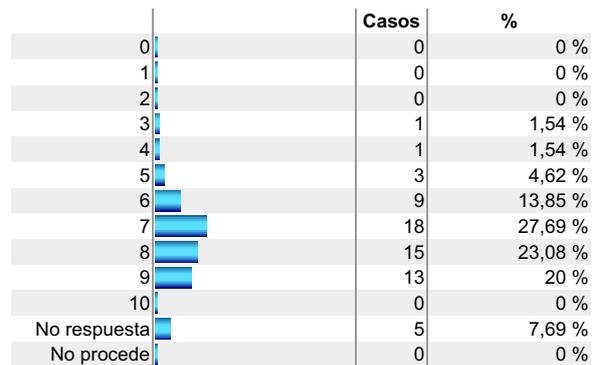


6. Objetivos de investigación prioritarios

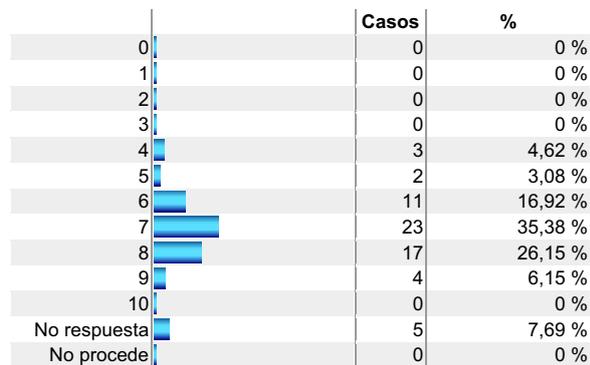
Realizar seguimiento de la incidencia de fracturas por osteoporosis en la Comunitat Valenciana.



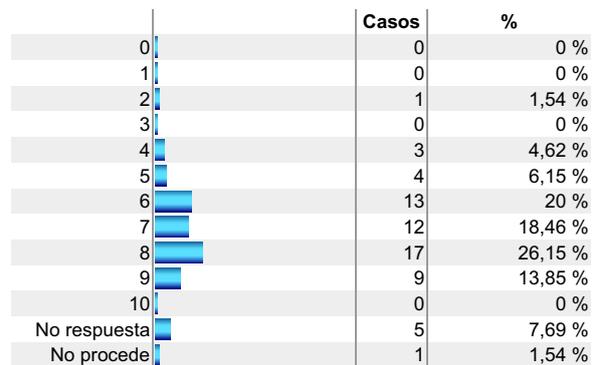
Dedicar mayores recursos a la investigación sobre prevención de la osteoporosis.



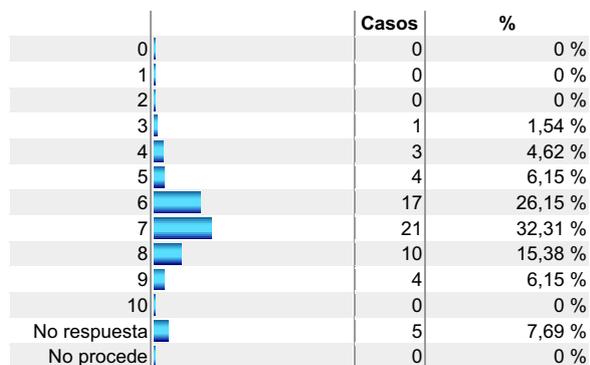
Realizar estudios de evaluación de la calidad asistencial en osteoporosis en la Comunitat Valenciana.



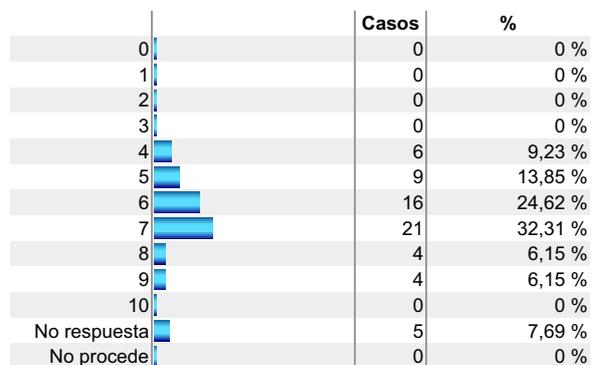
Evaluación del efecto del tratamiento rehabilitador de los trastornos del equilibrio sobre las caídas



Dedicar mayores recursos a la investigación sobre tratamiento de la osteoporosis.



Realizar estudios de prevalencia de la osteoporosis en la Comunitat Valenciana.



8. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Conselleria de Sanitat. Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2001-2004). Valencia: Conselleria de Sanitat, 2001
- ² Conselleria de Sanitat. Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2005-2009). Valencia: Conselleria de Sanitat, 2006.
- ³ Conselleria de Sanitat. Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2003.
- ⁴ Quiles J, Nohales FJ, Fullana AM, Castelló J, Carmona JV. Baja masa ósea y factores ginecológicos asociados en mujeres climatóricas de la Comunitat Valenciana. REEMO 2008; 17(3): 35-43.
- ⁵ Quiles J, Fullana AM, Sanz M, Escolano M. Comisión técnica asesora del Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis en la Comunitat Valenciana. Disminución de las fracturas de cadera entre la población de 65 a 74 años. Una observación desde el Plan de Prevención y control de osteoporosis en la Comunitat Valenciana. REEMO 2007; 16(5): 85-94.
- ⁶ Díaz-Curiel M, García JJ, Carrasco JL, Honorato J, Pérez-Cano R, Rapado A, Alvarez-Sanz C. Prevalencia de osteoporosis determinada por densitometría en la población femenina española. Med Clin (Barc) 2001; 116: 86-8.
- ⁷ Sanfélix-Genovés J, Sanfélix-Gimeno G, Reig-Mollá B, Peiró-Moreno S, Graells-Ferrer M, Vega-Martínez M. Prevalencia de fractura vertebral y osteoporosis densitométrica en la ciudad de Valencia. REEMO 2007; 16(5): 85-94.
- ⁸ Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana. Resultados anuales. Informe 2008, datos provisionales. Accedido el 20 de febrero de 2009 por enlace: <http://www.sp.san.gva.es/DgspWeb/epidemiologia>
- ⁹ Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Aten Primaria 2004; 34(4):161-9.
- ¹⁰ Giancomi MK, Cook DJ. for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in Health care. A. Are the results of the study valid? JAMA 2000; 284: 357-62.
- ¹¹ Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ 1995; 311: 299-302.
- ¹² Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. Quaderns 8 de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut, 1996.
- ¹³ Delbecq A, Van de Ven A.H, A group process model for problem identification and program planning. Journal of Applied Behavioural Science 1971; 7: 466-91.
- ¹⁴ De Lucas A, Ortí A. Génesis y desarrollo de la práctica del grupo de discusión: fundamentación metodológica de la investigación social cualitativa. Investigación y Marketing 1995; 47: 6-9.
- ¹⁵ Johansen R, Sibbet D, Benson S, Martin A, Mittman R, Saffo P. *El impacto en las tecnologías en los equipos de trabajo*. Wilmington: Addison-Wesley Iberoamericana, 1993.

SERIE INFORMES DE SALUD
RELACIÓN DE DOCUMENTOS PUBLICADOS

- 1.- OBJETIVOS
- 2.- ANALISIS DE LOS DOCUMENTOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL
- 3.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1990-1991.
- 4.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1992.
- 5.- PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANER DE MAMA. RESULTADOS 1993.
- 6.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (1988-1989).
- 7.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (1990-1991).
- 8.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (1992-1993).
- 9.- SALUD LABORAL: PROGRAMA DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA.
- 10.- SALUD LABORAL: VIGILANCIA SANITARIA DE LOS PLAGUICIDAS.
- 11.- SALUD LABORAL: SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD LABORAL.
- 12.- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. VIGILANCIA ALIMENTARIA: 1ER TRIMESTRE 1994.
- 13.- INFORME DE GESTION DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS 1993.
- 14.- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. VIGILANCIA ALIMENTARIA: 2º TRIMESTRE 1994.
- 15.- PREVENCION DEL CANCER DE MAMA. UNIDAD D'ALCOI. 1994.
- 16.- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. VIGILANCIA ALIMENTARIA: 3ER TRIMESTRE 1994.
- 17.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1993.
- 18.- ESTUDIO DE SALUD BUCODENTAL EN ESCOLARES DE MUNICIPIOS SELECCIONADOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.
- 19.- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. VIGILANCIA ALIMENTARIA: INDICADORES. 4º TRIMESTRE 1994.
- 20.- PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE MAMA. RESULTADOS 1994.
- 21.- PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER DE CERVIX.
- 22.- ACTIVIDADES DE PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA (SIG- 2C) 1994.
- 23.- PROGRAMA ENTIDADES COLABORADORAS EN LA GESTION DE LAS CONTINGENCIAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN ENFERMEDAD PROFESIONAL EN EL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
- 24.- INFORME DE GESTION DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. AÑO 1994.
- 25.- ANALISIS DE LOS DOCUMENTOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL 1994 (Agotado)
- 26.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1994.
- 27.- INFORME DEL REGISTRO DE TRASPLANTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. AÑOS 1992, 1993 Y 1994.
- 28.- INFORME DE GESTION DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. AÑO 1995.
- 29.- PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER DE MAMA. RESULTADOS PRIMERA SERIE CINCO UNIDADES DE PREVENCION DE CANCER DE MAMA.
- 30.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1994.

- 31.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1995.
- 32.- ENCUESTA HOSPITALARIA SOBRE UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1996.
- 33.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1996.
- 34.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1995.
- 35.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA .INDICADORES CURSO 95-96.
- 36.- PROGRAMA PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO.
- 37.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES 1996.
- 38.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CANCER DE MAMA. ACUMULADOS 1992-1996.
- 39.- INFORMES DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DE 1995-1996.
- 40.- ENCUESTA HOSPITALARIA SOBRE UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1997.
- 41.- REGISTRO DE TUMORES INFANTILES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. AÑO 1995.
- 42.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD LABORAL.
- 43.- PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL SANITARIO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN.
- 44.- FORMACIÓN EN VACUNOLOGIA.
- 45.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADAS 95-96,96-97,97-98
- 46.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 1997-98
- 47.- ESTUDIO DE SALUD BUCODENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1998
- 48.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1992-1997
- 49.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. INDICADORES CURSO 96-97
- 50.- PROGRAMA DE DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO. INDICADORES AÑOS 1997-1998
- 51.-. PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA 98-99
- 52.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1997
- 53.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1998
- 54.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. RESULTADOS 1992-1998
- 55.- ANALISIS DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE LAS U.P.C.M. EN LA COMUNIDAD VALENCIANA
- 56.- INFORMES DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DE 1997-1998
- 57.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. INDICADORES CURSO 97-98 Y 98-99
- 58.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA 99-2000
- 59.- ENCUESTA HOSPITALARIA SOBRE UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA 1999

- 60.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.1999
- 61.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.
- 62.- ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN EL AREA DE SALUD Nº 20.
- 63.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA 2000-2001.
- 64.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 1999.
- 65.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.2000.
- 66.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. 2001
- 67.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA 2001-2002
- 68.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 2000
- 69.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA , 2002-2003
- 70.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2002
- 71.- INFORME DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 1999-2000
- 72.- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX
- 73.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA , 2003-2004
- 74.- ENCUESTA HOSPITALARIA SOBRE LAS CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, AÑO 2002
- 75.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2003
- 76.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 2001
- 77.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA , 2004-2005
- 78.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, 2003
- 79.- INFORME DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 1998-2002
- 80.- RESUMEN DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA, AÑO 2004
- 81.- ESTUDIO DE SALUD BUCODENTAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2005
- 82.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, INFORME ANUAL 2004
- 83.- RESUMEN DE LA VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2004
- 84.- INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA DE LOS TUMORES INFANTILES: PROVINCIA DE CASTELLÓN Y VALENCIA, 1983-2000
- 85.- INCIDENCIA Y SUPERVIVENCIA DEL CANCER DE MAMA FEMENINO EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN
- 86.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2004
- 87.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 2002
- 88.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INFORME 2003
- 89.- INFORME DEL REGISTRO DE CASOS DE SIDA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

- 90.- RED CENTINELA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2001-2002
- 91.- APROXIMACIÓN A LAS ENFERMEDADES RARAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 1999-2003
- 92.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA, 2005-2006
- 93.- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX
- 94.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA: INFORME ANUAL 2005
- 95.- ADHERENCIA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA
- 96.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA , 2006-2007
- 97.- INFORME DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2005
- 98.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2005
- 99.- INFORME DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2006
- 100.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA: INFORME ANUAL 2006
- 101.- RED CENTINELA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2003-2004
- 102.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNITAT VALENCIANA. INFORME 2004
- 103.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNITAT VALENCIANA, 2006
- 104.- INCIDENCIA DE CÁNCER: ESTIMACIONES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN ONCOLÓGICO, COMUNITAT VALENCIANA 2004 = INCIDÈNCIA DE CÀNCER: ESTIMACIONS DEL SISTEMA D'INFORMACIÓ ONCOLÒGIC, COMUNITAT VALENCIANA 2004
- 105.- PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. TEMPORADA, 2007-2008
- 106.- REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE LA COMUNITAT VALENCIANA. INFORME 2005
- 107.- VIOLENCIA EN LA INFANCIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA
- 108.- DIFERENCIAS DE GÉNERO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE MEDIANA EDAD (40-60 AÑOS) DE LA COMUNITAT VALENCIANA
- 109.- INFORME DE TUBERCULOSIS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2007
- 110.- SITUACIÓN DEL CÁNCER EN LA COMUNITAT VALENCIANA 2004 = SITUACIÓ DEL CÀNCER A LA COMUNITAT VALENCIANA 2004
- 111.- RED CENTINELA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2005-2006
- 112.- MUJERES DERIVADAS POR EL PPCM AL HOSPITAL PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN.
- 113.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNITAT VALENCIANA, 2007.
- 114.- ESTUDIO CUALITATIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL II PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE OSTEOPOROSIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT