SIBOMM

CONSEJO PANAMEÑO DE OSTEOPOROSIS

XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE OSTEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL

XII CONGRESO PANAMEÑO DE OSTEOPOROSIS

agosto | 21-24

Noticias del Congreso

médica medios | DISTRIBUNA prensa

¡Bienvenidos a la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y al XII Congreso Panameño de Osteoporosis!

Dr. Ramiro Da Silva Llibre, presidente SIBOMM

La ciudad de Panamá abre sus puertas para ser la sede de la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y del XII Congreso Panameño de Osteoporosis, que se llevarán a cabo del 22 al 24 de agosto en el Centro de Convenciones Megapolis.

Médica Medios entrevistó en exclusiva al Dr. Ramiro Da Silva, especialista en Medicina Interna, profesor de la cátedra de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá y actual presidente de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM), acerca de sus expectativas e impresiones de este magno evento de la medicina en Iberoamérica.

ESCUCHE AQUÍ

Entrevista

Médica Medios (M.M.): ¿Cuáles han sido sus principales logros como presidente de la SIBOMM?

Ramiro Da Silva (R.D.S.): durante mi presidencia hemos formado un equipo de trabajo que ha logrado algunos avances que hay que destacar. Uno, hacer un directorio de líderes de opinión -que no teníamos-, con correos electrónicos, nombres, países, especialidades, e inclusive teléfonos. También desarrollamos un chat de líderes, que denominamos *Líderes de Iberoamérica SIBOMM*, en el que tenemos información y comunicación inmediata con más de 160 líderes de Iberoamérica.

Además, teniendo en cuenta que SIBOMM actualmente cuenta con la segunda mayor población de pacientes, ya que Iberoamérica tiene una población más grande que Estados Unidos, Europa, África y Australia, vamos a firmar el ***Pacto Panamá***, en el cual se van a incorporar o se van a reunificar las sociedades que conforman la SIBOMM.

Este año vamos a llevar a cabo en Panamá el congreso SIBOMM más grande que se haya realizado desde 1986, año en que se formó la Sociedad; a pesar de que somos un país tan pequeño, en Panamá vamos a hacer historia con este evento.

M.M.: ¿Cuáles son las principales temáticas que se van a tratar durante la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral, XII Congreso Panameño de Osteoporosis?

(R.D.S.): los principales temas que se van a tratar están relacionados con la osteoporosis, la sarcopenia y, además, vamos a dar una visión diferente acerca del hueso, que hoy en día se ve como un órgano duro y rígido; sin embargo, tanto el hueso como el músculo son órganos endocrinos en donde se producen sustancias y también

hay receptores para otro tipo de hormonas. Es un órgano cambiante y que cada vez nos va dando más sorpresas. Por otra parte, se va a hablar sobre las diferentes técnicas diagnósticas, así como también de los nuevos avances terapéuticos. Se va a discernir y buscar un consenso sobre el uso combinado y alternante en el manejo de la osteoporosis con diferentes fármacos; y también vamos a presentar el *Consenso Panameño de uso de vitamina D*.

Muy pocos países han hecho un consenso al respecto, ahora nosotros, en este congreso, vamos a dar a conocer el *Consenso panameño de uso Adecuado de vitamina D*, que es muy importante ya que se está usando indiscriminadamente y hoy en día nosotros podemos definir cuándo, cómo, hasta cuándo, en qué dosis y en quiénes administrarla.

M.M.: ¿Cuáles son las principales novedades que trae la versión XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral, XII Congreso Panameño de Osteoporosis?

(R.D.S.): como le mencionaba anteriormente, una de las novedades que trae el evento es precisamente el uso adecuado de la vitamina D y sus diferentes aristas. También se va a hablar sobre los medicamentos que están actualmente en el mercado y que son de gran utilidad para el manejo del paciente con osteoporosis. Vamos a tratar el tema de la ortogeriatría, que también es un tema nuevo, que tiene que ver mucho con el paciente geronte, y no vamos a hablar solamente de cómo tratar sino también de cómo prevenir complicaciones y cómo tratarlas apropiadamente cuando se presentan.

Habrá conferencias magistrales en las que se va a hablar, por ejemplo, del mapa de calcio a nivel de América Latina, que es muy importante, y otras conferencias donde se tratará el uso del TBS (*Travecular Bone Score*), que es una técnica para medir no solamente la densidad mineral del hueso esponjoso sino del hueso cortical, y esto nos ayuda a poder tratar mejor a nuestros pacientes.

Otra innovación que vamos a traer en este congreso es la relación entre menopausia y osteoporosis. Hoy en día nosotros sabemos que la osteoporosis está relacionada con otras enfermedades. Se tocarán temas como cirugía bariátrica y osteoporosis, osteoporosis secundarias producidas por algunos medicamentos, cáncer de próstata, cáncer de mama y su relación con osteoporosis. Y se va a abordar un tema muy importante que es el riesgo cardiovascular y la osteoporosis, a mí me corresponde abordarlo y creo que es muy importante porque hoy en día no debemos tratar solamente la osteoporosis porque el paciente se fracture sino porque el paciente con osteoporosis presenta una mayor cantidad de infartos, padece enfermedad cerebrovascular y tiene mayor riesgo cardiovascular que el paciente que no tiene osteoporosis. Finalmente, se tocarán temas innovadores como la relación de la apnea del sueño y de los problemas hepáticos con osteoporosis y se hablará sobre los errores que se cometen frecuentemente al hacer el diagnóstico.

M.M.: ¿Qué opinión le merece el crecimiento y fuerza que ha tomado la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM) durante los dos últimos años?

(R.D.S.): SIBOMM, a partir del año 2017 en el congreso de Lima, Perú, empezó nuevamente a tomar impulso. En ese congreso participaron alrededor de 350 a 400 médicos, y posteriormente, como ya mencioné, con la creación del chat, con la tecnología, con el buen uso del foro SIBOMM y de la página web, se fortaleció la Sociedad. Ha sido fundamental la comunicación inmediata que tenemos en segundos a través del chat que fue creado por mí en los últimos dos años. Empezamos con 50 líderes y hubo líderes que posteriormente pidieron ser agregados al chat y hemos triplicado la cifra con la que comenzamos. En este chat no solo hablamos de algunos de los problemas que tenemos en nuestras regiones, sino que comentamos artículos, discutimos casos difíciles que tenemos y varios expertos a la vez comentan sobre ellos. Esto ha hecho que SIBOMM tenga mucha fuerza y, por otra parte, la definitiva colaboración de los diferentes líderes que quieren participar y opinar por medio de este instrumento.

M.M.: ¿Cuál es su invitación a los participantes de la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral, XII Congreso Panameño de Osteoporosis?

(R.D.S.): invitamos a todos los médicos de Iberoamérica y del mundo entero, ya que de hecho vienen también personas de países que no son iberoamericanos, a participar en este magno evento que es el evento cumbre, que se realiza cada dos años de la sociedad y es un evento en el cual nosotros podemos hacer consensos, hablar de nuevas tecnologías para el diagnóstico y hablar de nuevos tratamientos y nuevas combinaciones, así como ver la relación de la osteoporosis con nuevas enfermedades.

También, quiero resaltar que para el Consejo Panameño de Osteoporosis que siempre realiza eventos nacionales, este va a ser su evento cumbre. El Consejo Panameño de Osteoporosis es un organismo multidisciplinario en Panamá, de varias especialidades, que se formó en el año de 1995 y que ha venido desarrollando docencia en el manejo de la osteoporosis y de los trastornos del mineral óseo a lo largo de los años. El Consejo hace un congreso anual, pero este congreso es el más grande que se va a dar en Panamá, organizado por el Consejo Panameño de Osteoporosis y también es uno de los SIBOMM más grandes, gracias a un número de cerca de 1000 participantes.

¡Bienvenidos, Panamá les recibe con los brazos abiertos!

TBS iNsight: *software* para el análisis de la microestructura ósea

La XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y el XII Congreso Panameño de Osteoporosis son espacios idóneos para que se presenten a los profesionales de la medicina las nuevas tecnologías que se desarrollan para apoyar su labor diagnóstica. Por ello, **Médica Medios** entrevistó a Antoine Nicot, responsable comercial de Medimaps para la región de Latinoamérica, acerca de su producto *Trabecular Bone Score* (TBS), del que ofrece soporte en los diferentes países para ayudar los médicos a identificar más pacientes con riesgo de fractura, afinar sus decisiones terapéuticas y mejorar su tratamiento.

Médica Medios (M.M): ¿En qué consiste el TBS?

Antoine Nicot (A.N.): TBS iNsight es un *software* que se instala en el densitómetro y que permite el análisis de la microestructura ósea. TBS existe desde hace 10 años en la rutina clínica de más

de 1500 centros en todo el mundo. Utilizando la misma imagen para calcular la densidad mineral ósea (DMO), el *software* aplica un algoritmo distinto que va a permitir una evaluación de la calidad del hueso trabecular.

Ya hay varios centros de Latinoamérica que utilizan TBS todos los días. Sin embargo, el *Trabecular Bone Score* (TBS) es nuevo para muchos.

M.M.: ¿Qué representa ese avance para el tratamiento de los pacientes?

A.N.: utilizado junto con la DMO, el *score* TBS ayuda a recuperar un 30% de pacientes con riesgo de fracturas. Además, TBS tiene un valor clínico muy importante en la osteoporosis secundaria como, por ejemplo, en pacientes con diabetes, hiperparatiroidismo y que usan glucocorticoides. También, es una herramienta muy valiosa para ver cómo responden los pacientes a los tratamientos analizando a la vez el cambio de DMO y de TBS.

TBS es el *gold-standard* de la microestructura.

M.M.: ¿Cuál es el impacto que en su opinión tiene el congreso de SIBOMM en Latinoamérica y cómo es su percepción del congreso desde Europa?

A.N.: viajando en muchos países del mundo, recibo frecuentemente preguntas de médicos que quieren perfeccionar sus capacidades para identificar pacientes con riesgo de fractura e interpretar mejor los resultados ofrecidos por la densitometría. El SIBOMM es un momento único para que los médicos puedan aprender de los mejores especialistas de la región, que tratan de temas muy concretos con pacientes de su propia etnia. He participado en bastantes congresos, y con el conocimiento que tengo del programa de este año, el SIBOMM 2019 me parece estupendo.

M.M.: este es el primer año que participa en SIBOMM. ¿Cuál ha sido la principal motivación para hacer parte de este evento?

A.N.: Medimaps tomó la decisión de participar en el XII Congreso Panameño de Osteoporosis para apoyar la difusión del conocimiento de TBS. El SIBOMM es una ocasión impar donde se reúnen numerosos médicos de toda la región para hablar de temas cruciales y llevar los resultados de sus últimas investigaciones. Es un honor para nosotros participar en este evento.

Didier Hans, CEO
Medimaps

Inauguración SIBOMM 2019

Con la presencia de autoridades de primer nivel de Panamá, encabezadas por el alcalde, ingeniero José Luis Fabrega, y la Dra. Nadja Porcell, directora de salud del MINSA, se dio apertura oficial de la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y del XII Congreso Panameño de Osteoporosis con un coctel de bienvenida que se llevó a cabo en el *lunch bar lobby* del Megapolis Convention Center, en la noche del miércoles 21 de agosto de 2019.

Médica Medios se hizo presente en el evento y les presenta en esta primera edición del periódico virtual del congreso las palabras de su presidente, el Dr. Ramiro Da Silva, y del burgomaestre de la capital panameña, acompañadas del cubrimiento fotográfico de la velada.

Alcalde de Panamá, ingeniero José Luis Fabrega

Nadja Porcell, directora de salud del MINSA

ESCUCHE AQUÍ

Con Bonese®

Ibandronato 150 mg

La salud de los huesos prevalece

R.S.:77354

ADHERENCIA TERAPÉUTICA
POR SU EXCLUSIVA PRESENTACIÓN
DE 3 MESES

1. Overgaard A.B.A et al. Patients' evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms International Journal of Clinical Pharmacy 23(5):185-8

PROCAPS

Aplicación clínica de los umbrales de diagnóstico y tratamiento del FRAX en Latinoamérica

Una de las invitadas internacionales de la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y del XII Congreso Panameño de Osteoporosis es la Dra. Patricia Clark, médica reumatóloga, magíster en Ciencias en Epidemiología Clínica y PhD en Ciencias Médicas, que en 2017 fue distinguida por la UNAM con el Reconocimiento Sor Juana Inés de la Cruz, por su amplia labor en la docencia, la investigación y la difusión de la cultura.

Médica Medios (M.M.): ¿En qué consiste el FRAX?

Patricia Clark (P.C.): el FRAX es un instrumento que estima el riesgo de que un hombre o una mujer tengan una fractura mayor (vértebra, húmero proximal, muñeca o cadera) o solo la fractura de cadera en un período de 10 años. El riesgo de fractura de cadera es menor que el de las otras fracturas, pero son las que más impactan en temas de morbimortalidad, aunque no son las más frecuentes.

El estimado de fractura mayor es el que tomamos para utilizar los umbrales de evaluación y tratamiento del FRAX.

M.M.: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

P.C.: los incluidos en el FRAX son: fractura previa por fragilidad después de los 50 años; uso de esteroides de 5 o más miligramos por un período mayor de tres meses; osteoporosis secundaria; antecedente parental de fractura de cadera; tabaquismo activo, o ingesta de alcohol mayor a tres unidades/día y artritis reumatoide, que junto con la edad y el sexo nos dan el estimado del riesgo. El peso y la talla son importantes, ya que el índice de masa corporal se utiliza para predecir el riesgo cuando el FRAX se utiliza sin los valores de la densitometría.

ESCUCHE AQUÍ

Entrevista

M.M.: ¿Cómo afecta la menopausia el nivel de probabilidad de fractura?

P.C.: uno de los factores de riesgo determinantes para la probabilidad de una factura es la menopausia. En el FRAX, la menopausia prematura, antes de los 45 años, se considera un factor de riesgo y se agrega como osteoporosis secundaria. Sabemos que el estrógeno es una hormona que ayuda a que las mujeres mantengan bien sus huesos y previene la pérdida del mineral. En el momento en el que cesa en la mujer este estímulo de los estrógenos, el calcio empieza a salir del hueso de manera abrupta. Con la menopausia, hay una fase rápida de pérdida de hueso en la que en un período de 3 a 5 años se afecta de forma importante al hueso, mientras que en los hombres la disminución se da de forma paulati

na con los años; este es uno de los factores por los que son más frecuentes las fracturas en las mujeres. En términos generales, las fracturas se presentan con un promedio de 70% frente al 30% que tienen los hombres.

M.M.: ¿Cuál es la diferencia entre el riesgo relativo, absoluto, inminente y a lo largo de la vida?

P.C.: en la clínica, cuando hacemos estudios para probar si los medicamentos funcionan o no, comparamos un grupo con el medicamento a probar *versus* un grupo control, o sin medicamento. Tomemos como ejemplo al alendronato: comparamos los dos grupos que mencionamos, los seguimos en el tiempo y medimos cuántas fracturas se presentan en cada grupo, qué reducción se presenta con el grupo que tomó el medicamento *versus* el grupo control y calculamos el riesgo relativo, que es la diferencia resultante de esta operación entre los que tomaron el medicamento y los que no.

En el riesgo absoluto de fractura no se requiere un grupo control. Lo que hacemos en este caso es estimar el riesgo contra nosotros mismos utilizando los datos de la epidemiología (incidencia de fracturas) y la sobrevida de la población. El FRAX de México está calibrado con los datos de incidencia de fracturas en mexicanos junto con la

esperanza de vida de esta población. Lo mismo sucede en cada país donde se calibra el FRAX. Es importante utilizar el específico de nuestra población. En el riesgo inminente, a diferencia del relativo y del absoluto, ya existió una fractura, y conocemos que la probabilidad de una segunda fractura es muy alta durante los primeros dos años posteriores a la fractura. En este período y después de la fractura, hablamos de *riesgo inminente*. El riesgo a lo largo de la vida se refiere al riesgo absoluto tomando como período, no los diez años, sino lo que le resta de vida al paciente.

M.M.: ¿Cuál es la importancia de la clasificación de la osteoporosis a través de la densitometría?

P.C.: en 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la osteoporosis con base en la clasificación a través del *t-score* de la densitometría. Este representa desviaciones estándar: se dice que una paciente tiene osteoporosis si tiene <-2,5 de t-*score*; osteopenia (masa ósea baja), si tiene entre <-1 y <-2,5; aquellas que están con >-1 se toman como normales, teniendo como referentes a las mujeres entre 20 y 29 años que tienen una masa ósea pico antes de ninguna pérdida. Es el referente para saber cuántas desviaciones estándar tomé para mi criterio de clasificación.

Dicha clasificación está vigente y se tomó como criterio diagnóstico que aquel paciente que tiene menos de <-2,5 de t-*score* tiene osteoporosis y debe ser tratado. Hoy sabemos que el t-*score* no debe de ser el único criterio para establecer el tratamiento, ya que a través de los factores de riesgo clínico y la densitometría podremos estimar de manera mucho más precisa a los y las candidatas a tratamiento.

Tenemos que mantener unida a la comunidad iberoamericana

Para el Dr. Francisco Fidencio Cons Molina, médico reumatólogo y miembro de la Asociación Mexicana de Metabolismo Óseo Mineral, es muy claro el camino a seguir después de que este congreso finalice: hay que seguir consolidando la labor que hasta este momento ha desarrollado la SIBOMM. **Médica Medios** lo entrevistó acerca de sus impresiones al respecto.

Médica Medios (M.M.): ¿Por qué es tan importante la SIBOMM?

Francisco Fidencio Cons Molina (F.F.C.M): la SIBOMM es una sociedad de sociedades en Latinoamérica, que incluye a España y Portugal. Son muchos años los que tiene esta sociedad, que cada dos años hace un evento científico como del que estamos siendo partícipes en este momento, en el que se reúne a la mayoría de los expertos de Latinoamérica y de la península ibérica en el área de la osteoporosis. Es un espacio para conocer las novedades y los avances científicos que se dan en todo lo relacionado con las enfermedades osteometabólicas.

M.M.: ¿Cuál es su percepción frente al avance de SIBOMM durante los últimos dos años?

F.F.C.M.: ha habido un "salto" espectacular en la organización de este evento en particular. Hoy somos testigos de la cantidad de asistentes que han venido que, según lo expresado por el presidente de la Sociedad, el Dr. Ramiro Da Silva, es cercana a los 1000 participantes, un número que nunca se había alcanzado. En promedio, nos reuníamos entre 300 y 400 profesionales, pero este evento ha superado todas las expectativas y esto es fruto, por una parte, del trabajo que ha hecho el Dr. Da Silva, quien ha sido el motor de difusión, y, por otra, de que se han usado herramientas en redes sociales, un chat de WhatsApp, que nos ha mantenido a todos en contacto permanente y que ha tenido un impacto muy grande, manifestado en todas las personas que estamos reunidas para este congreso. Quiero aprovechar para felicitarlo y reconocer su trabajo. Antes no había este tipo de comunicación, se hacía a través de correo electrónico; no obstante, la verdad es que nadie carga una computadora siempre, pero sí lleva un teléfono celular y a través de WhatsApp es posible atender al instante los problemas que se planteen en cualquier parte del continente. Esto es algo muy atractivo e interesante.

M.M.: ¿Qué opina del programa que se ha planteado para esta edición del congreso?

F.F.C.M.: creo que es un programa muy bueno desde los aspectos básicos, científicos, prácticos; recomendaciones, guías, consensos recientes sobre temas de controversia como el uso de la vitamina D, consensos para el tratamiento del paciente con osteoporosis, de tal forma que es un programa muy completo. Felicito también al comité científico por esta gran labor.

M.M.: ¿Cuál es el reto que viene a futuro para la SIBOMM?

F.F.C.M.: el reto que viene para el próximo presidente y la junta directiva de la SIBOMM es lograr mantener lo que hasta el momento ha logrado el Dr. Da Silva. Repetir este aforo en el próximo congreso que será dentro de dos años es un reto grande. Cuando "te suben la vara", lo que tienes

que alcanzar se hace cada vez más importante. Entonces, el reto es mantener unida a la comunidad iberoamericana interesada en el tema y seguir animando a que volvamos a reunirnos dentro de dos años.

M.M.: ¿Cuál es la invitación que quiere hacerle a los miembros de la SIBOMM?

F.F.C.M.: los invito a que vuelvan, a que sigan adheridos a nuestra red de información, en la que encontrarán información, actualizaciones de noticias nuevas, de publicaciones recientes, avances que cada quien logra, consejos, orientación, sugerencias y apoyo en casos problema, como el que puede tener alguien al sur de Argentina, en la Patagonia, y expone su caso en el foro para pedir la opinión de expertos en toda Iberoamérica;

es un aspecto encantador de la comunicación el que tiene esta herramienta: contar con un apoyo científico y práctico al momento en que enfrentas una situación clínica, que te puede ayudar a resolverla, sobre todo con los líderes de opinión, que tienen mucha experiencia al respecto.

Uso racional de los biomarcadores

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

El Dr. Gregorio Riera Espinoza es médico internista, nefrólogo y profesor titular de la Universidad de Carabobo, en Venezuela. Actualmente dirige la Unidad Metabólica del Centro Policlínico Valencia, en Venezuela, e hizo parte del simposio ¿Qué hay de nuevo en diagnóstico y seguimiento en la osteoporosis?, de la primera jornada de nuestro congreso.

Médica Medios (M.M.): ¿Qué factores hay que tener en cuenta para justificar el uso de los marcadores?

Gregorio Riera Espinoza (G.R.E): los marcadores son una herramienta más en la evaluación de los pacientes con osteoporosis, una enfermedad muy compleja que tiene muchísimas variables por las cuales ocurre. Usualmente, el diagnóstico se basa en la densitometría ósea y, lamentablemente, la tendencia ha sido, desde hace muchos años, la de usar un grupo de medicamentos para tratar a los pacientes con baja masa ósea, aunque la realidad indica que no todos los pacientes

responden a estos medicamentos, no porque los medicamentos sean ineficientes, sino porque las otras enfermedades que condujeron a la osteoporosis no son adecuadamente tratadas.

Esencialmente, los marcadores óseos tienen una gran justificación en la actualidad porque permiten el control del tratamiento y facilitan la adherencia; como en todas las enfermedades crónicas, los pacientes son poco adherentes y necesitamos el convencimiento, tanto del médico como del paciente, de que el fármaco es eficiente y los marcadores nos proporcionan esa seguridad.

Aparte, si los marcadores no disminuyen durante el tratamiento, significa que probablemente hay una enfermedad asociada que no ha sido diagnosticada y por eso el paciente no responde adecuadamente al tratamiento.

M.M.: ¿Cuáles son los marcadores aceptados en la actualidad y por qué?

G.R.E.: actualmente usamos el propéptido aminoterminal del procolágeno 1 como marcador de formación ósea; como marcador de resorción ósea utilizamos el C telopéptido. Son marcadores que han demostrado poca variabilidad, más reproductibilidad en todas las mediciones y los cambios mínimos significativos con ellos alcanzan porcentajes clínicamente aceptables. Se usan porque son los más específicos, los que tienen menos variabilidad y los que en sus mediciones son más reproducibles.

M.M.: ¿Cómo usar adecuadamente los marcadores?

G.R.E.: esencialmente recomendamos a los médicos hacer una medición inicial del marcador antes de comenzar el tratamiento y luego volverlo a medir entre tres y seis meses después. Los cambios en el marcador le van a demostrar que el medicamento es eficaz al lograr cambios bioquímicos que demuestran la eficiencia del medicamento.

Ese es el primer aspecto importante; el segundo es que si en esa nueva evaluación a los seis meses el marcador sigue alto, significa que el paciente no está tomando adecuadamente el tratamiento o que puede tener una de las causas de lo que conocemos como *osteoporosis secundarias*, que son otras patologías que, si no son tratadas, la osteoporosis tampoco va a mejorar.

M.M.: ¿Cuáles son los problemas más frecuentes con el uso de los marcadores?

G.R.E.: en cuanto a los problemas frecuentes hay dos áreas: la primera es el convencimiento del grupo médico de la utilidad del marcador. Este ha sido un tópico definitivo, ya que inicialmente los marcadores tenían variabilidad, pero la tecnología ahora nos brinda marcadores altamente eficientes.

La segunda razón es quizás el costo. No son pruebas económicas desde el punto de vista bioquímico; sin embargo, es inmenso el beneficio que se logra demostrando la eficacia del tratamiento que sobrepasa a lo que sería el costo que tendrían las mediciones del marcador.

Así que vemos que hay dos vertientes del problema; uno, el convencimiento de los médicos para usarlo, y, dos, el aspecto económico que prevalece, sobre todo en países latinoamericanos, en los cuales los recursos son más limitados.

M.M.: ¿Cuáles serán los nuevos marcadores?

G.R.E.: en el futuro vendrán nuevos marcadores que van a estar dirigidos a mecanismos novedosos de por qué la enfermedad ocurre. Van a ser mecanismos moleculares que probablemente van a tener que ver con bioquímica y con citoquinas o genéticos, que nos van a mostrar los marcadores y los factores de predisposición de

cada individuo, independientes de cualquier otro tipo de afectación que se relacione con la baja masa ósea y, por supuesto, con las fracturas. Mi opinión es que empezaremos a medir los marcadores muchísimo antes de cuando la pérdida de masa ósea comience biológicamente, que es esencialmente en la menopausia. Esos marcadores deberíamos obtenerlos muchos años antes, alrededor de los 30 años, cuando alcanzamos el pico de masa ósea; en caso de encontrar predisposición a la aparición de la osteoporosis, comenzar las medidas terapéuticas y preventivas en ese momento para evitar la enfermedad.

Acordémonos de que esta enfermedad no duele, no "grita", no se expresa sino con una fractura; entonces, vamos a tratar una enfermedad cuyo efecto va a ser dentro de muchos años, por eso es muy importante el convencimiento del paciente de que debe tomar el medicamento por muchos años cuando no siente nada, para evitar una catástrofe al final de su vida. A final de cuentas, todos queremos vivir con independencia, que podamos tener 80 años, pero valiéndonos de nosotros mismos, sin los problemas de limitación física que generan los trastornos ortopédicos y las fracturas. Ese es el gran reto: lograr convencer a la población de hacerse un *screen* inicial y tempranamente y eso se va a lograr con los nuevos marcadores que, con toda seguridad, llegarán.

Citragel®

Citrato de Calcio 1500 mg + Vitamina D3 200 UI

...LA EVOLUCIÓN DEL CALCIO

Citrato de calcio + Vitamina D3

con la Exclusiva Tecnología G-TABs[1], para mejor absorción[2], comodidad y tolerabilidad.

1. Overgaard A.B.A et al. Patients' evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms International Journal of Clinical Pharmacy 23(5):185-8
2. Heller HJ1, Stewart A, Haynes S, Pak CY. Pharmacokinetics of calcium absorption from two commercial calcium supplements. J Clin Pharmacol. 1999 Nov;39(11):1151-4.

PROCAPS

Complicaciones del tratamiento de la osteoporosis ¿mitos o realidades?

Uno de los representantes de la península ibérica en la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y en el XII Congreso Panameño de Osteoporosis es el Dr. Jose Luis Neyro Bilbao, que actualmente es consultor de ginecología y obstetricia en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Cruces, en el norte de España. También es responsable de las tutorías internacionales en el *Máster Internacional en Climaterio y Menopausia y* director del curso de osteoporosis *online Problemas y soluciones en el abordaje de la osteoporosis.*

Médica Medios (M.M.): ¿Cuáles son las principales complicaciones en el tratamiento de la osteoporosis?

José Luis Neyro Bilbao (J.L.N.B.): habría que diferenciar las complicaciones por grupos terapéuticos. Yo reviso todos los tratamientos de la osteoporosis empezando por los más antiguos hasta los más modernos.

Empezamos por la terapia hormonal. Los dos riesgos básicos que tiene son el riesgo de cáncer y el riesgo de incremento de trombosis venosa profunda. En cuanto al primero, se ha demostrado que la terapia hormonal no incrementa el riesgo de cáncer cuando se emplea en el tratamiento de la osteoporosis con un metaanálisis muy potente que agrupó a más de 25.000 pacientes. Respecto al incremento de la trombosis venosa profunda, el riesgo está incrementado solo cuando se utiliza terapia hormonal vía oral y solo en el primer año. Conforme van avanzando los años de tratamiento, ese riesgo disminuye y llega a desaparecer cuando en vez de la vía oral se usa la vía transdérmica con parches. Por tanto, la terapia hormonal es un tratamiento muy seguro para la osteoporosis.

El siguiente grupo terapéutico son los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM), que tienen los mismos problemas de la terapia hormonal, solo que, en este caso, no aumentan el riesgo de cáncer, sino que lo disminuyen; disminuyen también el cáncer de endometrio y de mama y aumentan la densidad mamaria. Respecto de la trombosis venosa profunda, ocurre lo mismo, solo en el primer año en pacientes mayores y ese riesgo va disminuyendo conforme va pasando el tiempo.

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

M.M.: ¿Qué ocurre en cuanto a los bifosfonatos, al desonumab y a los osteoformadores?

J.L.N.B.: se han dicho muchas cosas de los bifosfonatos, pero los dos riesgos fundamentales son: fractura atípica de fémur y osteonecrosis mandibular. Las fracturas atípicas de fémur en realidad son el 1% de todas las fracturas, cifra que al final es inferior a 1/45.000. Efectivamente, existe ese riesgo cuando se usan por vía endovenosa du

rante más de 3 años o por vía oral durante más de 5 años; sin embargo, realmente hay que comparar: el número necesario de pacientes a tratar para disminuir una primera fractura vertebral con bifosfonatos es 12; no obstante, el número de pacientes a tratar para conseguir una fractura atípica de fémur como complicación es 46.000. ¿De qué estamos hablando?

En la osteonecrosis mandibular pasa la misma historia: ahora mismo, en una sala de más de 800 personas, hemos levantado la mano 4 personas que habíamos visto alguna vez una osteonecrosis mandibular a lo largo de 30 años de ejercicio. En resumen, la osteonecrosis mandibular no es un riesgo importante como complicación del uso de bifosfonatos, además no se nos ha dicho que los bifosfonatos reduzcan el riesgo de cáncer de colon ya en el primer año de empleo; eso no se ha dicho y no se considera una ventaja adicional de su uso.

¿Qué hay para denosumab? más de lo mismo. A diez años de tratamiento, no hay un incremento de las complicaciones cuando se compara con los 3 años del primer grupo que recibió placebo; para la fractura atípica de fémur y para la osteonecrosis mandibular, el riesgo es infinitesimal y ya lo hemos medido. Sobre 2 millones de pacientes/año tratados con desonumab, el riesgo de fractura atípica de fémur es de 0,0000024% y el riesgo de osteonecrosis mandibular es de 0,00023%. Efectivamente existe el riesgo, no se puede decir que es cero, pero es estadísticamente despreciable.

En cuanto a los osteoformadores, tienen unas complicaciones muy leves y que están relacionadas, probablemente, con el incremento de la frecuencia cardíaca en algunos casos; sin embargo, solo están contraindicados en pacientes que tengan evidencia de daño cardiovascular previo; es decir, si yo tengo un paciente con un infarto de miocardio, además de osteoporosis, procuraré no administrarle romosozumab y ya está.

M.M.: ¿Qué podemos concluir después de este análisis de las complicaciones en el tratamiento de la osteoporosis?

J.L.N.B.: que los tratamientos son tan seguros como eficaces y eso es muy importante, porque son los dos parámetros fundamentales que buscamos tanto los médicos en los tratamientos como los pacientes de manera independiente. A mi paciente quiero darle algo que sea muy eficaz para evitar las fracturas y además muy seguro para que no le afecte. Cuando le preguntamos a los pacientes qué quieren ellos del tratamiento dicen: “que me vaya muy bien y que no me dañe nada”.

En cuanto a los dos parámetros fundamentales, por encima del coste, de la dificultad de la toma y por encima de cualquier otra consideración, tanto los médicos como los pacientes coincidimos en eficacia y seguridad.

Trastornos del sueño y su impacto a nivel óseo

El Dr. Daniel Salica es médico cirujano, doctorado en Medicina, especialista en Medicina Interna y profesor titular de Clínica Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Fue distinguido como Maestro de la Osteología Iberoamericana por la SIBOMM. **Médica Medios** le entrevistó para esta edición del periódico virtual de la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y el XII Congreso Panameño de Osteoporosis.

Médica Medios (M.M.): ¿Cómo se relaciona el trastorno del sueño con las lesiones óseas?

Daniel Salica (D.S.): la osteoporosis constituye un serio trastorno esquelético caracterizado por la fragilidad ósea que predispone a fracturas, cuyo amplio espectro clínico va desde la falta de síntomas hasta la discapacidad por fracturas que pueden complicarse con el subsiguiente incremento en la morbimortalidad de los pacientes.

Distintos factores de riesgo desempeñan un papel fisiopatogénico o etiofisiopatogénico en la osteoporosis, como los genéticos, la edad, el sexo, la raza, las hormonas, el estilo de vida, la dieta y las medicaciones (como los corticoides, por ejemplo). Recientes estudios muestran, por complejas vías fisiopatogénicas, una asociación significativa entre los trastornos del sueño, en especial la apnea obstructiva del sueño y la osteoporosis, incluida su complicación más temida: las fracturas.

El sueño representa un estado activo de inconciencia en el que el cerebro en situación de reposo relativo es reactivo a diversos estímulos, que incluyen los internos. Entre los diversos trastornos del sueño reconocidos, se encuentra la apnea obstructiva del sueño. Esta última es ocasionada por la obstrucción de las vías aéreas superiores, lo que produce hipoxia e hipercapnia, y es diagnosticada con base en un índice polisomnográfico característico, que representa una patología prevalente, asociada a múltiples padecimientos. Cuando se asocia a síntomas atribuibles a ellas, se denomina *síndrome de apneas hipopneas obstructivas del sueño*, que en la mayoría de los casos se manifiesta con ronquidos nocturnos y pausas respiratorias, así como con síntomas matutinos como la somnolencia diurna, el cansancio, la irritabilidad, entre otros.

M.M.: ¿Cuáles son las principales lesiones óseas que se producen por trastornos del sueño?

D.S.: resultados de estudios recientes ponen en evidencia la relación entre los trastornos del sueño, en particular la apnea obstructiva del sueño y los huesos, así como el metabolismo mineral, que afectan el funcionamiento normal de las células óseas, facilita la pérdida de masa ósea e incrementa el riesgo de caídas y de fracturas óseas *per se*.

Entre las consecuencias del compromiso en las células óseas se destacan la activación de la acción resortiva osteoclástica e inhibitoria sobre los osteoblastos por distintas vías.

Cabe señalar que existen algunos otros estudios contrapuestos en los resultados, que en general

hacen jugar el incremento del índice de masa corporal (IMC) relacionado con la apnea obstructiva del sueño, entidad que suele asociarse, a su vez, con el sobrepeso y, en especial, con la obesidad.

M.M.: ¿Qué tratamientos hay disponibles para evitar estas lesiones óseas producidas por trastornos del sueño?

D.S.: establecida la presencia de trastornos del sueño en el paciente, especialmente con osteoporosis y máxime si es esta severa o complicada por la presencia de fracturas, corresponde el manejo y control del trastorno del sueño, en particular en caso de una apnea obstructiva del sueño, para la cual se debe indicar, según cada caso, el uso de equipos de presión positiva continua en la vía aérea, conocidos como CPAP.

De igual manera, hay que extremar las medidas de prevención de las caídas nocturnas que son más frecuentes en estos trastornos, tales como uso de

andadores, iluminación - limpieza del piso camino entre dormitorio y baño, de cables, alfombras, mascotas, objetos como peluches, entre otros.

Respecto a las lesiones óseas, se deberán asegurar los tratamientos osteoespecíficos que correspondan con el propósito de estabilizar los niveles séricos de la vitamina D, entre otras.

M.M.: ¿Cuál es el principal mensaje que quiere dejarle a sus colegas en este congreso para diagnosticar y tratar adecuadamente estas lesiones?

D.S.: los trastornos del sueño deberían investigarse en todos los pacientes, dada su elevada prevalencia y relación con diversas entidades tales como obesidad, enfermedades cardiovasculares, metabólicas, siniestros viales e incremento de caídas nocturnas. Resulta de interés que el análisis de la semiología del “ronquido nocturno” puede dar una pista para estudiarlo. Esto permitirá actuar preventiva o terapéuticamente en alguna o varias de sus diferentes entidades asociadas o consecutivas a los trastornos del sueño, entre las cuales se encuentran la osteoporosis y las fracturas óseas.

Las evidencias indican que resulta de buena praxis incluir entre los factores de riesgo para osteoporosis y fracturas a los trastornos del sueño, en particular a la apnea obstructiva del sueño.

Nutrigel 2.0®

COLÁGENO HIDROLIZADO 100%

NUTRIGEL 2.0 PÉPTIDOS BIOACTIVOS DE COLÁGENO, OBTENIDOS POR DEGRADACIÓN ENZIMÁTICA, CON EL PESO MOLECULAR ÓPTIMO PARA UNA MAYOR ABSORCIÓN Y MÁXIMA ACCIÓN.

R.S.: A106629

R.S.: A124481

EN SALUD ARTICULAR

PROCAPS®

Impacto de la diabetes en la salud ósea

La doctora Sonia Cerdas Pérez es endocrióloga graduada en la Universidad de Costa Rica, y postgraduada en la Universidad René Descartes de París en diabetes y hueso. Actualmente es presidenta de la Sociedad Costarricense de Climaterio, Menopausia y Osteoporosis, presidenta de la Sociedad Costarricense de Ginecología y Endocrinología, y acaba de entregar la presidencia de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Menopausia. Ocupa un puesto en el *board* asesor de la *International Osteoporosis Fundation* (IOF) y forma parte del *board* ejecutivo de la *International Menopause Society*. Ha dedicado su vida a la salud integral de la mujer; por esta razón, **Médica Medios** la entrevistó en la segunda jornada del Congreso, para conocer las afectaciones de la diabetes en la salud ósea.

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

Médica Medios (M.M.): ¿cuáles son las principales afectaciones de la diabetes en la salud ósea?

Sonia Cerdas Pérez (S.C.P.): fundamentalmente, nuestros pacientes diabéticos tienen huesos más frágiles porque la calidad del hueso del diabético es menos buena que la calidad ósea de las personas que no tienen diabetes. Por ello, estas personas se van a fracturar precozmente, con densidades minerales óseas mejores, y esto ocurre porque el hueso no se recambia y el microdaño se acumula; esto se ve agravado por varios mecanismos dentro de los cuales están el mal control de la glucosa, la deficiencia de la vitamina D, y el riesgo aumentado de caídas que tienen los pacientes diabéticos.

M.M.: ¿qué estrategias de prevención hay actualmente para prevenir ese impacto en la salud ósea cuando se tiene diabetes tipo 1?

S.C.P.: tenemos que controlar bien la parte metabólica, preguntarnos cuál es el nivel de vitamina D que tenemos y si estamos recibiendo un aporte adecuado de calcio; además, suprimir el tabaco y el alcohol, alimentarnos bien y hacer ejercicio, sobre todo con pesas y de balance. De manera temprana, debería hacerse una densitometría y evaluar todos esos factores de riesgo para determinar si además de prevención, se requiere de un tratamiento específico para reducir la posibilidad de fracturas.

M.M.: ¿cuáles son las alternativas de tratamiento para las personas que han visto afectadas en su salud ósea debido a la diabetes?

S.C.P.: los tipos de medicamentos no son diferentes a los que les proponemos a otros pacientes osteoporóticos. Dentro de ellos tenemos calcio, vitamina D con bifosfonatos, calcio con vitamina D, con denosumab en pacientes de alto riesgo con un osteoformador llamado teriparatida, es decir, las mismas medidas. El problema es que probablemente vamos a tener que utilizarlas más tempranamente en la vida, en comparación a lo que lo hacemos en los pacientes no diabéticos.

M.M.: ¿cuál es la principal novedad que ha querido compartir en esta cumbre iberoamericana?

S.C.P.: rescatar principalmente a esta población olvidada. Las personas no piensan en el hueso de nuestros pacientes diabéticos como un factor para prevenir, además de lo que comúnmente se previene, como el daño de la visión, de las piernas y el cardiovascular, entre otros. Por ello, el médico tiene la responsabilidad de pensar también en el daño óseo y brindar una atención adecuada para reducir las fracturas.

PRONTO EN PANAMÁ

R.S.E.: 1000 UI 102416 / 2000 UI 102983 / 1000 UI 103320

PROCAPS

Vitamina D. Mitos, realidades y Consenso Panameño de Uso de Vitamina D

Durante la segunda jornada de la XIII Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y del XII Congreso Panameño de Osteoporosis, los doctores Óscar Rosero y Vielka Sanjur presentaron el Consenso Panameño de Uso de Vitamina D. **Médica Medios** habló con el Dr. Ramiro Da Silva, director del grupo de expertos, quien se dedicó por casi un año a esta investigación académica.

Médica Medios (M.M.): ¿cómo nació este consenso?

Ramiro Da Silva (R.D.S.): el Consejo Panameño de Osteoporosis se ha dedicado siempre a tratar de orientar a los médicos en el buen uso de los tratamientos. Analizando la situación que se presentaba con la extensa literatura dedicada a la vitamina D, en la que había puntos en los cuales no había un acuerdo y que se podían prestar para confusión en la clase médica, un grupo de expertos en Panamá en osteoporosis y en vitamina D —estudiosos de la vitamina D, más que expertos—, decidimos hacer preguntas y crear un método de consenso para poder llegar a puntos en los que pudiéramos orientar a la clase médica para tomar una decisión de una forma rápida; fue así como decidimos hacernos catorce preguntas, analizar estas preguntas una por una, "desmenuzarlas", y sacar las conclusiones después de revisar la literatura.

Metodológicamente, decidimos que para lograr un acuerdo cada pregunta debería tener más de un 85 % de positividad. Para nuestro asombro, cada vez que analizábamos las preguntas, la conclusión tenía el 100 % de la aprobación de los líderes de opinión. Así fuimos trabajando en las preguntas hasta que creamos el consenso.

El consenso tiene la idea o el objetivo de que la persona pueda, en un momento dado, leer la pregunta y la conclusión, y después buscar los artículos de la literatura que considere necesarios. No queríamos solamente hacer un consenso objetivo, sino rápido, efectivo y fácilmente digerible al público que no le gusta leer, porque el consenso tiene cincuenta páginas, pero sus conclusiones se leen en 15 o 20 minutos.

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

M.M.: ¿sobre qué tópicos versan las preguntas?

R.D.S.: acerca de qué se consideraban niveles inadecuados de vitamina D, cómo se suplementa, cómo se trata, su importancia, en qué forma se mide, qué se mide y con qué se trata. También analizamos lo que hay de verdad o mito sobre la vitamina D y el cáncer, el embarazo, el paciente anciano, el paciente diabético, el deporte, y los pacientes que toman glucocorticoides, entre otros temas.

Llegamos a la conclusión de que en el mercado existe una gran cantidad de vitamina D, pero en

realidad la que se debe tomar es la vitamina D3 por múltiples motivos, y lo que se debe medir es la 25 (OH) D con quimioluminiscencia, ya que si no se usa esa técnica estamos expuestos a tener valores inadecuados y que no son ciertos.

En este consenso se acuño un término muy importante: *los niveles inadecuados*. En la literatura existen términos como deficiencia, insuficiencia, niveles bajos, así como los términos niveles tóxicos o niveles altos. Hoy en día, en medicina se sabe que *niveles inadecuados* debe ser el término general a usar, porque la vitamina D debe estar dentro de los límites normales. Si el nivel está muy bajo produce un aumento de la calcificación, y si está alto también aumenta la calcificación.

Vielka Sanjur

Óscar Rosero

M.M.: ¿quiénes hicieron parte del grupo de expertos que participaron en el consenso?

R.D.S.: yo fui el director del excepcional grupo conformado por los doctores Juan D. Barrios Matamoros, Luis Górriz Añorbes, Diógenes Arjona Plano, Vielka Sanjur, Aldimarina López, Carmen Troya, Konstantinos Tserotas y Enrique José Mayo Di Bello.

M.M.: ¿cuándo va a publicarse el documento?

R.D.S.: en este momento estamos buscando una revista que lo publique para realizar su respectiva difusión. Ahora es un documento confidencial, pero estamos pensando que, en un futuro, podría ser publicado incluso en formato libro.

Importancia y valor real de los grupos de ortogeriatría

Brindar una atención adecuada al adulto mayor es una de las consignas que ha guiado la labor de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM), por ello, **Médica Medios** entrevistó al Dr. Miguel Ángel González Reyes, de Colombia, para hablar al respecto de este tema tan importante. El Dr. González es médico ortopedista, especializado en ortopedia geriátrica, y tiene una experiencia profesional de más 20 años, 14 de los cuales se ha dedicado a la atención de los adultos mayores, hecho que le ha llevado a acrecentar su interés en temas como la osteoporosis y la osteoartrosis. Además, es cirujano de rodilla y de reemplazos articulares de cadera y rodilla, y presidente electo de la Asociación Colombiana de Osteoporosis y Metabolismo Mineral (ACOMM).

Médica Medios (M.M.): ¿en qué consisten los grupos de ortogeriatría? ¿Cuáles han sido sus principales logros?

Miguel Ángel González Reyes (M.A.G.R.): los grupos de ortogeriatría nacieron en el Reino Unido, en la década de 1970, como respuesta a una inquietud que tenían en ese momento ortopedistas y geriatras acerca del manejo de los pacientes con fractura de cadera. En todo el mundo se han implementado estos grupos, cuyo objetivo principal es el manejo integral de estos pacientes. Su labor ha sido muy eficaz en cuanto a la disminución del tiempo transcurrido entre la fractura y la intervención, también han logrado reducir el tiempo en el que el paciente permanece hospitalizado para obtener una recuperación más rápida, lo cual, a su vez, disminuye las complicaciones y los costos. Es una experiencia interdisciplinaria muy interesante entre los ortopedistas, quienes manejamos a los pacientes con fractura de cadera, y los geriatras y clínicos, que se encargan de toda la parte médica, del manejo del dolor, de evitar trombos y compensar sus enfermedades de base.

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

Hace unos años se estableció un sistema de atención parecido, el *Fracture Liaison Service* (FLS), un grupo de coordinación de fracturas. Ahora estamos integrando las dos experiencias para favorecer a nuestros pacientes e integrar no solo a los pacientes de cadera, sino también a aquellos que han sufrido cualquier fractura por fragilidad, que es aquella que se presenta por un trauma menor como las caídas desde la propia altura o por levantar un objeto pesado.

M.M.: ¿cuáles han sido las dificultades que han encontrado para implementar estos modelos de atención en los adultos?

M.A.G.R.: la dificultad básicamente ha radicado en que los administradores tengan la voluntad política para implementar estos grupos. Vivimos en un mundo de inmediatez, entonces los admi-

nistradores de turno analizan la conformación de estos grupos, qué se quiere, entre otras cosas, y es una realidad que durante el primer año de implementación, los costos pueden aumentar debido al costo de construir las guías de manejo, la socialización de esas guías para todo el personal que va a estar comprometido con este manejo y el proceso mientras se hacen todos los ajustes. Sin embargo, los resultados de este proceso se ven solamente durante el segundo y tercer año. Por eso la excusa de los administradores es que no pueden aumentar los gastos durante el primer año, porque cuando haya una disminución de estos, dos o tres años después, es probable que ya no estén en el cargo, por eso no les interesa. Mientras la cabeza de las instituciones no brinde apoyo, ni le dé el visto bueno a esta iniciativa, no se va a poder implementar adecuadamente porque las cosas no funcionan por las buenas voluntades ni las amistades entre los profesionales de salud; funcionan con directrices claras desde la dirección de las instituciones y con el compromiso de todo el personal.

M.M.: ha hecho un análisis desde la situación de Colombia, pero ¿cuál es el estado en otros países de la región?

M.A.G.R.: es un fenómeno creciente, que poco a poco se ha ido adoptando, y hay grupos de ortogeriatría en varios países de la región. Haciendo un pequeño análisis comparativo entre los países de la región, Chile y Argentina son los países que cuentan con un mayor recorrido en este aspecto, pero también hay experiencias de grupos de ortogeriatría en Guatemala, Panamá, Perú y México. En Brasil, donde yo estuve, no ha habido un desarrollo tan grande, muy posiblemente por la razón que le comentaba anteriormente con el tema de los administradores. En este tipo de encuentros se me acercan muchos profesionales de diferentes países para expresarme sus inquietudes al respecto, lo cual evidencia claramente su interés en crear grupos de ortogeriatría en sus regiones. Nuestro reto es seguir compartiendo nuestras experiencias con estos grupos, y buscar a través de ellos mejorar la atención integral del adulto mayor.

Nilson Roberto de Melo, nuevo presidente de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM)

Durante la segunda jornada de la Cumbre Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral y del XII Congreso Panameño de Osteoporosis, se reunieron la Junta Directiva, los presidentes y los expresidentes de las diferentes sociedades para elegir al nuevo presidente de SIBOMM, para el período 2019-2021.

El Salón Island del Hard Rock Hotel Panamá fue el escenario en el que el brasileño Nilson Roberto de Melo fue proclamado nuevo presidente de la SIBOMM. **Médica Medios** lo entrevistó y le preguntó acerca de sus principales retos al frente de la sociedad, que este fin de semana culmina uno de los congresos más exitosos de su historia.

Médica Medios (M.M.): ¿cuál ha sido su experiencia profesional?

Nilson Roberto de Melo (N.R.M.): soy médico ginecobstetra de la Universidad de São Paulo, en la que he hecho toda mi carrera profesional, y hoy soy profesor Libre-Docente-Asociado de Ginecología en la Facultad de Medicina de la misma universidad. Además de esta parte académica, fui presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la provincia de São Paulo durante dos períodos consecutivos; también he sido presidente de la Sociedad Brasileña de Reproducción Humana; presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia; presidente de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, y miembro del *board* ejecutivo del *International Menopause Society* (IMS). Actualmente, soy vicepresidente de la Sociedad Brasileña de Ginecoendocrino, segundo vicepresidente de la Sociedad Brasileña de Menopausia, miembro del *board* ejecutivo del *International Society of Gynecological Endocrinology* (ISGE), y del *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO).

M.M.: ¿cuáles considera que son sus principales destrezas para desarrollar su labor como presidente de la SIBOMM?

N.R.M.: he tenido mucha experiencia en organizar sociedades, en gestionar y traer recursos para las sociedades, porque sin los recursos suficientes las gestiones, estas se ven muy limitadas. Se trata de organizar, desarrollar y hacer crecer aún más, potenciando todo lo bueno. Gracias a mi trayectoria en diferentes sociedades, me he podido relacionar con muchísimas personas de otras especialidades y otras sociedades internacionales.

M.M.: la SIBOMM ha tenido un crecimiento exponencial durante los dos últimos años. ¿Qué pueden esperar sus asociados a futuro?

N.R.M.: la responsabilidad aumenta cuando eres testigo de un congreso tan exitoso como este, desde el punto de vista del nivel científico, y con una gran participación. No es lo mismo recibir una presidencia cuando ves un congreso con 100 participantes, que cuando ves un auditorio con 1000 personas. Ramiro Da Silva, nuestro presi-

dente saliente, ha plantado muy bien, y cuando tú plantas bien la cosecha es muy buena. Mi objetivo es continuar con el trabajo que se ha venido realizando, y buscar integrar cada vez más a las sociedades médicas relacionadas con la osteoporosis, el metabolismo del hueso y el mineral.

Es importante también seguir fortaleciendo nuestra relación con las casas farmacéuticas y con los diferentes fabricantes de equipamiento para aumentar nuestros recursos, ya que esto nos permite realizar un trabajo más eficaz.

Desde el punto de vista científico, es importante seguir el trabajo de comunicación entre los líderes de opinión y desarrollar consensos, como el que hoy se ha presentado acerca del uso de la vitamina D. El objetivo principal de una sociedad es la educación médica continuada, por eso es importante tener clases de nuestros expertos y poder socializarlas a través de plataformas tecnológicas como nuestra página web.

Finalmente, me encantaría hacer una secretaría general de la SIBOMM en Panamá, que es un lugar estratégico en medio del continente y realmente nos ofrece muchas posibilidades a todo nivel. Con una sede propia, podríamos fortalecer nuestra sociedad; el reto es conseguir los recursos suficientes para crearla y para mantenerla apropiadamente.

M.M.: ¿cuál es su invitación para el próximo congreso de la SIBOMM?

(R.D.S.): quiero aprovechar para invitar a todos los iberoamericanos al próximo congreso que se llevará a cabo en Brasil, en la ciudad de São Paulo, dentro de dos años. Brasil es un hermoso país y espero que puedan aprovechar, antes o después del congreso, para hacer un poco de turismo, poder descansar y conocer lugares como sus playas, las cataratas de Iguazú, la Amazonía, entre otros, y encontrarse con todos sus colegas en un espacio perfecto para la integración.

Asamblea

Bienvenidos
Panamá 2019

Bienvenidos

Bienvenidos
Líderes y Presidentes
Iberoamericanos

Presidentes

Bienvenidos
Líderes y Presidente
PANAMA 2019

Bienvenidos
Presidentes

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (HIV) y sus alteraciones óseas

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

La segunda jornada del Congreso se cerró con la intervención del Dr. Manuel Díaz Curiel, quien participó de la creación de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM), y ha ocupado en esta el cargo de secretario, vicepresidente y presidente (2002-2005). También ha sido presidente de la Fundación Hispana de Osteoporosis (FHOEM) desde 2002 hasta 2018 y, actualmente, es su presidente de Honor. Además, el Dr. Díaz Curiel es profesor de Medicina (cátedra de enfermedades metabólicas óseas) de la Universidad Autónoma de Madrid y jefe de la Unidad de Enfermedades Metabólicas Óseas desde 2002 hasta 2019; actualmente es consultor de enfermedades metabólicas óseas, y ha contribuido al campo de las enfermedades óseas con la publicación de 39 libros y 507 publicaciones científicas.

Médica Medios (M.M.): ¿qué alteraciones óseas se presentan en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (HIV)?

Manuel Díaz Curiel (M.D.C): en los pacientes que tienen HIV, la incidencia de osteopenia y osteoporosis es mayor que en la población normal y, por tanto, es mayor el número de fracturas óseas.

M.M.: ¿cuáles son las principales estrategias de tratamiento para estas alteraciones óseas?

M.D.C.: la principal estrategia es lograr un diagnóstico precoz del estado óseo en los pacientes con HIV mediante la realización de la densitometría ósea (DXA), y utilizar los retrovirales más adecuados, evitando el uso de los inhibidores de las proteasas, sobre todo, el tenofovir. Hoy en día sabemos que los efectos óseos en estos enfermos se producen, por un lado, por su enfermedad y, por otro lado, por los tratamientos antivirales. También debemos corregir otros factores de riesgo de la osteoporosis que aparecen en estos enfermos: alteración de la vitamina D, hipogonadismo, malnutrición, entre otros. De la misma manera, debemos evitar factores de riesgo que se asocian a esta enfermedad, como el tabaco, la drogadicción, el alcoholismo, etc.

M.M.: ¿existen barreras en los sistemas de salud para que estos pacientes reciban un tratamiento adecuado?

M.D.C.: evidentemente sí. Depende del nivel de los recursos económicos para la salud de cada país, un problema que existe incluso en los países desarrollados. No olvidemos que el tratamiento antiviral es caro y aunque cada vez se están consiguiendo terapias combinadas más adecuadas, también son más caras. Además, las determinaciones de pruebas analíticas y densitométricas suponen un gasto sanitario a tener en cuenta.

M.M.: ¿cuáles son las principales novedades que ha querido compartir con sus colegas en este Congreso para diagnosticar y tratar adecuadamente estas alteraciones?

M.D.C.: en primer lugar, he querido llamar la atención acerca de la cada vez más frecuente incidencia de la afectación ósea en los enfermos de HIV; asimismo, incidir en los mecanismos fisiológicos y etiopatogénicos por los que aparece esta afectación en estos enfermos; comentar la importancia del tratamiento antiviral; saber qué terapia es la menos perjudicial; y por último, saber qué hacer antes todas esta situaciones.

GRUPO PROCAPS

¡Trabajamos en función de la VIDA!

NUESTRO SELLO, NUESTRO COMPROMISO

Aportar nuestra capacidad Tecnológica e Innovación para ofrecer Salud y Bienestar a cada uno de los países donde hacemos presencia...

Ejercicio y unidad osteomuscular

Una de las representantes de Panamá en el congreso de SIBOMM 2019 es la Dra. Aldimarina López, especialista en ortopedia y traumatología con subespecialidad en cirugía de columna, que hace parte del Consejo Panameño de Osteoporosis (COPOS) y de la Asociación Panameña de Ortopedia y Traumatología. **Médica Medios** la entrevistó acerca de los cambios que se dan en el músculo y en el hueso con la actividad física.

Médica Medios (M.M.): ¿Cuáles fueron los aspectos fundamentales de su conferencia?

Aldimarina López (A.L.): uno de los propósitos que tenemos en esta cumbre de SIBBOM 2019 es analizar cuáles son los impactos que podemos tener no solamente desde la parte farmacológica para tratar la osteoporosis o la sarcopenia –que son los dos grandes temas que siempre desarrollamos– sino saber también cuáles son las alternativas que, sin ser farmacológicas ni intervenciones quirúrgicas, pueden mejorar a nuestros pacientes.

Mi tema fue *ejercicio y unidad osteomuscular*, a través del cual quise plantear cómo en los huesos y en los músculos, haciendo una actividad física de manera regular, programada, con buenos ciclos y con buenos pesos, podemos mejorar tanto la producción de hueso con las células llamadas *osteoblastos* como la producción de nuevos músculos y el reclutamiento de nuevas fibras musculares, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

M.M.: ¿Cuáles son las recomendaciones para prescribir la actividad física?

A.L.: antes de prescribir cualquier actividad física, tenemos que hacer una evaluación de nuestros pacientes y saber cuáles son las capacidades musculares máximas que cada uno de ellos tiene para saber qué hacer. No puede ser una actividad física sin planeación ni programación por parte de un especialista, porque los adultos mayores pueden tener una mala técnica o hacer un mal movimiento que les genere una lesión muscular o en una articulación. Estos ejercicios deben ser evaluados, primero, de acuerdo con el nivel físico de cada paciente, para prescribir un programa de actividad física que vaya acorde con sus peculiaridades como persona.

M.M.: ¿Cuáles son los principales beneficios de la actividad física para los adultos mayores?

A.L.: la mayoría de los adultos mayores tienen síndromes geriátricos como fragilidad, sarcopenia y osteoporosis. Con los ejercicios pueden mejorar la masa muscular, y hay estudios que lo prueban. Sin embargo, existe un mito según el cual la persona, al envejecer, ya no tiene nada que pueda hacer para mejorar el estado de sus huesos y músculos. Eso es totalmente falso. Hoy sabemos que el hueso no es un órgano estático, es totalmente dinámico y, día a día, puede cambiar y mejorar. La actividad física *per se* ha demostrado ser una intervención segura para nuestros adultos mayores.

M.M.: ¿Cuál es el camino más adecuado para tratar a los adultos mayores?

A.L.: no hay que contar solamente con las medicinas. En Panamá, y me imagino que en toda Iberoamérica, hay una situación y es que las personas quieren tomar medicinas sin tener que hacer algún tipo de intervención.

Todos los tratamientos que nosotros desarrollemos para la osteoporosis y la sarcopenia deben ser holísticos. ¿Qué significa esto? Que debemos tener muchas intervenciones, no solamente la parte de ejercicio físico o la parte farmacológica, sino que debemos tener en cuenta también la alimentación, los estilos de vida saludables y la suplementación proteica, de calcio y de vitamina D, entre otras, que son fundamentales para nuestros adultos mayores.

Osteoporosis en niños. ¿Qué debemos saber?

ESCUCHE AQUÍ

Conferencia

Durante la última jornada del congreso de la SIBOMM 2019, contamos con la participación de la Dra. Joan Levin Ford, de Panamá, médica radióloga, docente universitaria y presidenta de la Fundación de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FOSEMO), que se encarga de la capacitación de los pacientes y del sector de la salud del primer nivel.

Médica Medios (M.M.): ¿Por qué no es aplicable la definición de la osteoporosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los niños?

Joan Levin Ford (J.L.F.): porque en esta definición, la osteoporosis sucede cuando se está perdiendo la calidad y la densidad del hueso. Sin embargo, en el niño y en el adolescente, incluso en el adulto joven menor de 40 años, aún se está formando el hueso y se está empezando a guardar para el futuro, por lo que no es una definición aplicable a su realidad.

M.M.: ¿Cuáles son las características de los huesos de los niños?

J.L.F.: primero que todo, sus huesos tienen una gran flexibilidad, porque tienen la proteína tipo 1, que da la formación de la matriz ósea y los hace muy flexibles y, además, los huesos de los niños están hechos para crecer por lo que se están re-

parando constantemente de una forma mucho más rápida que una persona que ya llegó a su estatura definitiva.

M.M.: ¿Qué situaciones pueden afectar el desarrollo óseo adecuado en los niños?

J.L.F.: la más importante es el número de fracturas entre los 6 y los 19 años asociado a una nutrición inadecuada, baja actividad física y que el niño tenga antecedentes hormonales, enfermedades óseas de nacimiento, como la osteogénesis imperfecta, u otras enfermedades secundarias crónicas que puedan afectar el desarrollo óseo o que necesiten de un medicamento que también pueda afectarlo. Desde la niñez y hasta los 20 años es el momento en el que se va a hacer la mayor reserva de la densidad del hueso para el futuro (tanto del hueso cortical afuera, como del trabecular adentro), por ello, es importante actuar frente a estas situaciones.

