

“OSTEOPOROSIS; QUE NO TE ROMPA LA VIDA;”

JOSE LUIS NEYRO

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Cruces.
Fac. de Medicina y Odontología. Univ. Del País Vasco. EHU - UPV.

INTRODUCCIÓN:

La osteoporosis (OP) es una enfermedad de todo el esqueleto que afecta en nuestro país a cerca de 2.500.000 de mujeres. Sólo en Europa se produce una fractura osteoporótica cada 30 segundos. A pesar de ello, la mayoría de las mujeres no creen tener riesgo de padecerla según las encuestas epidemiológicas que en muy diferentes lugares del mundo se han realizado a tal efecto; tan esto es así como que **más del 80% de las mujeres interrogadas por encima de 50 años consideran que la osteoporosis es una enfermedad que puede gravar de forma importante la salud** e incluso puede complicarse en el futuro hasta llegar a la muerte del paciente. Sin embargo, **el 75% de todas ellas no creen tener riesgo de padecerla en su propio organismo.**

En este trabajo, pretendemos aportar información útil y sencilla de manejar sobre una enfermedad que, en nuestro país al menos, es más frecuente que la Diabetes Mellitus o la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (enfermedad pulmonar a la que terminan abocando los pacientes afectados de Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar y Asma Bronquial conjuntamente). Igualmente, y para el conocimiento puntual del riesgo de osteoporosis, hemos incluido al final un pequeño cuestionario para conocer las posibilidades reales que un determinado individuo-a tiene de padecer osteoporosis.

En general, puede argumentarse que la osteoporosis se puede clasificar en dos grandes grupos:

- **Osteoporosis secundaria**, a todas aquellas enfermedades que se siguen de un deterioro en la masa ósea y de una alteración en la microestructura del tejido óseo, pero que son consecuencia, a su vez, de otra enfermedad previamente diagnosticada (entre las que pueden mencionarse algunas formas de enfermedad de Paget, algunas alteraciones de la glándula paratiroides y otras más extrañas).
- **Osteoporosis primaria**: con tres formas principales completamente distintas según la Organización Mundial de la Salud; son, a saber:
 1. **Tipo I o postmenopáusica**: es la que afecta fundamentalmente a las mujeres en su época de climaterio como consecuencia del déficit hormonal estrogénico que supone la finalización de la actividad ovárica. A ella se puede llegar también como consecuencia de otras situaciones de hipoestronismo como pueden ser el fallo ovárico prematuro, diferentes tratamientos medicamentosos como la frenación hipofisaria que conducen igualmente al hipoestronismo, tratamientos corticoideos de más de 6 meses de evolución y otros diferentes. Fisiopatológicamente, el mecanismo de producción de la enfermedad, consiste en una liberación de la acción de los osteoclastos (células que reabsorben hueso), que ya no están frenadas por la acción disminuída de los estrógenos, con lo que la destrucción de la masa ósea está acelerada.
 2. **Tipo II o senil**: afecta casi por igual a ambos sexos aunque es mucho más infrecuente que la tipo I. Es la osteoporosis del anciano-a de más de 75 años y que está provocada por una deficiente función de los osteoblastos

(células óseas formadoras de huesos), de forma fundamental aunque no exclusivamente, que como consecuencia del envejecimiento, no son capaces de crear el hueso que destruyen aceleradamente los osteoclastos.

3. Tipo Mixto: que afecta fundamentalmente a las mujeres seniles ya afectas previamente por un grado de osteopenia u osteoporosis postmenopáusica y que alcanzan la senilidad sin haber recibido tratamientos estándar contra la osteoporosis.

Vaya desde aquí ya en la introducción, la aseveración de que hoy en día la osteoporosis en todas sus formas, cuenta con muy diversos tratamiento eficaces. Actualmente incluso los efectos secundarios se han minimizado de manera extraordinaria, de tal suerte que **existen terapias perfectamente eficaces de administración por vía oral**, una vez al día e incluso una vez a la semana, que pueden evitar la enfermedad, su progresión a medio y largo plazo, las fracturas tanto vertebrales como de otra localización y las graves consecuencias que ellas producen, de tal suerte **que podemos afirmar que la osteoporosis hoy no debe romper la vida a nadie.**

¿QUÉ ES LA OSTEOPORISIS?:

Fue definida en 1993 por muy diferentes autores que consiguieron que su definición fuera elevada a la categoría de definitiva por la **Conferencia Internacional de Consenso en Osteoporosis y aceptada en 1994 por el Comité de expertos en OP de la O.M.S.** En el pasado **2001, se ha vuelto a redefinir** la enfermedad para ajustar los mecanismos productores de la misma, las características de la dolencia...etc. De una forma resumida, puede considerarse como una enfermedad que afecta a todo el esqueleto porque **es una enfermedad del metabolismo óseo, que se caracteriza por una baja densidad mineral ósea que provoca una alteración consecutiva en la micro-arquitectura del tejido óseo, que se vuelve de esta manera mucho más frágil y susceptible de sufrir fracturas** cuyo riesgo está incrementado por la aparición de la enfermedad.

