



# PREVALENCIA DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN GALICIA

- Investigador

- Hospital

## Captación:

Consulta  Planta  Urgencias   
Rx

## En caso de radiografía:

Rx en Consulta  Rx en Planta   
Rx en Urgencias

## Tipo de fractura:

Cadera  Vértebra  Colles   
Húmero  Tibia  Costillas

*En el caso de que la captación del paciente se realice solamente a partir de los resultados radiográficos y no se tenga otro tipo de información sobre el paciente (el historial clínico) cubrir esta hoja, en caso contrario cubrir el resto de las hojas.*

CÓDIGO PACIENTE  CÓDIGO INVESTIGADOR  CÓDIGO CENTRO

FECHA 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DD	MM	AAAA

**Pegatina**

**Tipo de Fractura:** Cadera Vértebra Colles Húmero Tibia Costillas

**Captación:** Rx en Consulta Rx en Planta Rx en Urgencias

**OBSERVACIONES:**

**Firma:**

**Investigador que ha recogido los datos:**

*El resto de la información solicitada (recogida en las siguientes hojas de este cuaderno de recogida de datos) se cubrirá o bien accediendo al historial clínico o bien por entrevista personal al paciente.*



# **CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS**

## **CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)**

Cada paciente tendrá un único CDR.

El CDR cuenta con:

- Impresos de recogida de datos
- Consentimiento informado del paciente

Las normas para cumplimentar el CDR son:

- Escribir con claridad utilizando un bolígrafo de punta fina
- Comprobar que se responde todas las preguntas relevantes y que no se dejan bloques vacíos
- La correcciones de los datos se harán trazando una línea recta sobre el dato incorrecto y escribiendo el valor correcto junto al dato que se ha tachado firmando y fechando al lado
- Firma y nombre del investigador que recoge los datos una vez terminado de cumplimentar todos los items.

CÓDIGO PACIENTE  CÓDIGO INVESTIGADOR  CÓDIGO CENTRO

## **CRITERIOS INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

**Comprobar que el paciente reúne TODOS los siguientes criterios**

- Hombre o mujer mayor de 50 años Sí  NO
- Residente en Galicia Sí  NO
- Ha sufrido una fractura por fragilidad Sí  NO
- El paciente comprende los procedimientos del estudio y acepta voluntariamente tomar parte en él mediante firma del consentimiento informado Sí  NO

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

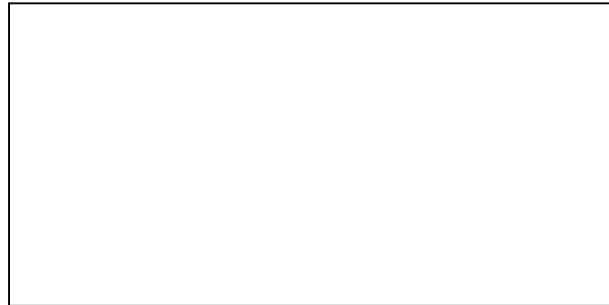
**Comprobar que la paciente no cumple NINGUNO de los siguientes criterios**

- Pacientes que estén participando en otros estudios de investigación que suponga una alteración de la práctica clínica habitual. Sí  NO
- Pacientes mental o legalmente incapaces de otorgar su consentimiento informado. Sí  NO
- Historia de retraso mental Sí  NO
- Incapacidad para expresarse en castellano o en gallego Sí  NO
- Presencia de enfermedades osteometabólicas distintas que lo sea la osteoporosis o enfermedades neoplásicas Sí  NO

CÓDIGO PACIENTE  CÓDIGO INVESTIGADOR  CÓDIGO CENTRO

FECHA     
DD MM AAAA

**PEGATINA**



**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL (LOCALIDAD Y CÓDIGO POSTAL):

\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: La Coruña  Lugo  Ourense  Pontevedra

ÁREA:: Rural <10000 hab.  Semiurbana 10000-25000 hab.  Urbana >25000 hab.

TIEMPO DE RESIDENCIA: 0-10 años  11-20 años  20-30 años

Más de 30 años  Especificar: \_\_\_\_ años

LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR:

\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE RESIDENCIA ANTERIOR : 0-10 años  11-20 años  20-30 años

Más de 30 años  Especificar: \_\_\_\_ años

CÓDIGO PACIENTE  CÓDIGO INVESTIGADOR  CÓDIGO CENTRO

**FACTORES DE RIESGO PARA LA OSTEOPOROSIS**

TABACO: Sí  No  Exfumador  Si fuma: cantidad cigarrillos/día \_\_\_\_\_

ALCOHOL: Sí  No  Exalcohólico  Si ingiere: cantidad g/día \_\_\_\_\_

CAFÉ: Sí  No  Si toma: cantidad tazas/día \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD FÍSICA HABITUAL: Inactividad  Sedentaria  Activo relat. o moderado   
Activo Intenso

INGESTA HABITUAL DE CALCIO (USAR TABLA CONTENIDA AL FINAL DEL CRD):