M.M.: ¿Qué factores tienen que ver con la evolución de la masa ósea y su importancia para el desarrollo futuro de los niños?

J.L.F.: los factores relacionados con la evolución de la masa ósea tienen que ver, primero, con la genética. Se dice que la herencia es responsable del 70% de lo que vas a tener para el resto de la vida y eso no es modificable. Segundo, el sexo y la

edad: sabemos que los hombres tienden a tener una estructura ósea más gruesa y la mantienen más tiempo que la mujer, que tiene descensos bruscos por la menopausia. También hay factores adicionales relacionados con otro tipo de condiciones hormonales, como los de la tiroides, el páncreas, la insulina o los problemas cardíacos, que son condiciones de salud que pueden afectar a la persona, incluso desde su niñez. Por eso, es muy importante tener en cuenta que desde que el niño empieza a caminar va a requerir actividad física para toda su vida, acompañada de una nutrición balanceada, que son determinantes.

M.M.: ¿Cuáles son las actividades físicas que se recomiendan en los niños para prevenir la osteoporosis?

J.L.F.: lo que queremos es que la actividad física esté encaminada a desarrollar huesos saludables: hay que hacer ejercicios en contra de la gravedad, con algo de resistencia y con carga. Los juegos infantiles al aire libre son ideales, pero si se quiere tener una disciplina deportiva, hay que realizar actividades que estimulen los estiramientos, como el basquetbol, el voleibol y el fútbol o actividades recreativas como la danza, la gimnasia rítmica o las coreografías, para poner a todo el cuerpo en movimiento y ojalá al aire libre, para que puedan sintetizar la vitamina D.

Aspectos médicos legales por no tratar a un paciente con osteoporosis

Con el propósito de brindar una formación integral a los participantes del congreso de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral, se llevó a cabo durante la última jornada del evento la conferencia en la que se abordaron los aspectos médicos legales en torno al tratamiento de la osteoporosis. Esta charla fue dictada por el Dr. Vicente Santiváñez Stiglich, ginecobstetra y abogado que se dedica hace alrededor de 15 años al derecho de la salud, al derecho de los pacientes y al derecho de los médicos.

Médica Medios (M.M.): ¿Cuáles son los principales aspectos médicos legales en cuanto al tratamiento de los pacientes con osteoporosis?

Vicente Santiváñez Stiglich (V.S.S.): en cuanto a osteoporosis, lo ideal es hacer una buena historia clínica en la que hay que poner claramente los siguientes puntos: la anamnesis, el examen clínico, el diagnóstico y el plan de trabajo. En este último aspecto es fundamental definir la fecha de la próxima cita para evitar que el paciente siga tomando los medicamentos y después argumente que el médico le había indicado un tratamiento de por vida. Por ejemplo, en el caso de la teriparatida de indicarse por dos años, sus controles deben hacerse cada seis meses o cada año, según cada caso.

El otro punto importante es considerar siempre la osteoporosis. Un médico puede ser demandado por haber dejado pasar el diagnóstico de osteoporosis, que sería una omisión desde el punto de vista legal. Siempre poner en la historia clínica y apuntar: descartar osteoporosis con su "apellido" correspondiente, ya que la osteoporosis puede tener muchos orígenes: puede ser por menopausia, por hipotiroidismo, o por otras cosas. Siempre hay que poner el "apellido" de la osteoporosis. Con eso el médico prácticamente salva su responsabilidad.

La osteoporosis puede ser motivo de demanda, en el caso de que haya una fractura a causa de la osteoporosis y esta no haya sido vista por su o sus médicos tratantes. ¿Por qué demandan? Por el tema económico, ya que la fractura por osteoporosis implica un procedimiento quirúrgico, probablemente prótesis o algo más y ahí es cuando se presenta el problema grave.

M.M.: ¿Cuáles son las principales recomendaciones que les hace a sus colegas para evitar demandas y problemas legales?

V.S.S.: primero, hacer una buena historia clínica, y siempre poner los planes de trabajo con los tiempos adecuados, por ejemplo, cuándo va a ser la próxima cita. Segundo, tener siempre las evidencias médicas. Tercero, llenar los consentimientos informados en caso de protocolo o de estudio o en el caso de procedimientos quirúrgicos. Cuarto, guardar la relación médico-paciente-familia. Quinto, En caso de alguna demanda o denuncia, ser siempre bien asesorado por un médico abogado, y no dejar todo al abogado. Sexto, no dejarse sorprender por abogados que puedan confundir las denuncias. Y, sobre todo, tener en cuenta que los problemas médicos legales son problemas culposos, no dolosos.

Finalmente, es importante que el médico siempre esté en contacto con su abogado, pidiéndole explicaciones de todo, de cada paso que hace e involucrarse activamente en el proceso. De lo contrario, es como si un médico diera un tratamiento a un paciente y no se lo explicara.

Testimonios

Ircania García

Ginecóloga obstetra, República Dominicana

"Este ha sido un excelente congreso; ha tenido un programa riquísimo. Es de los congresos en que no quieres salir de las conferencias y quieres participar de todas ellas porque son temas innovadores, que están actualmente en la palestra y que son de edificación para nuestras carreras. Estoy encantada de cómo hemos abordado integralmente el tema de la osteoporosis".

Martín Solis Girón

Ortopedista, Panamá

"Hemos sido partícipes de un congreso de altísimo nivel. Las revisiones bibliográficas de los colegas, tanto nacionales como extranjeros, ha sido del más alto valor para todos los que asistimos. Felicito a los organizadores porque nos vamos con una actualización muy fructífera de conocimientos en las diferentes especialidades a las que nos dedicamos".

Enrique Gustavo Navarro

Traumatólogo, Argentina

"La verdad es que el congreso de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral 2019 de Panamá me ha parecido muy rico en los temas tratados acerca de la osteoporosis, unos de mayor y otros de menor interés para mí, pero realmente me voy con muchísima información que redundará en mi labor profesional".

Giancarlo González

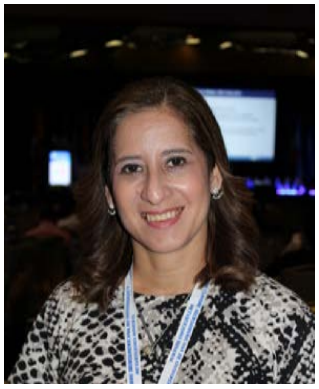
Terapeuta físico, Panamá

"La organización del congreso ha sido excelente. Felicito al Dr. Da Silva y a todo su equipo. La calidad de los expositores ha sido óptima, creo que todos los profesionales nos llevamos nuevos conocimientos para el manejo de estos pacientes en nuestra práctica diaria; en mi caso, para la parte de rehabilitación, y en el caso de los médicos, para la parte terapéutica".

Sergio Catun Mayen

Médico internista, Guatemala

"Mi opinión en relación con el congreso de SIBBOM 2019 de Panamá es que me pareció muy bueno, las charlas y los ponentes estuvieron a la altura, con mucha evidencia científica como respaldo de sus conferencias. Los que venimos del extranjero nos llevamos bastante información para replicarla en nuestros países".



Marcela Barberan

Endocrinóloga, Chile

"Es mi primera participación en el congreso SIBBOM. Creo que las charlas estuvieron muy variadas, completas y muy prácticas, para poder tomar decisiones de consulta, diagnóstico y manejo de pacientes. La reunión de todos estos países latinoamericanos nos da la posibilidad de compartir experiencias y fortalecer lazos de amistad".

Maribel Tena Colunga

Rehabilitadora física, México

"Mi opinión es que el congreso de la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBBOM) 2019, llevado a cabo en la ciudad de Panamá, tuvo un excelente nivel académico manifestado en la calidad de los expositores y en los temas que se trataron en esta jornada de tres días".

Galería

No TH
Adventicia
Media
Capa Fibrosa
Lamina Interna
Linea Grasa
Placa
TH Temprana y Continua
TH
TH Tardía
Edad 35–45 años

"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE
STEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL"

"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE
OSTEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL"

BIENVENIDOS
SIBOMM
"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE
OSTEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL"

SOLO SE ENTREGA
CERTIFICADO EN
"SITIO"

BIENVENIDOS
SIBOMM
CUMBRE IBEROAMERICANA DE
ABOLISMO MINERAL"
PANAMEÑ
OROSIS"

"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE
OSTEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL"

"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE
OSTEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL"

Consenso
de uso
de Vitamina D3
CONSEJO PANAMEÑO

Consenso
de uso
de Vitamina D3
EXIT

"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE
OSTEOLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL"

SIBOMM PANAMA 2019

BIENVENIDOS
SIBOMM
"XIII CUMBRE IBEROAMERICANA DE

médica medios | DISTRIBUNA prensa

Desarrollo periodístico y editorial

GRUPO DISTRIBUNA

www.libreriamedica.com www.distribuna.com www.medicamedios.com

Bogotá, Colombia - Carrera 9 B n.º 117 A 05

Tels: (571) 2132379 - 6202294 - 2158335