Podríamos decir de forma divulgativa que es una enfermedad que afecta a todos los huesos del esqueleto, que se hacen así más frágiles y propensos a fracturarse; es una **enfermedad progresiva**, que se va produciendo poco a poco, sobre todo como veíamos en el apartado anterior, en las mujeres a partir de la llegada de la menopausia (aprovecharemos aquí para decir que la menopausia es el nombre de una regla, la última, de la que sólo podremos decir que ha sucedido cuando hayan transcurrido 12 meses sin hemorragias después de ocurrida esa supuesta última regla).

Los autores franceses conocen la OP como la “menace silencieuse” (amenaza silenciosa), porque **en la mayoría de los casos no produce síntomas hasta que aparece la primera fractura**, momento en el cual podremos afirmar sin temor a equivocarnos, que la osteopenia-osteoporosis llevan entre 5 y 15 años de evolución de forma escandalosamente silenciosa. Para ese momento, la enfermedad puede estar realmente muy avanzada.

¿ES FRECUENTE LA OSTEOPOROSIS?

Efectivamente, como señalábamos al principio, la OP en todas sus formas es una **enfermedad extraordinariamente prevalente** y que tiene una elevada incidencia en el mundo occidental que **se va incrementando de manera progresiva de la misma forma que aumenta la esperanza de vida media** de la población que vive en estos países de nuestro entorno. Así la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), estima que **hasta el 40 o 50% de las mujeres mayores de 50 años sufrirá a lo largo de su vida y en algún momento una fractura relacionada con la enfermedad** de la que hablamos. Extrapolando los datos a nuestro país, con más de 40.000.000 de habitantes, se puede considerar que **alrededor de 2 - 2.5 millones de mujeres son hoy osteoporóticas.**

En relación con la comparación que podríamos hacer de otras enfermedades igualmente muy frecuentes, la osteoporosis es mucho más frecuente que la diabetes mellitus o que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como señalábamos en la Introducción.

¿CÓMO SE PUEDE DIAGNOSTICAR LA OSTEOPOROSIS?:

A partir de los 40 años en que puede comenzar la etapa final de funcionamiento hormonal de los ovarios y con total seguridad a partir de ocurrida la menopausia, **todas las mujeres debieran vigilar el estado de sus huesos** mediante la realización de diferentes pruebas a las que luego se aludirá, así como la realización de pequeños cuestionarios que hacen referencia a los factores de riesgo, tanto familiar como personales, habida cuenta que en los cinco años posteriores a ocurrida la menopausia, la mujer puede llegar a perder hasta un 15% de su masa ósea. La velocidad de **pérdida de masa ósea habitual en las mujeres en situación de hipo-estronismo (que es la que sucede después de la menopausia), es de entre 1 y 2.5% de la masa ósea cada año**; evidentemente, la velocidad de pérdida de la masa ósea depende de circunstancias muy variadas que a lo largo de este texto se irán analizando de manera pormenorizada y que son probablemente individualizables de tal suerte que el diagnóstico de la osteoporosis también debe hacerse de manera personalizada.

Así pues, es conveniente conocer los **factores que aumentan el riesgo** de padecer esta enfermedad antes de que se produzca la fractura; no debemos olvidar que los más importantes de esos factores son los que en la literatura internacional aparecen como **“no modificables”**, entre los cuales podemos citar como más importantes la raza (mucho más frecuente en la raza blanca, caucásica, que en la raza negra que prácticamente no conoce la osteoporosis), la edad (ya hemos mencionado que es una enfermedad de la 5ª, 6ª y posteriores décadas de la vida), la historia familiar de OP (porque es mucho más frecuente tener osteoporosis si es hija, sobrina, nieta de mujeres osteoporóticas), y otros varios factores que es preciso conocer durante el interrogatorio o anamnesis médica. Igualmente, debemos atender a los factores de riesgo **“modificables”** que tienen influencia directa en el mantenimiento o pérdida de la masa ósea y que en muchos casos dependen de los hábitos que la paciente en cuestión presenta a lo largo de su vida. Entre ellos, cabe destacar: el tabaquismo, la ingesta excesiva de café o alcohol, la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico, la dieta exenta o pobre en calcio y productos lácteos, los tratamiento corticoideos en relación con diferentes enfermedades, situaciones puntuales de hipoestronismo mantenidas a lo largo de su existencia,...

Al final de este trabajo, el lector encontrará **un cuestionario que puede ayudarnos a conocer que posibilidades reales** tiene cada cual de padecer dicha enfermedad. Si se sospecha la presencia de osteoporosis debe consultarse a cualquiera de los médicos que se relatan a continuación: ginecólogo, internista, reumatólogo, traumatólogo, endocrinólogo, médico de cabecera. Todos ellos conocen que el diagnóstico fundamental de la enfermedad, además del estudio de los factores de riesgo mediante una amnanesis y una exploración general médica efectuada buscando signos clínicos de la misma, reside en la práctica de la **densitometría ósea (DMO)**.

Dicha exploración tiene carácter radiológico porque se realiza mediante radiación X pero de muy baja intensidad de tal suerte que una exploración continuada de la masa ósea sobre la columna lumbar y la cadera radia menos en términos generales que la práctica de una radiografía de tórax convencional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja que dicha exploración se realice mediante absorciometría dual con aparatos tipo DEXA que son los únicos habilitados para el diagnóstico concreto de la densitometría y por tanto de la osteoporosis.

¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE LA OSTEOPOROSIS?:

La **principal consecuencia de la OP**, una vez superado el estadio continuado de la osteopenia en función de los hallazgos de la densitometría ósea, es la **fractura de diferente localización**. Es menester considerar aquí que en nuestro país y en todos los lugares del mundo occidental, hasta un 50% de las fracturas vertebrales no son diagnosticadas nunca de tal suerte que pueden pasar desapercibidas y tan solo ser diagnosticadas a posteriori en relación con las crisis de dolor que el-la paciente tuvo en años anteriores, cuando se le realiza una exploración radiológica que pone en evidencia las microfracturas patológicas con aplastamientos vertebrales pasivos.

Las fracturas osteoporóticas pueden causar en general **dolor local**, **incapacidad para realizar las labores cotidianas** más sencillas, **dificultades para rodar en la cama** y cambiar de posición, dolor intenso a los movimientos necesarios para levantarse de la cama,... e incluso, en función de las complicaciones sucesivas que algunas de esas fracturas pueden desarrollar, **puede llegar incluso a causar la muerte del paciente**.

Si no se trata adecuadamente, la osteoporosis y sus fracturas continúan haciendo mella en el esqueleto y, aunque la fractura se cure, la enfermedad sigue estando ahí, desarrollando sus mecanismos de actuación cada vez con más virulencia y, con el tiempo, irán apareciendo nuevas fracturas.

Existen entre otros, diferentes **tipos de fracturas osteoporóticas** que, en un orden cronológico a todas luces artificial, podemos clasificar de la siguiente forma según el supuesto orden en el que aparecen:

1. **Fracturas de muñeca**. Son las conocidas técnicamente como fracturas de Colles. Se trata de, en muchas ocasiones, la primera fractura que sufre una mujer de más de 40 años como consecuencia, muchas veces, de pequeñas caídas “sin importancia” y que aparecen en las primeras etapas del desarrollo de la osteoporosis cuando todavía ésta no ha sido ni diagnosticada ni tan siquiera pensada como posibilidad diagnóstica por el médico de la paciente. Permiten detectar la enfermedad sólo cuando se piensa en ella. Producen, como en todas las ocasiones, dolor e incapacidad y necesitan reducción funcional e incluso, muy ocasionalmente, tratamiento quirúrgico para su reducción.
2. Fracturas de columna vertebral o **fracturas vertebrales**: ya se ha señalado con anterioridad que por encima de un 50% de todas ellas pueden pasar desapercibidas y son infra-diagnosticadas. Provocan a la larga, pérdida de estatura y encorvamiento de la columna con la clásica y característica cifosis dorsal propia de las personas mayores. Uno de los datos más significativos de la anamnesis médica de la paciente osteoporótica es la comprobación de la pérdida de estatura de su madre, tías o abuela materna durante los últimos años de su vida, enconvándose su columna (la característica “chepa” o cifosis dorsal de los-las ancianos) y haciendo cada vez más difícil la deambulación.

3. **Fracturas de cadera**: son las más graves y siempre, en todos los casos, requieren hospitalización y tratamiento quirúrgico para su reducción. La mitad de las mujeres que sufren fractura de cadera pierden la capacidad de caminar sin ayuda y casi una tercera parte de todas ellas se vuelven completamente dependiente de otra persona. Dos de cada diez mujeres que sufren una fractura de cadera fallecen en los 6 meses posteriores a la misma y se ha llegado a decir que hasta un 34-40% de las mujeres osteoporóticas con fractura de cadera fallecerán irremediabilmente durante los dos años siguientes al diagnóstico de la misma.

Tengamos en cuenta, para finalizar este epígrafe, que **cuando han sucedido las fracturas , las primeras incluso, estamos llegando tarde porque el desarrollo de la enfermedad suele llevar entre 10 y 20 años en muchas ocasiones.**

¿CÓMO SE MIDE LA OSTEOPOROSIS?:

Ya hemos mencionado con anterioridad que el diagnóstico de la osteopenia-osteoporosis reside en varios pilares fundamentales:

- Para empezar, y de forma fundamental, mediante la **anamnesis o interrogatorio médico** que determinará los factores clínicos así como la pérdida de estatura de la familia, de la paciente y el análisis del encorvamiento de la columna en el caso de que la persona analizada tenga ya una cierta edad.
- También existen pruebas rápidas e indoloras como pueden ser la determinación de determinadas **pruebas analíticas en sangre o en orina** que pretenden comprobar el ritmo de intercambio óseo que sucede en la intimidad del metabolismo de los huesos. No permiten diagnosticar la osteoporosis en sí misma porque no informan del grado de masa ósea y ni siquiera son capaces de aventurar la posibilidad de fractura, pero pueden ser informativos a la hora de evidenciar el ritmo de intercambio óseo que el paciente presenta.
- Otras pruebas igualmente poco peligrosas son la **radiografía simple** de determinadas localizaciones del organismo (fundamentalmente para ver los cuerpos vertebrales o incluso de la cadera) y la ya mencionada **densitometría ósea** o tomo-densitometría ósea, que sirve para ver el estado del hueso en determinadas localizaciones. La Organización Mundial de la Salud, repetimos aquí, recomienda que dicho diagnóstico sea realizado mediante aparatos de absorciometría dual tipo DEXA.
Como dato anecdótico mencionaremos que los aparatos de medida de la densitometría ósea son la consecuencia de los estudios experimentales que se realizaron en el proyecto Geminis de la NASA que pretendía evaluar la cantidad de daño que los vuelos anti-gravitacionales orbitarios de la Tierra eran capaces de producir sobre la salud presente y futura de los astronautas comprometidos en dichos vuelos.

Los médicos que entienden en general de osteoporosis son muchos y variados pero **los especialistas que pueden aconsejarnos** sobre el particular son los siguientes:

- Especialista en Ginecología y Obstetricia
- Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Especialista en Reumatología.
- Especialista en Medicina Interna.
- Especialista en Endocrinología.
- Especialista en Rehabilitación.
- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Médico de Cabecera.

¿SE PUEDEN PREVENIR LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS?:

La consecuencia fundamental de la enfermedad, la más grave, la que a veces resulta definitiva para el mantenimiento de la calidad de vida y para la pérdida de la vida en último extremo es la aparición de la fractura osteoporótica. **El objetivo fundamental de cualquier tipo de terapia frente a la osteoporosis es evitar a toda costa la aparición de la primera fractura** y, caso de haberse producido ya ésta, evitar la aparición de nuevas fracturas como consecuencia del desarrollo de la enfermedad. Por tanto, cualquier acción de tipo preventivo o terapéutico está orientado en primer lugar al mantenimiento de la masa ósea y, de manera fundamental, a evitar de forma radical la aparición de la primera o sucesivas fracturas osteoporóticas. De entre todas las **medidas preventivas** y terapéuticas en el manejo de la osteoporosis caben señalar algunas de las siguientes:

- Llevar una **alimentación que de forma continuada incluya calcio** diariamente. Es bien conocido que las necesidades de calcio se incrementan en determinados periodos de la vida entre los que cabe señalar como fundamentales la infancia y primera juventud (cuando el desarrollo del esqueleto y de la masa ósea son todavía un proyecto de futuro), el embarazo (en el que las necesidades de calcio se incrementan notablemente como consecuencia del desarrollo del feto intra-uterinamente) y la fase de la vida que sucede durante el climaterio y más allá de la menopausia (en la que las necesidades de calcio para la mujer son de hasta 1000 mg / día si la paciente recibe tratamiento hormonal y de 1500 mg / día si, por el contrario, no recibe ninguna terapia hormonal).
- **Evitar a toda costa la vida sedentaria:** es bien conocido desde antiguo que el ejercicio físico que favorece el mantenimiento y el incremento de la masa ósea y, por tanto, evita la osteopenia y la osteoporosis es un ejercicio de tipo “violento” que provoque incrementos de la presión sobre los huesos y que favorezca el asentamiento del calcio a nivel intraóseo. De otro lado, resulta ocioso concluir que los ejercicios violentos muchas veces no están al alcance de las pacientes que después de los 50 o 60 años están afectas de osteopenia-osteoporosis y, por sus características físicas, no están capacitadas para llevar adelante dichos deportes. No obstante lo anterior, los más adecuados a este efecto serían aquellos que incluyen saltos como por ejemplo el tenis, paddel, baloncesto, balón-volea, saltar a la comba y otros que podrían citarse parecidos a los anteriores. En cualquier caso, de no practicarse deportes de estas características, bastaría evitar el sedentarismo con un ejercicio reposado pero continuado, como puede ser caminar durante 30 minutos cada día a buen paso, incluyendo el terreno llano, como el que podemos encontrar en cualquiera de nuestras ciudades.
- **Realizar ejercicio físico moderado:** ya hemos referido en el epígrafe anterior el tipo de ejercicio más adecuado para el mantenimiento de la masa ósea. En este sentido, y en las edades en las que nos estamos refiriendo, es muy frecuente que las pacientes acostumbren a realizar ejercicios como la natación con carácter frecuente, para la prevención y el mantenimiento de un cierto grado de actividad física de cara a la enfermedad articular conocida con el nombre de artrosis. Este ejercicio en la piscina se opondría

teóricamente al mantenimiento de la masa ósea en la medida en que ésta necesita un cierto grado de incremento sobre la presión de los huesos y por esto, para estas pacientes que nadan con frecuencia, sería más recomendable quizás la práctica de un ejercicio tipo “aerobic” de forma suave y controlada durante media hora o tres cuartos de hora durante 2-3 veces / semana.

- **Realizar controles médicos** para conocer e identificar el estado real de los huesos: ya hemos aludido en el epígrafe del diagnóstico que la forma más adecuada es mediante la realización de la densitometría ósea con aparatos DEXA, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Además de todas estas medidas preventivas **suele ser muy conveniente añadir algunas otras que, de forma indirecta, pueden ayudarnos a evitar las fracturas osteoporóticas en la mayoría de las personas de las décadas avanzadas de la vida;** entre ellas cabe destacar como más importantes:

- **Graduarse correctamente la vista** y, además, realizarlo al menos una vez cada año o como máximo cada dos años.
- **Utilizar zapatos cómodos** y con suela habitualmente antideslizante independientemente de la temporada o la estación de que se trate.
- **Evitar la existencia de obstáculos en el deambular** por la casa del paciente para evitar tropezones y caídas que pudieran llevar a una fractura; así, las esquinas levantadas de las alfombras y algunos suelos con un mal o inadecuado mantenimiento, pueden provocar el levantamiento de pequeñas losas que son suficientes para, en determinadas condiciones, producir un tropezón y una caída que podría ser fatal en determinadas edades.
- **Bajar las escaleras apoyándose a la barandilla:** es preciso tratar de evitar en la medida de las posibilidades de cada quién, bajar las escaleras cargada con cosas o paquetes en las manos que impidan asirse a la barandilla de la escalera.

En determinadas ocasiones, todas estas medidas, incluyéndolas todas juntas, no son suficientes para evitar la osteopenia e incluso la aparición o el desarrollo de la osteoporosis. En este caso, su propio médico podrá recomendarle el **tratamiento farmacológico específico** que le ayude a mejorar la calidad de los huesos y así disminuir la posibilidad de sufrir esa tan temida fractura osteoporótica. Como siempre en medicina, **no confíe en el consejo “de una buena amiga” ni siquiera en la terapia que ha visto anunciada en televisión: los tratamientos médicos deben personalizarse, recuerde que “no hay café para todas”**.

¿EXISTE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADECUADO PARA LA OSTEOPOROSIS?:

Evidentemente, la respuesta es afirmativa. **En el momento actual existen múltiples tratamientos extraordinariamente eficaces que tienden a mejorar la masa ósea**, disminuir la pérdida acelerada de masa ósea si éste es el problema y evitar y controlar el desarrollo de la osteoporosis. No sólo sino que en este momento, **existen también terapias médicas alternativas que evitan la aparición de la primera fractura osteoporótica** y, caso de haberse producido ésta, la aparición de nuevas fracturas consecutivas a la osteoporosis.

Ha pasado el tiempo de los efectos secundarios y de todas aquellas consecuencias de las terapias que hacían peligrar el cumplimiento terapéutico: hoy, los pacientes se adhieren voluntariamente a los tratamientos con un enorme porcentaje de adhesividad en la medida en que, sin secundarismos, **las terapias se muestran eficaces y extraordinariamente seguras**, con gran comodidad de forma tan sencilla que pueden llegar incluso a tomarse una sola pastilla una vez a la semana.

En cualquier caso, será siempre su médico el que elija la terapia antiosteoporótica más adecuada ya sea un tratamiento hormonal de tipo estrogénico, una terapia con antirreabsortivos tipo bifosfonatos, moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, estimuladores de la formación ósea o la que fuere en su caso más personalmente.

¿DURANTE CUANTO TIEMPO DEBE SEGUIRSE UN TRATAMIENTO FRENTE A LA OSTEOPOROSIS?:

La respuesta, obligadamente, tiene que hacer referencia al tiempo de evolución que la enfermedad lleva desarrollándose en un determinado individuo. Si sospechamos que la osteoporosis ha comenzado a desarrollarse entre los 40 y los 50 o más frecuentemente alrededor de la menopausia, el **tratamiento deberá empezar tan pronto como se haya diagnosticado la situación de baja masa ósea u osteoporosis** y mantenerse en la medida que los factores de riesgo o el mecanismo de actuación causante de la enfermedad se sigan manteniendo. Eso significa que en algunas ocasiones al menos, algunas pacientes una vez iniciada su terapia antiosteoporótica, no deberán abandonarla en los años siguientes porque, no lo olvidemos, el objetivo fundamental de dicho tratamiento será evitar la aparición de la temida primera fractura osteoporótica.

La osteoporosis no tratada continuamente prosigue su curso e indefectiblemente evoluciona con el tiempo. En esta situación, además, podrán aparecer las temidas fracturas cuya evitación es el objetivo base de los tratamientos médicos frente a esta enfermedad.

CUESTIONARIO ORIENTATIVO PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUFRIR OSTEOPOROSIS:

Si usted, lector o lectora, tiene **alrededor de 60 años y responde afirmativamente a 2 o más de estas preguntas** puede padecer osteoporosis aún sin saberlo. No lo dude, acuda a su médico; él será quien mejor pueda orientarle sobre la enfermedad, cómo detener su desarrollo y fundamentalmente, cómo evitar la aparición de las fracturas que complicarían su vida en el futuro.

(Enmarque con un círculo la respuesta adecuada en cada pregunta).

1. ¿Se ha roto usted algún hueso? Si No

 2. ¿Tiene usted algún familiar que padezca osteoporosis o haya tenido alguna fractura de estas características (cadera, columna vertebral, muñeca)? Sí No

 3. Pesa usted menos de 55 Kg Si No

 4. ¿Ha sido tratada a lo largo de su vida con Cortico-esteroides o derivados de la Cortisona para el tratamiento de enfermedades respiratorias, reumáticas, de la piel u otras? Si No

 5. ¿Fuma ud. habitualmente o toma bebidas alcohólicas con frecuencia? Si No

 6. ¿Le han sido extirpados los ovarios antes de los 50 años como consecuencia de quistes u otras enfermedades? Si No

 7. ¿Dejó usted de tener la regla antes de los 45 años o fue diagnosticada de fallo ovárico prematuro o menopausia precoz? Si No

 8. ¿Su dieta ha sido pobre en Calcio (leche, yogures, cuajadas, derivados...) desde su juventud? Si No

 9. ¿Ha notado una disminución de la estatura o un cierto encorvamiento de la espalda en la parte superior? Si No

 10. ¿Le duele la espalda habitualmente sin poder explicarlo por acciones traumáticas de la vida ordinaria? Si No

 11. ¿Le resulta poco menos que imposible girarse en la cama para cambiar de posición una vez que lleva descansando unos cuantos minutos? Si No
-