Mínima (<1200 mg/día)  Media (Entre 1200-1500 mg/día)  Alta (>1500 mg/día)

ANTECEDENTES DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN FAMILIARES DE 1º GRADO: Sí  No

**En el caso de fracturas por fragilidad en familiares especificar cada una de ellas:**

- = Vertebral    Sí  No  Relación de parentesco: \_\_\_\_\_
- = Cadera        Sí  No  Relación de parentesco: \_\_\_\_\_
- = Colles        Sí  No  Relación de parentesco: \_\_\_\_\_
- = Húmero       Sí  No  Relación de parentesco: \_\_\_\_\_
- = Tibia prox.   Sí  No  Relación de parentesco: \_\_\_\_\_
- = Costillas     Sí  No  Relación de parentesco: \_\_\_\_\_

---

**EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MUJER CUBRIR LOS SIGUIENTES ITEMS:**

EDAD MENARQUIA: \_\_\_\_\_ años

EDAD MENOPAUSIA: \_\_\_\_\_ años

CAUSA DE LA MENOPAUSIA: Natural  Quirúrgica

LARGOS BACHES AMENORREICOS (más de 3-4 meses fuera de los embarazos): Sí  No

PARIDAD: (nº nacidos) \_\_\_\_\_

LACTÓ: Sí  No  Si lactó: meses lactancia acumulados: \_\_\_\_\_

CÓDIGO PACIENTE  CÓDIGO INVESTIGADOR  CÓDIGO CENTRO

### FÁRMACOS

TIAZIDAS: Ahora  Las tomó alguna vez  Nunca

ESTATINAS: Ahora  Las tomó alguna vez  Nunca

ESTEROIDES ORALES: Ahora  Las tomó alguna vez (>6 meses)  Nunca

ESTEROIDES INHALADOS: Ahora  Las tomó alguna vez  Nunca

ANTICONCEPTIVOS ORALES: Sí  No  Si tomó: meses acumulados \_\_\_\_\_

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

TALLA: \_\_\_\_\_ cm PESO: \_\_\_\_\_ Kg ENVERGADURA: \_\_\_\_\_ cm

Ha notado pérdida de altura en los últimos 2-3 años: Sí  No

ANTECEDENTES DE FRACTURAS PREVIAS POR FRAGILIDAD: Sí  No

#### **En el caso de fracturas previas por fragilidad especificar cada una de ellas:**

= Vertebral Sí  No  ¿cuántas vértebras: Dorsales: \_\_\_\_\_, Lumbares \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

= Cadera Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Año: \_\_\_\_\_

= Colles Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Año: \_\_\_\_\_

= Húmero Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Año: \_\_\_\_\_

= Tibia prox. Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Año: \_\_\_\_\_

= Costillas Sí  No  ¿cuántas: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

#### TIPO DE FRACTURA SUFRIDA POR FRAGILIDAD:

= Vertebral Sí  No  ¿cuántas vértebras: Dorsales: \_\_\_\_\_, Lumbares \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

= Cadera Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Fecha: \_\_\_\_\_

= Colles Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Fecha: \_\_\_\_\_

= Húmero Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Fecha: \_\_\_\_\_

= Tibia prox. Sí  No  Lado fracturado: Derecho  Izquierdo  Ambos  Fecha: \_\_\_\_\_

= Costillas Sí  No  ¿cuántas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



CÓDIGO PACIENTE  CÓDIGO INVESTIGADOR  CÓDIGO CENTRO

TRATAMIENTOS PREVIOS PARA LA OSTEOPOROSIS: Sí  No

**En el caso de tratamientos previos para la osteoporosis especificar cuál:**

Calcio y Vitamina D

THS

Raloxifeno

Calcitonina

Risedronato

Alendronato

Ibandronato

Ranelato de Estroncio

PTH

Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

**Firma:**

**Investigador que ha recogido los datos:**

**TABLA: CONTENIDO EN CALCIO DE ALGUNOS ALIMENTOS<sup>1</sup>**

ALIMENTOS (mg/100 gr)

**Verduras:**

Repollo	400
Acelgas	110
Judías pintas	106
Lentejas	79

**Cereales:**

Pan blanco enriquecido	84
------------------------	----

**Frutos Secos:**

Avellanas	250
Almendras secas	234
Nueces	99
Cacahuetes	74

**Lácteos:**

Leche entera en polvo	909
Leche entera pasteurizada	123
Leche desnatada	133
Yogurt	150
Quesos:	
Emmental	1180
Bola	900
Cabrales	700
Gruyére	700
Rochefort	700
Manchego	400
Nata	300
Burgos	210
Camembert	162
Porciones	110
Requesón	100

**Pescados:**

Sardinas en aceite (con espina)	354
Lenguado	70

Carnes	de 8 a 12
--------	-----------

**Confitería:**

Chocolate con leche	228
---------------------	-----

**Otros:**

Huevos (sin cáscara)	40
----------------------	----

---

i Tabla elaborada por la P.H.O.E.M.O. (Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas)