

Transcripción webinar: Osteoporosis: un acercamiento a la enfermedad silenciosa

Os damos la bienvenida a este nuevo webinar. Ya va a ser el último que hacemos este 2025 y hemos querido hablar de la osteoporosis. Una enfermedad silenciosa que puede llegar a ser muy discapacitante y que además es una de las enfermedades reumáticas más prevalentes. Eh, se estima que en España afecta a más de 3 millones de personas, lo que puede suponer casi o más de 300,000 fracturas al año en nuestro país por fragilidad. eh debido a la osteoporosis y si hablamos a nivel mundial en los países desarrollados más de 500 millones de personas eh sufren esta patología. Eh, a pesar de todo esto, sigue siendo una enfermedad que de la que no se habla mucho, que es bastante desconocida y que, bueno, como decimos, es muy preocupante porque no da síntomas, no prestamos a veces la atención suficiente quizá por esa falta de información y además eh a pesar de que su prevalencia es muy alta, esta puede verse incrementada en los próximos años precisamente porque también es una patología que está asociada al al envejecimiento, aunque no tiene por qué afectar únicamente a personas mayores, tal y como vamos a ver a lo largo de este webinar. Eh, quiero agradecer desde ya a las asociaciones de pacientes que se han unido y que nos han ayudado a hacer posible este webinar eh a ECOSAR, FOEMO y a REUMAS. Veréis sus logos por aquí. Y bueno, quiero presentaros a las personas que me van a acompañar eh durante este ratito esta tarde y con las que vamos a poder hablar de la osteoporosis y resolver eh un montón de dudas que ya nos han llegado y otras que nos podéis hacer llegar a través del chat de preguntas y respuestas. Las podéis ir escribiendo ahí y bueno, pues yo se las iré formulando a ellas. Sí que es muy importante que recordéis que este webinar nos sustituye a una consulta médica, con lo cual pues no podemos atender consultas que sean demasiado particulares. Os pedimos que por favor pues las preguntas sean lo más generalistas posible porque, además, bueno, pues nos faltaría historia clínica y hay cosas en las que no podemos eh pues ni dar una opinión médica ni dar ningún tipo de diagnóstico en ese sentido, como si fuera una consulta. Eh, el webinar va a ser grabado y lo vamos a poder ver de nuevo en el perfil de YouTube de la Sociedad Española de Reumatología. Y nada más, os voy a presentar a quienes me acompañan esta tarde, la doctora Sara García Carazo. Ella es reumatóloga, es además vicepresidenta de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedad Metabólica Ósea de FOEMOS y ejerce reumatóloga en el Hospital Universitario La Paz de Madrid. ¿Qué tal, Sara? Bienvenida.

Hola, muchas gracias.

Bueno, buenas tardes a todos y muchas gracias también a los que se han conectado para compartir este ratito con nosotros para hablar un poquito de la osteoporosis y conocer un poquito más el tema. Yo creo ya para los que no saben que la osteoporosis es una patología del esqueleto caracterizada por una disminución de la resistencia ósea, disminución el concepto de resistencia que incluye tanto factores relacionados con la densidad mineral ósea como con la calidad del tejido óseo. Esta disminución de la resistencia ósea al final se traduce por un aumento en el riesgo de fracturas por fragilidad. Es muy importante destacar que la osteoporosis

es una patología silente. Los pacientes normalmente están asintomáticos hasta que tienen una primera fractura o una fractura por fragilidad. Y este es su primer su principal riesgo, las fracturas por fragilidad. Fracturas que se producen normalmente tras un traumatismo de alto impacto, de alto, no, perdón, de bajo, todo lo contrario, de bajo impacto, incluso ante esfuerzos mínimos, como puede suponer cargar un pequeño peso o un simple acceso de tos. Tras estas fracturas, sí. Entonces, aparece dolor, discapacidad, pérdida de autonomía e incluso un aumento de la mortalidad, sobre todo, y especialmente tras una fractura de cadera. Por ello, el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales. Las causas de la osteoporosis son múltiples.

Claro, un momento, antes de que sigas con las causas, que yo he presentado a Sara y como veis ha entrado [risas] contándonos de todo. Voy a presentar también a nuestras dos compañeras de hoy, eh, que son dos eslabones también fundamentales, ¿no? Contamos con enfermería, que es un pilar fundamental a la hora de tratar patologías como la osteoporosis. Y hoy en este caso le va a dar voz Ana Belengil. Ella es enfermera del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Ana, ¿qué tal? Bienvenida.

Hola, buenas tardes. Bueno, pues muchas gracias por contar conmigo para esta sesión y gracias a todos los que habéis pues eso, hecho el esfuerzo de conectar esta tarde desde casa. Nada, un placer que nos des voz a la enfermería, que además Ana pues pertenece a Ana Belén, perdón, porque a veces está corto el nombre. Como yo me llamo Ana, te llamaré diferencias. [risas] Y bueno, pues como decía, eh Ana Belén también pertenece al grupo de trabajo de enfermería de la que son muy activas, ¿no? Y que están muy proactivas a participar en actividades con pacientes porque ellas, bueno, pues llevan mucho el cuidado del día a día de los pacientes, algo que es muy importante y que también desde las asociaciones hacen. Y para dar voz a estos pacientes, pues tenemos a Luz Álvarez, que ella es representante de la Asociación Reumas y es paciente con osteoporosis, así que nos va a dar muy generosamente su versión, ¿no? Y su opinión en primera persona y como protagonista absoluta, ¿no?, de una patología como es la osteoporosis. Luz, muchas gracias.

Hola, gracias a vosotros y a ver si podemos ayudar entre todos un poquito. Sí, seguro que sí. Y ahora ya sí, Sara, te voy a dejar, [risas] nos has introducido, ¿no?, esta qué es la osteoporosis, ¿no? Y cuáles son las circunstancias y qué hace que pueda ser pues tan peligrosa, ¿no? Y nos ibas a contar las causas que ahí yo te he interrumpido, así que si te parece pues te dejo seguir para que nos sigas contando un poco pues en qué consiste esta patología y qué es lo que lo que la produce, ¿no? Cuáles son esas causas.

Ya, muchas gracias, Ana. es que hablo de osteoporosis ya y me emociono y no y no paro. Bueno, después de la pequeña introducción, simplemente terminar la introducción con las causas más generales de la osteoporosis, que como sabéis son múltiples. Es verdad que en la osteoporosis primaria lo más frecuente en la osteoporosis primaria posmenopáusica, es el déficit estrogénico tras la menopausia al que se suma el propio envejecimiento. Y además no solo existe esta causa, sino que también existen formas secundarias, formas que están asociadas a enfermedades inflamatorias crónicas, a patologías nutricionales, a patologías renales, a patologías endocrinas, no solo el hiperparateroidismo, sino también como por ejemplo la diabetes, sobre todo, el tipo

uno, el diabetes tipo 1 y también el uso de fármacos osteopenizantes clásico y conocido, aunque no siempre diagnosticado ni visto, es el tema de los glucocorticoides, pero también y cada vez más en auge el tema de la terapia hormonal en el cáncer, tanto en el cáncer de próstata como en el cáncer de mama.

Sí, sí, adelante. Yo os iba a decir, ¿no? Yo hablaba al principio que es una enfermedad silente, ¿no? Que no produce dolor y que entonces pues esto la hace peligrosa porque a lo mejor no detectamos que estamos sufriendo osteoporosis o que tenemos esa debilidad en los huesos. Existe un perfil de paciente, cómo suele debutar esta patología y no sé si está por todos estos temas de avances, ¿no?, que nos hablas de terapia hormonal, etcétera, está cambiando un poquito la tendencia y ese perfil de paciente que antes, pues osteoporosis no suena todo a cuando un abuelito se rompe la cadera y no se sabe qué fue antes, ¿no? Si que tenía esa osteoporosis se cayó y se rompió la cadera o que la cadera se rompió y por eso se cayó, ¿no? Entonces, ¿cómo es este perfil de paciente y cómo suele debutar la enfermedad o cómo puede debutar? Sí, gracias, Ana. Pues realmente en la fractura de cadera debuta muchas veces así, pero debería ser el último a lo que nos llegamos. Debería ser la última fractura lo que siempre queremos prevenir, porque es la fractura paradigma de la de la osteoporosis. Muy bien. Realmente el perfil más habitual de la osteoporosis sigue siendo el de esa mujer pues menopáusica, aunque es verdad y no hay que olvidar que la osteoporosis también afecta a los varones, sobre todo a varones mayores que normalmente pasan infradiagnosticados y muchas veces hacen tienen también peor pronóstico tras algún tipo de fracturas. Sí que es verdad que en los últimos años estamos observando un aumento de casos de osteoporosis en personas más jóvenes. Osteoporosis ya muchas veces establecida con fracturas con fracturas por fragilidad, pero yo creo que no es que la enfermedad haya cambiado, sino que hoy en día sabemos identificar mejor los factores de riesgo. Creo que existe una mayor concienciación sobre el efecto de ciertos tipos de tratamientos y de ciertos tipos de enfermedades sobre la salud ósea, que pues tenemos una alerta y sabemos identificar más ese tipo de pacientes, sin olvidarnos eso claro también de la osteoporosis idiopática, pero bueno.

Sara, en este sentido, el diagnóstico, con todo este conocimiento y estos avances que ha habido en los últimos años, el diagnóstico está siendo más precoz. ¿Cómo se diagnostica esta afectación? ¿Tenéis algún tipo de parámetros predictivos, no? Tú decías, sabemos los factores de riesgo y de alguna manera los podemos controlar. eh cómo se diagnostica y cuál es el riesgo de que ese diagnóstico llegue tarde, o sea, a lo mejor sin encontrarnos con la fractura, ¿no? Que sería como el riesgo que todos tenemos en la cabeza y que nos parece a priori lo más grave que pudiera suceder.

Bueno, pues la técnica de lección hoyandia para el diagnóstico de la osteoporosis sigue siendo la densitometría ósea. Es verdad que un tscore menor o igual a -2,5 a nivel del cuello femoral, de cadera o total o de columna lumbar es diagnóstico de osteoporosis desintoométrica. Pero si bien esta prueba tiene una alta especificidad, también tiene una muy baja sensibilidad. Hay que tener en cuenta que existen series donde más de un 50% de los pacientes tienen una fractura por fragilidad, incluso con un tscore mayor de -2,5. Por eso la el diagnóstico de la osteoporosis no se basa únicamente en la densitometría. También hablamos de

osteoporosis precisamente en las fracturas de cadera por fragilidad que hemos mencionado antes, independientemente de lo que nos llegue en la densitometría o en la presencia de una fractura vertebral con una densitometría que tiene un t-score de -1. Existen otras técnicas como como el TBS, el trabecular bone score que nos ayuda a valorar la declaración de la microarquitectura trabecular. Realmente no es que diagnostique de osteoporosis, pero sí nos puede ayudar a identificar los pacientes que tienen un alto riesgo de fractura, sobre todo en ese tipo de osteoporosis secundaria como puede ser pues la corticoidea. Y cuando creo que me has dicho de herramientas, ¿verdad? De herramientas predictivas.

Sí. Si tenéis algún tipo de herramienta predictiva, ¿no? Que podáis utilizar en la consulta.

Yo creo que, de herramienta, cuando me preguntas eso, ¿te refieres a herramientas de cálculo de riesgo de fractura, herramientas para calcularlo, existen varias? Sí. Existen varias. Es verdad que la más extendida en la práctica clínica es el índice FRAX. El índice FRAX te va a estimar el riesgo de fractura, un riesgo absoluto de fractura a los 10 años. Incluye o valora parámetros clínicos con y sin densitometría y sí que nos ayuda a identificar pacientes de riesgo y a tomar decisiones terapéuticas, pero también tiene limitaciones, ya que puede llegar a infraestimar un poco el riesgo de fractura osteoporótica mayor. Desde luego, lo más importante sin duda es valorar de forma individual al paciente, valorar su riesgo de fractura, no dependiendo únicamente de la densitometría, sino teniendo y tomando además pues todos los las características clínicas, factores de riesgo clínico y otros antecedentes.

Ah, sí, perdón, perdón. No sé si me preguntabas por si tenía consecuencia el retraso diagnóstico. Sí, o sea, ¿qué consecuencias puede tener? entiendo que sí que las tiene, ¿no? Pero más allá que a lo mejor de la fractura, que es lo que se nos ocurre a todos, pues que pueda tener consecuencias en la debilidad del hueso o en otro tipo de cosas que al final afecta al cuerpo y que no tengamos tanto en la cabeza. Pues la verdad es que sí que tiene consecuencias importantes. Realmente están todas relacionadas o casi todas relacionadas con la fractura. Si tienes una fractura, puedes tener una siguiente fractura con lo que aumenta el dolor, aumenta la discapacidad, aumenta la mortalidad y disminuye la calidad de vida, que yo creo que son consecuencias muy importantes de cara al paciente. Y a pesar de toda la concienciación que hemos dicho que ha aumentado existente, hay reconocer que seguimos fallando. Seguimos fallando tanto en la prevención primaria como en la prevención secundaria de la fractura. Sabemos que una fractura por fragilidad es un factor de riesgo clave para presentar nuevas fracturas, sobre todo en los 12- 24 meses siguientes, periodo que conocemos como riesgo inminente de fractura y que supone una ventana, una ventana de opción terapéutica, una ventana de tratamiento en ese momento en el que debemos aprovechar para disminuir ese riesgo de fractura. Pues, aun así, a día de hoy, el porcentaje de pacientes que tiene una fractura y que no inicia tratamiento antiosteoporótico después de esa fractura por fragilidad es demasiado elevado para donde nos movemos.

Ana Belén, al principio cuando yo te presentaba decía que enfermería jugáis un rol fundamental porque además tenéis un papel cuidador y de hacer mucha prevención y promoción en salud, mucha educación, ¿no?, para los pacientes para que aprendan a convivir con las patologías que tienen, sobre todo cuando son crónicas, ¿no? Y eso va a condicionar pues su vida a lo largo de

todos los años. Además, en este sentido, tú cuando hablamos de osteoporosis tienes muchísima experiencia porque trabajas en una consulta monográfica, que esto es algo que probablemente a quien nos vaya a escuchar le va a dar mucha envidia porque no existe en todos los hospitales. Pero, ¿qué se hace en la consulta monográfica de osteoporosis poniéndonos en este ideal? Y si por pasa por aquí alguien que trabaje en la administración pública, por favor, que lo escuche y que lo copie [risas] si no lo tienen el hospital.

Y cuéntenos un poco en qué consiste esa consulta monográfica de osteoporosis, que cuál es el papel de enfermería en ella. Bueno, pues eh efectivamente tenemos una, bueno, somos para poneros un poco en contexto eh somos en consultas externas del Hospital Clínico eh dos ahora mismo dos enfermeras. Entonces, creamos hace dos años una en conjunto con reumatólogas efectivamente, eh una unidad de fracturas, una FLS. Entonces, visto la cantidad de demanda que teníamos de pacientes y la cantidad de tiempo que estos pacientes esperaban a ser a ser citados. Entonces, de los 5 días que tenemos nosotras de consulta, porque venimos de lunes a viernes, actualmente estamos viendo tres días de osteoporosis, un día cada una y un día en el que nosotras compartimos horario. Entonces, lo que hacemos es primero nos llegan las derivaciones de estos pacientes que están fracturados, bienes de urgencias, médico de cabecera, traumatología, la especialidad que sea, y no somos nosotras, o sea, nos llega directamente a nuestra consulta, no pasa por citaciones esa primera fractura para intentar evitar precisamente esa demora. Tampoco citamos antes de las tres semanas porque como son pacientes pues en ese momento frágiles y con dolor tampoco quieren venir antes. Entonces así no se demora mucho el poner el tratamiento. Vamos a ver ese paciente en el primer día que viene vamos a hacer nosotras toda la anamnesis, con lo cual hemos podido duplicar con esto el número, bueno, no duplicar exactamente, pero nos acercamos al número de pacientes que se pueden ver en la consulta del reumatólogo diario, porque al hacer nosotras toda la historia a eh a la reumatóloga solamente van a pasar eh a lo que es el hacer el tratamiento porque toda la historia ya la tienen hecha. vamos a hacer eh los antecedentes, el tratamiento que están tomando en ese momento de todo tipo, incluyendo y remarcando pues eh si hay alguna osteopenia, o sea, alguno osteopénico, si hay alguna enfermedad también osteopenizante, si ha tenido o no radioterapia porque va a contraindicar algún tipo de tratamiento osteoporótico. los factores de riesgo de osteoporosis, eh todos ellos la menopausia, se ha tenido otras fracturas previas, periféricas o vertebrales, antecedentes de fracturas de cadera de alguno de sus padres, si hay tabaquismo o alcoholismo, eh o consumo de alcohol, que no tiene por qué ser alcohólico. Vamos a calcular la ingesta de calcio con la calculadora se valorar el ejercicio que realiza si hay lo que comentado, remarcar enfermedades o tratamientos osteopenizantes, calcular el FRAX y recopilar todas las pruebas complementarias, tanto analíticas como de rayos como densitometrías actuales y antiguas si las hay. Con lo cual, luego, además vamos a hacer el seguimiento de enfermería si tiene tratamientos y si le añaden algún tratamiento eh subcutáneo eh vamos a explicar el cómo se lo tiene que administrar y o resolver las dudas que el paciente tenga. Con lo cual, yo creo que incorporar una enfermera en a una consulta de osteoporosis siempre va a suponer una mejora de la eficiencia porque disminuimos las esperas, aumentamos la accesibilidad del paciente porque siempre tenemos menos pacientes citados que lo que tiene un médico y podemos hacer una resolución de dudas bien presencial o bien telefónica.

Luz, hemos hablado de esa accesibilidad del paciente, de que se trata de una enfermedad que no da síntomas. En tu caso, ¿cómo fue llegar hasta ese diagnóstico? ¿Qué te hizo a ti saltar la voz de alarma y llegar al diagnóstico de la osteoporosis? ¿Cómo fue? ¿Y cómo te lo tomaste? Porque en ti vemos el ejemplo. Tú eres una persona joven, eh, no sé ahora hace cuánto tiempo te diagnosticaron la osteoporosis, haces así con la cabeza, [risas] pero sí se te ve joven, no es el perfil de abuelita de 90 años, no lo es. Entonces, cuéntame un poco cómo ha sido tu experiencia.

Bueno, lo primero que Anabel me ha dado una envidia porque yo eso no lo tengo. Me ha dado una envidia, sería buenísimo poderlo tener eso. Bueno, mira, yo siempre he sido una persona muy enferma desde siempre. Entonces, bueno, pues muchas infecciones, muchas infecciones. Empezaron a sentarme mal los antibióticos y un alergólogo me detectó que tenía una inmunodeficiencia, ¿vale? Entonces, bueno, he vivido con el mundo deficiencia toda la vida, tal, y de repente empiezo a nada, me caigo y me facturo una vértebra. Entonces, me hacen una densitometría, ven que tengo un poco de osteopenia y empiezo con los alendrónicos estos la ciudad que te gusta tomada, pero eso pues por lo visto pues no me estaba haciendo nada.

Eh, ¿qué me pasa? que luego nada, bajando una escalera me rompo la tibia travecular, una fractura travecular, pero tampoco me salí hacemos mucho caso, pues vale, pues sigue con los hiónicos, tal y me rompo una costilla y la última ya fue que me rompí otra vértebra muy muy salvaje y ahí caigo en manos de un reumatólogo un poco más más y él me dice, "No, tú lo que tienes una osteoporosis severa y complicada y necesitas un tratamiento fuerte y entonces empieza un tratamiento con teriparatida, ¿vale? dos años he estado echando a diario, ahora ya he acabado y bueno, lo que lo que sucede es que mi inmunodeficiencia me ha hecho me ha destrozado el sistema digestivo. Entre otras, bueno, tengo una colitis intracítica, tengo una gastritis autoinmune con metaplasia, displasia y todas las plasias habidas por haber y por fin conseguí que me derivasen a Gregorio Marañón, que me viese un inmunólogo y esta inmunóloga parece ser que me ha comentado que mi problema con la osteoporosis es que yo la gastritis la debo tener hace muchísimo tiempo y eso me ha hecho que no absorba bien el calcio. Entonces que ni esto por sí debe venir de hace sabes.

Sí. Esto es curioso porque es verdad que hay veces que, bueno, nosotros siempre que decimos que las enfermedades reumáticas pueden afectar a los niños, sorprende, ¿no?, a la población en general, porque lo en la mente está como que son cosas de adultos y cuando ya decimos que además hay niños que sufren osteoporosis, pues también sorprende mucho, ¿no? Y muchas veces se relaciona pues con niños que a lo mejor han tenido tratamientos oncológicos o, pero bueno, pues quizá en tu caso también tiene que ver con ese sistema inmunitario que decías, ¿no?, que está debilitado y que tiene algún problema de base y que puede hacer que no absorbas el calcio y que tengas osteoporosis, incluso. Eh, bueno, pues ahora se detecta antes, ¿no?, la osteoporosis infantil, pero igual hace unos años al final la medicina avanza y afortunadamente, pero a veces no podemos volver atrás y el daño ya está hecho. Eh, ha mencionado Luz algunos tratamientos. Sara, ¿qué tratamientos tenemos a día de hoy para la osteoporosis y bueno, cómo se puede tratar a nivel farmacológico, ¿no?, eh, esta patología.

Sí, voy a ello. Me ha gustado mucho oír tu historia porque la verdad que es no es no es infrecuente de los casos que nos encontramos, por lo menos en consultas en una consulta monográfica de reumatología de osteoporosis, toda esta patología secundaria que muchas

veces pasa desapercibida, pero también tengo que decir de que a día de hoy, por lo menos en el ámbito hospitalario, el resto de especialidades están cogiendo una mayor concienciación y de hecho a nosotros nos envían muchas patologías incluso de enfermedades de pacientes celíacos para hacerles un despista también por ese tema de mala absorción. Bueno, yo voy a la pregunta.

Disculpame, Ana, y quería dar las gracias a Luz. Yo creo que el tratamiento de la osteoporosis debe plantearse de una de una forma global, eh incorporando medidas sobre el estilo de vida, sobrealimentación, suplementación, que sé que Ana os hablará ahora de ellos y que me parece que es un papel clave en este en esta forma del abordaje de la osteoporosis. Bueno, si nos entramos en lo farmacológico, la elección que debemos hacer debe basarse, sí, en la eficacia, en la seguridad, en la cuesta efectividad de los fármacos, pero es muy importante también tener en cuenta las características individuales de cada paciente. Nuestro objetivo al final es prevenir fracturas, con lo que la elección también debe incluirse el paciente y también debe incluirse el riesgo, estratificar el riesgo que tiene ese paciente en ese momento. Que tenemos fármacos como los moduladores de torres estrógenos o la tibolona. Aunque en la consulta los que más utilizamos son dos grupos de familias, dos grandes grupos, los fármacos antirresortivos, que por un lado se podría decir que frenan la pérdida de hueso así a grosso modo, incluyen los bifosfonatos, que es el tratamiento de primera línea más coste-eficiente en pacientes que tienen alto riesgo de fractura. Tenemos formulaciones orales como el ácido alendrónico que mencionaba antes luz o el ácido riserrónico. Ambos tienen un muy buen perfil de seguridad, pero también son muy frecuentes en ellos tener efectos adversos digestivos, porque como alternativa tenemos un bifosonato intravenoso, el ácido zolendrónico intravenoso. Otro antirresortivo también ampliamente utilizado es el denosumab. Es un anticuerpo monoclonal antirranclegando. Es un fármaco que también es muy eficaz en pacientes con muy alto riesgo de fractura. Se administra de forma subcutánea cada 6 meses, pero tiene un efecto adverso. Su principal efecto adverso está en la retirada del mismo, ya que una suspensión brusca podría dar lugar a un efecto contrario. De parar la resorción podríamos tener un rebote de la resorción en el que además de perder masa ósea, podríamos encontrar facturas vertebrales múltiples. Y el otro grupo muy usado de fármacos son los fármacos osteoformadores o fármacos anabólicos, que lo que hacen es aumentar la formación de hueso nuevo. Están especialmente indicados en pacientes con muy alto riesgo o riesgo inminente de fractura, como hemos dicho antes, que sean las fracturas recientes. Perdón. En España disponemos de tres fármacos anabólicos aprobados, dos de ellos son análogos de la hormona PTH, la valoparatida y la teriparatida, que es el que había recibido luz. Mientras que el tercero es el romosozumab, es un anticuerpo monocleonal humanizado antiesclerostina que lo que hace es tener una acción dual. Es osteoformador y antirresortivo. En general son tratamientos eficaces, bien tolerados, aunque no están indicados en todos los pacientes. Los análogos de PTH, por ejemplo, están contraindicados en pacientes que han recibido radioterapia sobre el hueso o que tienen un alto riesgo de tumores óseos. Y el romosozumab, en cambio, debe evitarse en pacientes que han tenido un evento cardiovascular mayor. Ahora sabemos y las guías más recientes apoyan que no todos los pacientes se benefician de todos los mismos fármacos por igual. Hay que individualizar al paciente, hay que individualizar individualizar, perdón, su riesgo de fractura. Así, en pacientes con muy elevado riesgo de fractura, la evidencia respalda el inicial tratamiento con un fármaco osteoformador y posteriormente se seguirá de un fármaco antirresortivo para consolidar un poco la ganancia, sea. Esta secuencia se asocia a mayores incrementos de densidad mineral ósea

y una mayor reducción del riesgo de fractura que la secuencia inversa. Y yo creo que farmacológicamente por mi parte.

Pues entonces Ana Belén te la ha dejado votando. Ella nos ha contado la parte farmacológica, eh a ti te toca el tratamiento no farmacológico, ¿no? La suplementación y qué podemos hacer con nuestros hábitos de vida eh para facilitar ese tratamiento de la osteoporosis.

Vale, en principio nosotros la suplementación solamente la vamos a dejar en el caso de que haya déficit de alguno de los componentes, o sea, de calcio, de vitamina D. Por eso eh la recomendación, a ver, el hueso va a precisar calcio y vitamina D, exposición solar, porque la vitamina D solamente con la dieta se absorbe un aproximadamente un 10%, el 90% tiene que absorberse o sintetizarse a través de la piel con la ayuda del sol, ¿vale? Aunque no haya sol, nos hacen falta los rayos ultravioletas. O sea, que hay que hacer una exposición pues diaria de unos 10, 15 minutos, que si no vendrán los dermatólogos aquí en correrme. No hace falta tirarse ahí como una lagartija al sol, ¿no? Pero eh y luego el ejercicio físico. Entonces, todo esto es necesario para mantener una musculatura adecuada y el equilibrio y la agilidad de un adulto, ¿vale? Con lo cual se recomienda una dieta mediterránea, o sea, al final es la dieta de toda la vida la recomendable con un aporte entre 1000 para un adulto entre 1000 y 10200 mg de calcio al día y nosotras lo calculamos con la calculadora seiommm. Cualquier persona que ponga en internet calculadora seiommm lo puede acceder. Y entonces las recomendaciones son esos alimentos que valora, que son leche ay por Dios, que me atasco, yogures o cualquier derivado lácteo, eh, detalla quesos, cualquier tipo de queso también viene detallado la el consumo diario o por semana, pescados azules da lo mismo frescos que enlatados. Eh, también eh tipo marisco, eh nos vale también el enlatado, verduras de hoja verde y legumbres y frutos secos. Nos vamos a los cardiosaludables, no vamos a pipas y cacahuets preferiblemente, sino pues lo que son avellanas, almendras, nueces, ¿vale? Y en cuanto a ejercicio físico, eh, sobre todo también hay que adaptarlo siempre a cada etapa de la vida. No es lo mismo una persona joven que una persona que ya tiene dos fracturas con 90 años, pero eh es preferible si todo lo que puedan hacer dentro de ejercicios de cardio, fuerza y equilibrio, sobre todo siempre adaptados. Si pueden ser al aire libre, mejor por esa recomendación de o alguna parte sean dentro del aire libre entre 20 y 30 minutos eh cada uno de ellos o el que nos toque ese día entre 2 tres días eh a la semana la realización del ejercicio y recomendamos ejercicios cuando no saben hacia dónde acudir, pues o de la sermef o de REUMAFIT.

Ana Belén, y esto en cuanto a los pacientes, bueno, una vez ya diagnosticados de osteoporosis, pero ¿qué podemos hacer en la prevención y, sobre todo, podemos hacer desde la infancia, no? Con nuestros hijos para que puedan tener ese pico de masa pues el mayor que puedan generar, ¿no? Y que no tengan problemas o que tengan menos problemas en el futuro de osteoporosis o que estos pues aparezcan mucho más tarde si van ligados a la edad. Eh, como población general sana, eh, ¿qué podemos hacer para evitar? Vale. Eh, el pico se alcanzará hacia los 30, 35 años. A partir de ahí digamos que solamente ya o hacemos algo que mantenga o solamente se va a haber destrucción de huesos y no la mantenemos. Entonces, desde la ser sí que se lanzó una campaña que se llamaba Loco por mis huesos. Entonces allí el objetivo es hacer hincapié sobre todo en construir ya desde la infancia el adquirir hábitos saludables porque si no luego es mucho más difícil modificarlos y es lo mismo en practicar ejercicio físico. En este caso, los niños suelen

ser ejercicios de alto impacto porque ellos sí que sí que pueden realizar cualquier tipo de ejercicio. Eh, también pues esto de cardiofuerza, pero sobre todo esto de alto impacto. que sean también al aire libre. Ahora los niños, esto que hablábamos antes de por qué hay mayor detección en la en las fases previas, los niños últimamente con esto de las PlayStation tal salen mucho menos a la calle. Antes se jugaba más en la calle, hay mucha exposición solar, entonces sobre todo que se evite el sedentarismo y más exposición solar de los niños, la dieta saludable adecuada con un adecuado aporte de calcio y vitamina D. Entonces sería de 1 a 3 años unos 700 mg de calcio al día. La recomendación de 4 a 8 años suele ser alrededor de 1000 mg de 9 a 18 años unos 1300 mg de calcio diario y evitar eh tabaquismo y y consumo y consumo de alcohol que cada vez se está viendo pues que bueno, el tabaco a lo mejor no, pero el alcohol sí que el consumo está es cada vez más más precoz.

Luz, en tu caso en el tema del ejercicio físico es algo que puedes realizar.

Hablaba Ana Belén que los pacientes en cualquier caso tiene que ser adaptado. Tú nos has comentado antes que has tenido varias fracturas, entonces claro, entiendo que no puedes hacer cualquier ejercicio físico, pero igual sí que puedes hacer algo adaptado que te pueda o que haya sentido que te ha ayudado, ¿no? O incluso a recuperarte de esas fracturas. Bueno, yo lo que nos comentaba antes que también tengo fibromialgia y empática crónica. Entonces, pues estoy muy limitada en todo, vamos. Pero bueno, eh, ahora mismo estoy yendo dos veces a hacer aqua y, intento pasear todo lo que puedo, que no es mucho, pero lo hago. Y ahora estaba pensando en hacer apuntarme a hacer ejercicio un poquito de fuerza, lo que pasa que me rompí la muñeca y bueno, operación tal, lo típico, ¿no?, que planificamos y luego la vida. Eso, pero bueno, sí, sí que es muy importante, ¿no? El ponerle actitud y al final es como pues lo que decía Ana Belén, cada uno dentro de sus capacidades el poder mantener estos hábitos de vida saludable que no hace falta que todos corramos 6 km. Puedes salir a pasear 15 minutos, pero por lo menos no quedarse sentado en un sofá sin hacer nada de ejercicio, porque eso sí que va a suponer un problema de salud y puede incrementar los riesgos de la osteoporosis. Eh, a mí cuando me plantan que tengo osteoporosis, nadie me habla ni de dietas, ni de que tengo que hacer ejercicio, o sea, nada. Simple y sencillamente me hablan de mi osteoporosis severa, me dicen que me tengo que pinchar todos los días. Tampoco me explican mucho más y claro, te quedas así y ahora qué, ¿no? Y bueno, pues pero eso que en mi caso, yo no sé, en mi caso te digo que ninguna información cero, cero pues por lo que me he ido informando, por las asociaciones y por lo que voy leyendo, pero bueno, es cierto, ¿no? Yo lo decía al principio, que sigue siendo una enfermedad que es bastante conocida y desconocida, ¿no? como que conocemos el término osteoporosis, pero igual no tenemos la educación eh en salud en a nivel de población general como para hacernos frente a ella o como para prevenirla. Y aquí es verdad que enfermería tiene un papel fundamental, ¿no?

Yo lo decía al principio cuando introducía Ana Belén con esa consulta monográfica que seguramente fuera a dar mucha envidia y que ojalá existiera en muchos más sitios en España, ¿no? Y en el mundo en general, porque sería una labor muy importante porque ellas sí que cuando os llega un paciente pues todo esto complementario no lo trabajáis mucho con ellos. Entiendo.

Luz. Eh, yo en ese caso particular que sea un paciente con patologías y con dificultad para según pues eso, actividades de agua, como estás haciendo porque el peso del cuerpo es menor y suelen ser más sencillas y sobre todo desarrollo de miembro inferior. Si desarrollamos pues bicicleta, pedales, algo de este estilo para que sea la lo que son cuádriceps el que más peso soporte e intentar descargar esa espalda lo más posible y estiramientos, porque también hay muchas veces que por dolor se cogen hábitos o malas posturas y hay muchas veces que no es la fractura ni la sino que es y lo digo también porque yo también soy una paciente, me yo también tuve una fractura y entonces hay mucho dolor de espalda secundario postractura que no tiene que ver con la fractura, sino pues porque posturas antiálgicas que has escogido por dolor. Entonces, hay que hacer también mucha rehabilitación, mucho estiramiento. Entonces, no hay que hacer, no es fuerza de levantar 100 kg, no, no, no, no, sino esas piernas tienen que fortalecerse de manera que sean ellas las que hagan el esfuerzo, que esa columna se ha quedado más débil, ¿vale?

Y bueno, en cuanto a la pregunta que me habías hecho, Ana, entonces eh en un paciente que nosotras ya nos llega diagnosticado, que ya sabemos que tiene osteoporosis o llega con fracturas, pues lo que hemos hablado, vamos a hacer la determinación de la ingesta del calcio. En el momento que sabemos con la calculadora seiomn que lo hace correctamente, le decimos que tiene que mantener esa esa dieta que lleva. Si la ingesta es por debajo de 1000, vamos a explicarle y vamos a entregar un soporte en papel de los alimentos ricos en calcio y vitamina D, tanto eh por grupo de alimentos como por eh alimentos específicos por 100 g, o sea, calcio que tiene cada alimento por 100 g de alimento y así porque hay gente pues que no le gusta la leche o no le sienta bien, que pueden ser también las leches que ahora mismo son bebidas vegetales porque llevan el calcio añadido. Entonces les damos opciones, pues no me gusta el yogur. Pues bueno, pues tienes que no hay, bueno, también hay que ver que tengan otras patologías porque les podrías dar natillas o flanes, pero si son diabéticos, pues los tendrán que hacer en casa con edulcorante. Entonces, pues bueno, hay que jugar con ellos un poquito con opciones, pues el fruto seco o tipo de queso. Si ya tienen hipercolesterolemia, pues ya no nos podremos ir a quesos más curados, dependerá. Vamos a valorar el ejercicio que realizan y siempre vamos a hacer una recomendación personalizada. Si hacen suficiente ejercicio, pues ya está. bailar es algo que también hace la gente mayor y que les podemos recomendar y además socializan y se lo pasan bien.

Luego las vamos a reforzar siempre el si ya los llevamos en la FLS, como vamos a hacer el seguimiento de durante dos años, siempre vamos a poder detectar rápidamente las caídas, pero aun así siempre vamos a incidir en las medidas de protección anticaídas, con lo cual que son que tengan la vista bien graduada, que haya buena iluminación, sobre todo nocturna, que no se suban a alturas, que eso nadie lo hace, hasta que les recuerdas que no hay que subirse a taburetes ni para cambiar bombillas, ni para cambiar cortinas, ni para limpiar las baldas de la cocina. Ay, eso sí. Pues no, que lo haga alguien más joven, que puede está más ágil, puede saltar y no se va a caer y se va a fracturar. eh que el que lleven calzado adecuado, si puede ser eh zapato cerrado y con una suela antideslizante para que no se nos vaya la zapatilla en casa, evitar alfombras o suelos resbaladizos, que es mejor que tengan, si es posible, adaptar una ducha eh con un taburete que una bañera y si es preciso cuando salgan a la calle, que siempre utilicen apoyos si los necesitan, si tienen problemas de estabilidad, que bajan escaleras que se sujeten

a la barandilla, que falla el pie, se van a poder sujetar o si necesitan bastones, que a veces son señoras pues que eso les parece como de señora mayor, bueno, pues ahora están usando los los bastones de treking o lo que quieran o los andadores o lo que necesiten, pero que utilicen algo con lo que no vayan a impedir el poder llegar a caerse. Entonces, lo en aquellos que también les estamos haciendo el seguimiento durante dos años, que no por no estar incluidos en la FLS, no les hacemos seguimiento. Si llevan tratamiento, lo que hacemos es menos tiempo, más que nada porque no somos ilimitadas, solo somos o dos y no nos da para más. Entonces, en aquellos que no son de la FLS, les hacemos un seguimiento durante un año para valorar la adherencia. Entonces, siempre vamos a valorar esa adherencia con qué tratamiento están tomando, que nos relaten ellos lo que toman, cómo lo están tomando, cuándo lo están tomando, si hay olvidos. Eh, y además estamos revisando siempre las dispensaciones que nos salen en la historia de la farmacia porque a mí aunque alguien me diga que lo toma religiosamente, pero no lo está comprando, pues algo no me cuadra.

Esto es algo que Anabel nos quería preguntar también, ¿no? Porque muchas enfermedades eh reumáticas al ser crónicas nos encontramos que la adherencia al tratamiento en algunos casos es complicada, ¿no? Sobre todo, cuando hablamos de pacientes que entran en remisión. entran en remisión precisamente porque siguen tomando ese tratamiento, pero bueno, deciden como se encuentran mejor dejarlo por los miedos que tenemos a cuando tomamos un tratamiento crónico, esos efectos secundarios, ¿no? Eh, etcétera. Quería preguntaros si esto también sucede con la osteoporosis, si nos encontramos con problemas de adherencia al tratamiento. Y ahí, Sara, cuando nos has hablado de los tratamientos a día de hoy, ¿no?, que tenemos un arsenal pues bastante importante con respecto a lo mejor hace una década o incluso un poquito más de tiempo. Es cómo es eh esos efectos secundarios, ¿no? ¿Cómo podemos hacer que la gente no tenga miedo? ¿Cómo eh podemos hacer que ellos sepan que los médicos y las enfermeras vais a controlar para que no haya efectos secundarios graves, ¿no? Que no pasa nada porque tomen un tratamiento crónico. Pues lo controlamos.

Eh, o sea, es verdad que lo de la adherencia en tratamiento de la osteoporosis es baja, existe un gran número de abandonos y ahí yo creo que la consulta de enfermería tiene un papel muy importante para asegurar la adherencia porque tiene mucha más accesibilidad que nosotros, pero tú cuando vuelves la mitad de los pacientes no se lo han tomado por lo que dices, por miedo de efectos adversos, incluso ni lo han llegado a empezar. Entonces es como bueno, yo creo que la solución es la educación para la salud lo que le puede explicar o bien enfermería o bien nosotros que es verdad que nosotros vamos siempre más apurados de tiempo y damos más rápidos. Para eso es básico y prevenir un poco nosotros tratamientos con los análogos de PTH, pues hacemos control analítico mes y medio o a los 3 meses para controlar el calcio. Entonces les decimos que va a estar muy controladito. En el tratamiento con los antirresortivos les mandamos igual les explicamos todo el tema de la necrosis mandibular, los riesgos que existen, lo que no existen, las recomendaciones, les mandamos hacer revisión previa antes de empezar. Entonces, yo creo que lo básico para poder afrontar y esto es la educación para la salud, explicarles muy bien el tratamiento y explicarles la eficacia y la utilidad del mismo. Porque en otras patologías reumáticas, en una artritis reumatoide, cuando tomas un tratamiento y ya entras en remisión, el paciente sabe lo que es estar mal y sabe cómo ha mejorado con el tratamiento. Luego ya si lo deja es otra cosa, pero en el caso de la osteoporosis en la prevención

primaria hacer que el paciente explicarle la necesidad de tomarse un tratamiento para disminuir el riesgo de una fractura que no ha tenido, muchas veces estás explicándole y el paciente es, "Ya, pero y esto para qué y no se lo toman." Y en cambio cuando vuelven luego con la fractura, dicen, "Uy, pues me lo he empezado a tomar ayer." Dices, "Vale, pero lleva una temporada prescrito y te lo has empezado a tomar después de la fractura. Incluso cuando ven la fractura, cuando la tienen, se asustan, por así decirlo, notan la clínica, empiezan a tomarla, pero luego con el tiempo se les va la preocupación porque no le da clínica. Entonces, yo creo que ahí la enfermería juega un papel importantísimo en la adherencia. No sé qué opina Belén.

Enfermería juega un papel fundamental y os iba a decir también desde las asociaciones de pacientes luz eh también jugáis un papel fundamental porque al final muchas veces eh como decías más de una persona que está pasando por lo mismo que tú, ¿no? O lo que decías, a mí me han dicho que me tome esto, pero como no se me ha llegado a romper nada y a mí no me duele nada, ¿cómo me lo voy a tomar? Pero claro, si hablo con una persona que ha sido diagnosticada y que ha tenido un caso en el que se fracturó, etcétera, me veo como reflejada en el espejo y digo, ostras, eh, que me puede pasar eso mismo, ¿no? Y a lo mejor también es el punto gatillo de que haga caso al profesional sanitario y me empiece a tomar lo que me ha recetado. E, no sé, en tu caso, eh, haz un poco de publi, ¿no?, de ese recetar asociacionismo y qué es lo que aportáis, ¿no?, como paciente, ¿qué te aporta estar en una asociación de paciente?

Te aporta mucho, mucho. Yo ya te ya he contado que yo eh por parte médica he tenido muy poquita información, muy poquita. eh de enfermería nada, cero. O sea, y médica, pues tienes esto, te tienes que pinchar todos los días y ya andando y bueno, pues a de las asociaciones, pues claro, vas leyendo cosas, vas hablando con gente y es de donde estoy sacando mucha información, muchísimo. Para mí es fundamental, vamos, tanto esta como pertenezco a otras también de fibromialgia y esto lo decimos, ¿no?

Siempre nosotros que no nos cansaremos de recetar asociacionismo porque al final hacen una labor social fundamental. También no recuerdo, creo que ha sido Ana Belén cuando hablaba de lo de bailar, ¿no? De socializar, de salir, de estar con gente también. Esto es importante, ¿no? El tenemos una patología crónica y tenemos unas limitaciones, el que haya personas que puedan empatizar, porque a veces por mucho que nuestro entorno, nuestros familiares, amigos y demás quieran empatizar, eh es difícil porque no están pasando exactamente por lo mismo que nosotros.

Así es. Y luego pues haces chat con la gente, haces cursos y luego pues de los cursos sale un chat y ya pues bueno, vas hablando y te cuentas, pues mira, yo tal, yo cual, no sé, está bien. Eh, pues ahora, por ejemplo, he estado en un balneario con gente que tiene las mismas patologías que tú, que hablas está muy bien. Bueno, no sé. Sí, perdona, perdona.

Os iba a decir que nos están felicitando por el chat, bueno, os están felicitando por el chat y agradeciendo pues toda la información que estáis dando hoy. Eh, y también nos están preguntando eh a nivel prevención, que es verdad que no hemos hablado mucho de las pruebas de prevención y por aquí surgen dudas de cuándo se debería hacer una densitometría y a quién,

¿no? Y luego también, bueno, nos ha llegado una pregunta que es un poco más concreta, pues de una persona a la que le han diagnosticado su odontólogo una osteoporosis severa en la mandíbula superior. Es una persona que tiene 74 años y entonces, bueno, nos dicen que qué prueba o analítica le aconsejaríais para ver si esa osteoporosis eh es únicamente en la mandíbula superior o puede ser algo más grave, afectar en otra a otras partes del cuerpo o eh solo aquí, esto ya lo añadido yo, ¿no? Solo con que esté en esa mandíbula superior, debería de ir a lo mejor a un especialista en reumatología para que pudiera valorar esa osteoporosis y no quedarse únicamente en el diagnóstico del odontólogo.

Vale. Eh, a ver, empiezo por las dos. La primera era la densitometría, ¿no? Sí. ¿A quién? O sea, es como la prueba ansiada, ¿no? Yo creo muchas veces cuando nosotros hablamos de las pruebas de osteoporosis a determinada edad, sobre todo en perfiles de mujer, ¿no? Es como que queremos que nos hagan una prueba de densitometría para ver cómo estamos, ¿no? Por el miedo a esa osteoporosis que pueda aparecer en la menopausia, ¿no? Ligada está a este periodo. ¿Qué perfil de paciente debería hacérselo? Porque no sé si es recomendable para todo el mundo a partir de cierta edad o para unos perfiles determinados o si hay otras pruebas que que pueden hacerse otro tipo de análisis para poder, bueno, pues tener esa prevención de que de la osteoporosis o poder ver un poco cómo está la osteopenia en caso de que la haya.

Vale, pues es verdad que con la con la densitometría no existe un consenso en las guías de cuándo pedirla y cuándo dejar de pedir, pero lo que están de acuerdo todas es en que no se debe pedir de forma indiscriminada de forma a toda la población. Eso no, sino tienen que dirigida a las personas que tú creas que tienen un mayor riesgo de fractura y, sobre todo a las que tú creas que el realizarla te va a cambiar tu decisión clínica. Hay autores, hay guías que recomiendan hacerle una densitometría ósea a todas las mujeres por encima de 65 años. Con los varones no queda muy claro si 70 o no se pone del todo de acuerdo, pero lo que sí que están todas las guías también de acuerdo es que varones y mujeres debe hacerse cuando existen factores de riesgo. Es decir, la edad es un principal factor de riesgo, también antecedentes, antecedentes familiares de fractura, hábitos tóxicos, osteoporosis secundarias como las malabsorciones, por ejemplo, o tratamientos o pacientes que vean empeorar tratamientos que sean osteopenizantes.

También hay algunas guías, no todas, pero hay algunas que recomiendan utilizar esa herramienta que dijimos antes, ese frax, para diferenciar aquellos pacientes que se podrían beneficiar o que tienen más riesgo y se podrían beneficiar de una realización de la de la densitometría. Pero es verdad que no hay que no hay una valoración estándar y sobre todo pacientes que tú crees que tienen más más riesgo, mujeres mayores de 65 años porque una densitometría no tiene el mismo valor cuando se le hace una persona, por ejemplo, con 57 años esa T no tiene el mismo valor que si se le hace una persona con 20 años más con 70. Cambia el riesgo de fractura también por otros factores como como la edad. O sea, que no son de citometría, también incluyen otros muchos factores clínicos.

Ana Belén, antes cuando nos has hablado de hábitos de vida saludable, ¿no? Y de lo que se recomendaba, sobre todo en el plano de la alimentación, nos has dado algunos ejemplos, pues como los yogures, la leche, derivados lácteos, etcétera, pescado azul. Eh, pero también nos

preguntan si hay algún alimento que se debería de evitar en cuanto a la osteoporosis. A ver, más que a ver, eh, bueno, eh, como alimento como tal, evitar no es necesario, siempre todo tiene que ir con moderación. lo que hay, bueno, sustancias como tales, alcohol y tabaco, eso sí que impiden lo que es la absorción de calcio, pero no son no son alimentos. Entonces, lo que sí que hay son alimentos que van a impedir la absorción de calcio. Entonces, si uno los consume, tiene que tener en cuenta que eh va a necesitar una suplementación de un mayor aporte de calcio en la dieta, como son el café, el cacao, el cacao puro, el las bebidas carbonatadas, ¿cómo se llama? El exceso de sal, el exceso de proteínas, azúcares refinados. Así que cuidado con los alimentos ultraprocesados, embutidos por el exceso también de grasas, eh, y luego pues eso, presencia de oxalatos y fitatos en la alimentación. Eso, eso sería básicamente, pero no es que no haya que comerlo, porque alguien se beba la leche con café, no, nosotras no lo retiramos, pero claro, si te bebes 10 cafés al día, pues bueno, pues es todo en dentro de un consumo moderado y dentro de pues de si por eso van a dejar de beber leche, pues no, que se la beban y que le que le echen un poco de café.

Si ya lo que hacemos es, yo digo, Ana Belén que si te bebes 10 cafés al día igual tu problema no es la persona. Claro, el problema es que ya no es saludable el café, por eso es a lo que voy, que da igual el calcio que comamos, que es que no lo vamos a absorber con esa cantidad de café. Por eso que es a lo que voy, no es que haya alimentos permitidos o no permitidos, sino dentro de la moderación y sabiendo que esos alimentos van a impedir la absorción de calcium. Pues si os parece, eh, lo vamos a dejar aquí porque nos estamos llegando ya casi a las 6 de la tarde. Os habíamos dicho que íbamos a estar una horita, así que yo voy a respetar los tiempos, sobre todo eh de cara a nuestras ponentes que de una forma muy generosa pues nos han dado este ratito de la tarde en el que nos han contado pues todo su conocimiento y Luz ha compartido con nosotros su experiencia personal. Eh, si os parece os voy a pedir eh esto que se lleva mucho, ¿no?, de un titular. [risas] o que me hagáis un pequeño resumen, ¿no?, de mensaje para llevarse a casa a quien nos haya seguido en el webinar o lo vea posteriori. Eh, ¿alguna cosa que queráis decir para para cerrar, algún comentario de algo que nos hayamos dejado o alguna recomendación que sea muy importante que os parezca muy importante? Eh, no sé quién queréis empezar. No sé cómo veáis.

Venga, Sara, tú.

No, yo creo que la osteoporosis es una enfermedad muy importante, es muy prevalente. Muchas veces al ser silente pasa no solo que pase desconocida, sino que pasa desapercibida. Yo, además de lo de Ana Belén, yo quiero dar importancia al calcio, a la vitamina D y al fosfato, que nosotros en la consulta siempre vemos los fosfatos, aunque no entren en tanto en la dieta.

No sé si los tienen en cuenta, pero como así mensajes claves que es necesario una buena prevención primaria, una prevención secundaria, una individualización del tratamiento, un tratamiento precoz con una estratificado, una estratificación del riesgo que va a ser más precoz, más potente y más personalizado, con lo que así logramos reducir sobre todo el riesgo de fractura que a la larga lo que nosotros queremos no tratamos en densitometrías, lo que tratamos definitivamente mente es ese riesgo de fractura, es reducir ese riesgo de fractura.

No sé, Ana Belén , pues eso es básicamente lo mismo que como no da sintomatología y ya no solamente la osteoporosis, sino que es que hay una cantidad muy grande de fracturas que se dan en osteopenia, entonces que no hay que esperar a que a que tengamos sintomatología, sino a tener esos hábitos saludables y si no se tienen, pues empezar a corregirlos con ese aporte correcto de calcio y vitaminas D, ejercicios o diarios diarios o al menos todo el que se pueda dentro de eso, que son 20 30 minutos eh al aire libre, dos tres días por semana mínimo, eh fuera tabaco, eh alcohol, si puedes quitarse de completo y si no, pues lo más moderadamente posible y que siempre pues ya lo veis, añadir una enfermera a una consulta de reumatología, yo creo que es una eficiencia garantizada, pues porque somos más accesibles en tiempo de consulta. vosotras siempre estáis con unas citas mucho más más estrictas y con los tiempos mucho más eh controlados que lo que podemos tener nosotras dentro de que las tenemos telefónicas. Tenemos siempre un rato delante y detrás de las consultas para tener llamadas a demanda. Es verdad que es somos muy difíciles de contactar porque siempre tenemos algo, alguien que ya ha llamado, entonces siempre nos dicen que es difícil contactar, pero no es que no es que no estemos, es que alguien ha llamado primero. Entonces que si puede ser esa prevención desde la infancia, ya vamos sobres uro porque ya no es una fractura, sino el riesgo que conlleva esa primera fractura. Durante esos dos primeros años el riesgo de refractura es muy alto, o sea, que es que nunca se va a dejar de tener que tener cuidado.

Luz, terminamos contigo.

Pues nada, que ojalá lo viese alguien que tuviese poder de decisión y pudiese dar el ejemplo de tener así una consulta como la de Ana Valiente, sería fabuloso. Vamos. Pues nada, eso es algo que siempre reivindicamos, ¿no?

Desde la Sociedad Española de Reumatología, cuando nos reunimos con la administración siempre reivindicamos el papel de la enfermería en los servicios de reumatología, ¿no? el papel especializado y como yo decía, este es el último webinar del año, se acerca las fechas navideñas, vamos a escribir en esa carta a los Reyes Magos el que haya consultas monográficas de osteoporosis en muchos más centros de España, como existe en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y que pueda haber más enfermeras como Ana Belén que puedan atender a pacientes y que luego bueno pues desde las asociaciones también los pacientes lleguen y se pueda seguir dando visibilidad a esta patología de la que la mayoría de la población conocemos el nombre. pero que realmente pues no en educación sanitaria y en conocimiento sobre ella, pues todavía falta mucho por hacer. Aunque escribamos la carta de los Reyes Magos, desde la ser vamos a seguir trabajando por si acaso para que esto sea así. Y yo os agradezco muchísimo eh pues que hayáis compartido con nosotros y con todas las personas que han estado ahí. Os recuerdo que lo vais a poder volver a ver porque se va a quedar grabado. Eh, agradezco de nuevo a Ecos, a Foemo y a Reumás el habernos ayudado a organizar este webinar y en general pues toda la labor social que hacen con los pacientes con enfermedades reumáticas porque llegan allí donde los profesionales pues por tiempo y por otro tipo de circunstancias no llegamos. Y nada, muchísimas gracias, Dra. Sara García Carazo, Ana Belen Gil, enfermera de esa consulta monográfica que tanta envidia ha suscitado. Y Luz Álvarez, gracias por contarnos y por ser tan generosa de compartir tu experiencia.

Eh, nos veremos en otro seguro porque se han quedado cosas en el tintero, así que si me dejáis os volveremos a convocar cuando queráis. Muchas gracias a vosotros. Gracias a vosotros.

Todos