

# SALUD y HUESO

CON EL PATROCINIO DE



Nº 88

Enero - Marzo

2 0 1 4

Boletín de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas

## EDITORIAL

### ME HE FRACTURADO. ¿TENDRÉ OSTEOPOROSIS?

He tenido recientemente una fractura, ya tratada y resuelta por el traumatólogo, pero alguien me ha dicho que podría deberse a padecer osteoporosis (OP). Para confirmarlo o no el médico especialista no me puede recibir hasta dentro de un tiempo y me gustaría ir sabiendo algo antes sobre ello. Intentaremos aquí irle apuntando algo.

Esta es una situación frecuente, y que surja la inquietud y el ánimo de prevenir nuevas fracturas es probable. Veamos que puede deducirse antes de tener mayor seguridad al celebrar la consulta médica pendiente y las pruebas que puedan prescribirme para la confirmación o no de que padezca OP.

Es más probable que la tenga si soy una mujer y aún más si tengo por encima de los 50 años y mi madre o tías carnales sufrieron alguna fractura de cadera, muñeca, hombro o vértebras, que son las más relacionadas con la OP. Si soy delgada es más probable que si soy más bien gordita. Y si no he hecho actividades físicas o deportivas ni he comido correctamente de modo asiduo también tengo más riesgo de padecer OP. Si mi fractura se ha producido en una de las localizaciones antes mencionadas del cuerpo y si no fue por un traumatismo de especial violencia aumentan mis posibilidades de padecerla.

Si he tenido alguna enfermedad que haya sido preciso tratar con corticoides durante un tiempo prolongado como asma, artritis reumatoide, lupus eritematoso, urticarias u otras muchas enfermedades sean de la piel o de otros órganos, aumentan mis posibilidades de padecer OP.

Si mi dieta no ha sido equilibrada y rica en alimentos con calcio o si he padecido una enfermedad digestiva crónica como diarreas o afecciones del hígado puede ser que mi organismo no haya obtenido las cantidades suficientes de calcio necesario para formar huesos fuertes. El exceso de alcohol no solo daña al hígado sino que también interfiere con la absorción de calcio, aunque, paradójicamente, cantidades pequeñas, como una copa de vino tinto al día, han demostrado que son favorables para prevenir la OP y enfermedades circulatorias.

Si concurren en mi muchos de estos factores que influyen en la posibilidad de padecer OP, hasta llegar a la consulta y tratamiento médico, podría intentar, sin riesgo de perjudicarme, en cualquier caso que resulte, aumentar mi ingesta de calcio tomando más lácteos, frutos secos o pescados pequeños, hacer el ejercicio físico que esté a mi alcance y mejor si es al aire libre para tomar algo de sol, informarme para aprender y realizar al menos tres veces por semana ejercicios especialmente dirigidos a la OP como los que favorecen los músculos que sostienen la columna y evitan que nos vayamos inclinando hacia delante. Todas estas medidas formarán parte del tratamiento o régimen de vida que el médico nos aconsejará si somos mayores y hemos tenido una fractura, ya que no solo son buenas para la salud ósea sino también para la salud global, cumpliendo con lo que titula este boletín Hueso y Salud.

Fdo. Dr. Andrés Peña Arrebola.

Número de Información AECOS: 91 431 22 58 / FHOEMO: 91 578 35 10

Visite nuestras páginas web: [www.aecos.es](http://www.aecos.es) - e-mail: [info@aecos.es](mailto:info@aecos.es) y [www.fhoemo.com](http://www.fhoemo.com) - e-mail: [fhoemo@fhoemo.com](mailto:fhoemo@fhoemo.com)

## **REPERCUSIONES DEL INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS**

El cumplimiento terapéutico aborda dos aspectos importantes: la adherencia y la persistencia. La “adherencia”, que se ha definido como “el grado de coincidencia entre la conducta terapéutica del enfermo y la acordada con el proveedor de cuidados de salud” y la “persistencia”, como “el tiempo durante el cual un paciente sigue el tratamiento sin hacer interrupciones superiores a un periodo determinado” (por ejemplo, una semana o un mes).

Tanto una mala adherencia como una mala persistencia repercute en lograr los fines del tratamiento de la Osteoporosis ya que la falta de adherencia reduce los beneficios sobre la densidad mineral ósea y los marcadores de remodelación, la falta de adherencia y de la persistencia aumentan el número de fracturas, la falta de adherencia repercute sobre la hospitalización y el gasto sanitario y por último a falta de adherencia afecta la calidad de vida de los pacientes tratados para la osteoporosis.

La revisión de la literatura confirma la menor eficacia del tratamiento de la osteoporosis en las pacientes con mala adherencia al mismo.

Varios trabajos han comprobado que las mujeres cuya adherencia es inferior al 80%, tienen un aumento de fracturas que se sitúa alrededor del 20%. Estos estudios encuentran, además, que el descenso en la eficacia es perceptible desde el momento en que comienza a disminuir la adherencia. Otros trabajos han comparado el beneficio terapéutico en pacientes con una persistencia adecuada con respecto al de pacientes con persistencia inadecuada, mostrando igualmente peores resultados en las enfermas no persistentes.

Los estudios realizados con variables subrogadas (Densidad mineral ósea o marcadores del recambio óseo) y los realizados con otros parámetros derivados de las fracturas (hospitalización, gasto) son concordantes con lo señalado para éstas: un peor comportamiento de dichas variables en las pacientes menos adherentes. Por lo que se refiere a los aspectos económicos, se ha descrito que el aumento de gasto que supone una mala adherencia es equivalente al ahorro determinado por la falta de consumo de medicamentos, de forma que, según estos autores, el gasto médico global es similar en las mujeres adherentes y en las no adherentes. Junto a este, el único hallazgo negativo es el de la falta de trascendencia de la mala adherencia sobre la calidad de vida.

Los trabajos comentados tienen varias limitaciones. En primer lugar, en varios de ellos se han valorado diversos fármacos conjuntamente, y podría ocurrir que en realidad los resultados estuvieran más determinados por unos que por otros. Otras limitaciones derivan de la propia forma en que

se valoró la adherencia. Por ejemplo, el hecho de retirar las recetas o la medicación del centro de dispensación, no significa que la medicación se haya consumido. Otro tanto cabe decir de la medicación extraída de los envases. Si parte de la medicación recogida no se ha utilizado, en realidad estaríamos sobrevalorando la falta de adherencia, ya que si realmente se hubiera consumido, las variables de eficacia hubieran sido más favorables (por ejemplo, supongamos una mujer que ha retirado un 60% de la medicación, pero ha utilizado sólo un 40%; si, respecto a una mujer con una



adherencia del 100%, presenta un aumento de fracturas del 20%, atribuiremos este aumento de fracturas a una falta de adherencia

del 40%, cuando en realidad se debe a una falta de adherencia del 60%; el aumento de fracturas con una falta de adherencia del 40% sería menor). Inversamente, los estudios que han considerado todas las fracturas, y no sólo las osteoporóticas, pueden haber diluido la trascendencia de la adherencia, que debería ser mayor sobre las fracturas osteoporóticas que sobre las que se desarrollan sobre un hueso normal por un traumatismo. Los ensayos clínicos que han comparado la eficacia encontrada en un análisis por intención de tratar con la observada en un análisis por protocolo, tienen el inconveniente de que este último viola la asignación aleatoria original.

Pese a todo, el hecho de que la relación entre la falta de adherencia y la pérdida de eficacia se haya observado de forma consistente, de manera que se ha detectado en trabajos de diseño diferente, con formas de valoración de la eficacia y de la adherencia también diferentes, habla a favor de su realidad.

En conclusión, existe proporcionalidad entre el grado de falta de adherencia y la pérdida de eficacia de los tratamientos antirresortivos utilizados en la osteoporosis. Esta pérdida de eficacia puede observarse desde que empieza a establecerse la falta de adherencia. No obstante, son deseables nuevos estudios que aporten más información y profundicen en los conocimientos conseguidos hasta ahora.

Dr. Manuel Díaz Curiel.  
Presidente de FHOEMO

## OSTEOPOROSIS EN LAS PERSONAS ANCIANAS

La osteoporosis se vuelve más frecuente a medida que aumenta la edad, ya que la resistencia del hueso se pierde progresivamente a lo largo de la vida adulta. Las personas ancianas rara vez son evaluados y tratados en la osteoporosis, a pesar de los beneficios potenciales que esto tendría para su calidad de vida.

Las personas ancianas con buena movilidad y tienen una buena calidad de vida deberían acudir a su médico para mejorar la salud de sus huesos, y de esta manera saber si necesitan algún tipo de tratamiento para la osteoporosis. Por el contrario las personas mayores que viven en residencia y tienen un peor estado de salud y sufren de menor movilidad, son un grupo de alto riesgo de padecer osteoporosis y por lo tanto de tener una fractura.

### El calcio y la vitamina D en los ancianos:

Estas personas tienen una disminución en la ingesta de calcio en la dieta, por lo general como resultado de:

Por la disminución de la ingesta total de energía alimentaria (por ejemplo, apetito pobre, enfermedades intercurrentes, los factores sociales y económicos)

En las personas mayores de 65 años, existe una menor absorción intestinal de calcio y también se asocia a una disminución de las cifras de vitamina D, todo ello ocasiona un aumento de la hormona paratiroidea. Los suplementos de calcio que se les da a las personas mayores es



para tratar de superar el problema de la baja absorción de calcio y para reducir el alto nivel de la hormona paratiroidea que carcome los huesos.

### Pobre toma de la vitamina D debido a:

(Por ejemplo, la movilidad de personas de edad avanzada que están confinados en casa, residencias, instituciones) reducen su exposición a la luz solar.

Así mismo, hay disminución en la capacidad de la piel para sintetizar la vitamina D

La deficiencia de vitamina D no sólo tiene consecuencias esqueléticas, sino que también se asocia con debilidad muscular, un aumento del riesgo de caídas y, como resultado, un aumento del riesgo de fracturas.

Para personas mayores que viven en residencias, se ha demostrado que la administración de suplementos de vitamina D y de calcio puede reducir la incidencia de fracturas. Es recomendable que para estas personas

que necesitan cuidado ha de administrarse de forma rutinaria un suplemento de vitamina D y calcio, siempre que no existan anomalías en relación con el metabolismo del calcio.

### Ejercicio

Sin importar la edad, los huesos y los músculos necesitan ejercicio para mantener la fuerza, por lo que un programa de ejercicios especiales adaptados a las personas muy mayores que están institucionalizados, es muy importante,



ya que se mejora el equilibrio, la postura, la coordinación y la fuerza muscular.

### Prevención de caídas

Cuando la osteoporosis está presente, incluso un traumatismo menor, como la tos, pequeños golpes o caídas puede conducir a una fractura. Las personas mayores tienen tiempos de respuesta más lentos. Sus caídas son a menudo más frecuentemente relacionadas o no con los obstáculos externos. Ellos pueden ser el resultado de la inestabilidad postural, disminución del rendimiento muscular, la desnutrición, la comorbilidad (por ejemplo, problemas de visión, deterioro cognitivo) y los medicamentos.

### Como mejorar la calidad de vida después de una primera fractura

- Existen medicamentos para el dolor, así como fármacos para el tratamiento de la osteoporosis, que deben iniciarse tan pronto como sea posible por el médico.

- La nutrición debe ser adecuada, en particular el consumo de proteínas y una dieta rica en calcio. La instauración de suplemento de calcio debe ser considerada cuando el consumo de lácteos es bajo, así como los suplementos de vitamina D si no hay una exposición al sol y la dieta es inadecuada.

- La realización de algún tipo de ejercicio físico nos puede ayudar a tener una mejor movilidad y mejor tono muscular, pero si hay algún tipo de problema para llevar a cabo algún tipo de actividad se puede mejorar con la ayuda de un fisioterapeuta.

- La fisioterapia también puede ayudar disminuir el dolor de espalda.

## PRÓTESIS DE CADERA



### ¿Qué es una prótesis de cadera?

La prótesis de cadera se utiliza para sustituir a esta articulación, especialmente en personas de edad avanzada y en caso de lesiones importantes. Puede ser parcial o total.

La cadera es una articulación de mucha movilidad y de gran uso, que garantiza el movimiento de la extremidad inferior. Cuando una afección provoca un mal funcionamiento de la cadera, el mejor tratamiento consiste en reemplazar la articulación destruida por una prótesis.

### ¿Qué materiales la componen?

Hoy por hoy se utilizan aleaciones metálicas, titanio, materiales cerámicos y polímeros, sólo estos materiales presentan las condiciones más adecuadas de resistencia, durabilidad y comportamiento ante los esfuerzos que sufrirán una vez implantados en el cuerpo humano.

Materiales del futuro. El perfeccionamiento de nuevos materiales en el sector de las prótesis es muy importante porque podría aportar soluciones a los problemas asociados con las prótesis actuales: desgaste, intolerancia, etc. Se están ensayando diversos tipos de materiales: materiales biodegradables, hidroxiapatitas, materiales compuestos (carbono-carbono, carbono-epoxi), zirconios, etc.

### ¿Cómo se fija una prótesis en el organismo?

Fijación de la prótesis en el hueso. Se efectúa con la ayuda de un cemento acrílico, que se utiliza en poca cantidad y permite rellenar los espacios entre el hueso y la prótesis. El empleo de este material presenta, no obstante, algunos inconvenientes: tiende a ser frágil, a alterarse con el tiempo y a provocar reacciones de defensa del organismo. Por todos estos motivos, se han elaborado nuevas prótesis que se colocan directamente sobre el hueso, sin aplicación de cemento. El principio de este tipo de prótesis es estimular el crecimiento del hueso de la cadera, gracias a las irregularidades de su superficie..



### ¿Qué piezas la componen?

Hay que diferenciar las prótesis parciales de las totales.

#### Las prótesis totales

Las prótesis totales sustituyen la cabeza femoral. La parte que se ancla en el fémur se llama vástago y se le añade una semiesfera o cabeza, que es la parte articular.

El vástago es anclado al hueso haciendo que su superficie sea rugosa o recubriéndola de hidroxiapatita. Si el hueso no es de buena calidad el anclaje se realiza mediante una capa de cemento especial entre el vástago y el hueso.

El cotilo protésico tiene una parte que se ancla a la pelvis y una pieza de polietileno que es la que contacta con la cabeza protésica. El anclaje al hueso puede ser a presión, atornillado, roscado o cementado.

### **Las prótesis parciales**

Las prótesis parciales sustituyen sólo la cabeza femoral, dejando la pelvis intacta. La cabeza protésica puede formar un bloque único con el vástago (prótesis tipo Thompson) o ser extraíble de forma aislada, lo que permitiría en un futuro convertirla en prótesis total.

Las prótesis de rescate o de recambio se utilizan cuando la primera prótesis ha desgastado el hueso y está suelta. Suelen tener mayor número de piezas para adecuarse a las zonas de pérdida de hueso.

### **¿Cuándo se indica el implante de una prótesis de cadera?**

El implante de una prótesis de cadera se indica cuando el tratamiento con medicación, fisioterapia u operaciones previas no consiguen mejorar un estado de dolor o invalidez graves, producidos por lesiones de la articulación de la cadera:

- Coxartrosis (artrosis de la cadera).
- Artritis reumática (artritis reumatoide, etc...).
- Necrosis de cabeza femoral (pérdida de la vitalidad del hueso).
- Fracturas desplazadas de cuello femoral. Son habituales en los ancianos por caídas al suelo.

Cuando los fragmentos de fractura están poco desplazados se puede intentar una operación de fijación de fragmentos (osteosíntesis) pero habitualmente están muy desplazadas, por lo que se indica la prótesis y su implantación en los primeros días para evitar una estancia prolongada en cama del anciano.

- Artrodesis (fusión de los dos huesos) de cadera previa, que provoca al paciente un dolor lumbar intenso.
- Tumores de cadera.

### **¿Qué tipo de prótesis conviene a cada paciente?**

Cuando no hay osteoporosis, el estado del hueso es bueno, se implantan prótesis sin cemento. Cuando existe una osteoporosis, o en personas mayores, se suele unir la prótesis al hueso mediante una capa de cemento especial de polimetilmetacrilato.

Se emplean las prótesis de rescate para sustituir prótesis que se han aflojado, deformidades graves de cadera (por ejemplo en las displasias) o en tumores de cadera, que requieren una gran extirpación de tejidos. Tienen más piezas y en algunos casos se pueden confeccionar a medida.

### **¿Qué puede hacer un paciente con una prótesis de cadera?**

- Debe acudir regularmente a la consulta de su traumatólogo, para detectar posibles aflojamientos u otros problemas.
- Debe evitar caminar por terreno irregular y los ejercicios de impacto como salto y carrera. No debe cargar pesos excesivos.
- Puede nadar con moderación y montar en bicicleta (mejor estática y sin resistencia para evitar caídas y no forzar la prótesis).
- Debe evitar en lo posible ciertos movimientos que fuerzan el encaje protésico y pueden provocar una luxación. Estos dependerán de la vía de abordaje.
- Debe cuidar su dentadura y acudir asiduamente a su dentista, para prevenir caries. Su dentista debe saber que es portador de prótesis. Si le extrae una muela deberá hacer profilaxis con antibiótico.
- Ante la sospecha de cualquier infección, aun banal, acudirá a su médico indicando que es portador de prótesis.
- Ante un dolor en la zona de la cadera consultará primero con su médico de cabecera, y si hay sospecha de infección o aflojamiento lo remitirá a su traumatólogo.
- Si aparece inflamación en la zona, acudirá a su hospital de referencia indicando que es portador de prótesis.

## *ALIMENTOS RICOS EN CALCIO*

**Si me recomiendan tomar de 1.000 a 1500 mg de calcio al día ¿Cómo puedo conseguirlo con los alimentos naturales?**

**La cantidad de calcio que tiene algunos alimentos se especifican en la tabla adjunta para que pueda aportar el calcio necesario recomendado.**

COMIDA	TAMAÑO DE LA PORCION	CALCIO (MG)
<b>Leche</b>		
Leche semidesnatada	200 ml	240
Leche desnatada	200 ml	244
Leche fresca	200 ml	236
Leche condensada	200 ml	560
Bebida de soja, enriquecida en calcio	200 ml	178
<b>Yogur y crema</b>		
Yogur bajo en grasa, fruta	150 g	210
Yogur bajo en grasa, natural	150 g	243
Nata ligera	cucharada 15 g	13
<b>Quesos</b>		
Emmental	50 g	590
Manchego	50 g	200
Bola	50 g	450
De Burgos	50 g	105
Camembert	40 g	94
Mozzarella	56 g	203
Parmesano	30 g	308
<b>Verduras</b>		
Brócoli	85 g	34
Acelga	90 g	90
Cardo	90 g	90
Perejil	50 g	95
Berros	20 g	34
Judías verdes	90 g	50
Habas	125 g	72
<b>Frutos secos</b>		
Almendras	50 g	125
Nueces	60 g	64

COMIDA	TAMAÑO DE LA PORCIÓN	CALCIO (MG)
Avellanas	50 g	125
Semillas de Sésamo	12 g	80
<b>Postres</b>		
Flan	120 g	166
Arroz con leche	200 g	176
Helado, leche, vainilla	75 g	75
Queso fresco, fruta	60 g	52
<b>Pescado</b>		
Sardinas en ceite	100 g	500
Boquerones fritos	80 g	688
Salmón	100 g	91
<b>Cereales y varios</b>		
Pasta	100 g	20
Arroz	100 g	10
Pan blanco	100 g	30
Pan integral	100 g	50
Pan de centeno	100 g	38
Bollo Suizo	50 g	55
Cacao	100 g	110
Chocolate	100 g	80
<b>Frutas</b>		
Albaricoques	160 g	117
Pasas de Corinto	50 g	47
Naranja pelada	160 g	75
Higos secos	50 g	53
<b>Legumbres</b>		
Garbanzo	100 g	130
Judías blancas y pintas	100 g	130
Lentejas	100 g	63
<b>Otros</b>		
Tortilla, queso	2 huevos	344
Macarrones con queso	220 g	374
Pizza, queso y tomate	410 g	873
Lasaña	420 g	420

## TIPOS DE OSTEOPOROSIS

Existen distintos tipos de osteoporosis.

La causa de la osteoporosis posmenopáusica es la falta de estrógenos, la principal hormona femenina que ayuda a regular el aporte de calcio a los huesos.

En general, los síntomas aparecen en mujeres de 51 a 75 años de edad, no obstante pueden empezar antes o después de esas edades. No todas las mujeres tienen el mismo riesgo de desarrollar una osteoporosis posmenopáusica.

La osteoporosis senil es el resultado de una deficiencia de calcio relacionada con la edad y de un desequilibrio entre la velocidad de degradación y de regeneración ósea.

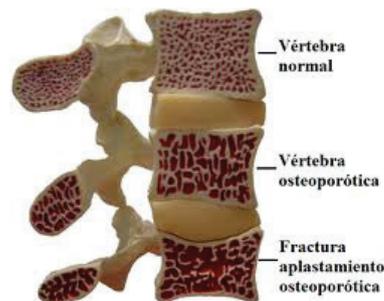
Afecta, por lo general, a mayores de 70 años y es dos veces más frecuente en las mujeres que en los varones. Las mujeres, con frecuencia, sufren ambas formas de osteoporosis, la senil y la posmenopáusica.

Aproximadamente menos del 5 por ciento de las personas que padecen osteoporosis sufre una osteoporosis secundaria (inducida por otros trastornos de salud o por fármacos). Puede ser consecuencia de ciertas enfermedades, como la insuficiencia renal crónica y ciertos trastornos hormonales (especialmente del tiroides, las paratiroides o las suprarrenales) o de la administración de ciertos fármacos, como corticosteroides, barbitúricos, anticonvulsivantes.

Así mismo, el consumo excesivo de alcohol y tabaco agrava la osteoporosis.

La osteoporosis juvenil idiopática es una enfermedad poco frecuente, de causa desconocida.

Aparece en niños y adultos jóvenes, sin trastornos hormonales ni carencias de vitaminas, y que no presentan ninguna razón evidente para tener huesos débiles.



### SÍNTOMAS

La osteoporosis no produce síntomas en un primer momento debido a la lenta disminución de la densidad ósea, especialmente entre los afectados por la osteoporosis senil.

En otras personas aparecen dolor y deformaciones cuando la reducción de la densidad ósea es tan importante que los huesos se aplastan o fracturan. El dolor crónico de espalda puede aparecer por el aplastamiento de las vértebras (fracturas por aplastamiento vertebral). Las vértebras debilitadas pueden romperse de forma espontánea o como consecuencia de un pequeño golpe. Por lo general, el dolor empieza de manera súbita, se localiza en una zona determinada de la espalda y empeora al estar de pie o al andar. Puede aparecer dolor al tacto y, habitualmente, el dolor desaparece de forma gradual al cabo de unas semanas o meses. Si se fracturan varias vértebras, puede producirse una curvatura anormal de la columna vertebral (joroba), causando distensión muscular y dolor.

La fractura de cadera es una de las más graves siendo la causa principal de invalidez y pérdida de autonomía en personas de edad avanzada. También es frecuente la fractura de uno de los huesos del brazo (el radio), en el punto de articulación con la muñeca (fractura de Colles). Además, las fracturas tienden a curarse lentamente en individuos que sufren osteoporosis.

### DIAGNÓSTICO

En caso de sufrir una fractura, y para saber si es debida a la osteoporosis se tiene que realizar un estudio médico que constara de varias pruebas complementarias.

La osteoporosis se puede diagnosticar antes de que se produzca una fractura mediante pruebas que miden la densidad de los huesos. La más precisa de estas pruebas es la absorciometría de rayos X de energía doble (densitometría ósea). Este examen es indoloro, no presenta ningún riesgo y tiene una duración de 5 a 15 minutos.

Esta será útil para las mujeres con alto riesgo de osteoporosis y aquellas en quienes el diagnóstico es incierto, o para valorar con precisión los resultados del tratamiento.

### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

La prevención de la osteoporosis es más eficaz que su tratamiento y consiste en mantener o aumentar la densidad ósea mediante el consumo de una cantidad adecuada de calcio, la práctica de ejercicios físico adaptado a la edad, y mantener los niveles de vitamina D recomendables y en algunos casos la administración de fármacos.

El consumo de una cantidad adecuada de calcio es eficaz, sobre todo antes de alcanzar la máxima densidad ósea (alrededor de los 30 años), pero también después de esa edad. Hacer una ingesta de al menos de cuatro porciones de algún alimento que contenga calcio y mantener los niveles de vitamina D, ayuda a aumentar la densidad ósea en mujeres sanas de mediana edad. Sin embargo, muchas mujeres necesitan aportes externos de calcio y/o vitamina D.

Los ejercicios que implican soportar el peso corporal, como andar y subir escaleras, aumentan la densidad ósea. Por el contrario, los ejercicios como la natación, en los que no se soporta el propio peso, no parecen aumentar la densidad.

En el caso de los varones que padecen osteoporosis se administran calcio y suplementos de vitamina D, especialmente cuando las pruebas muestran que presentan unos aportes insuficientes. También la administración de testosterona, en caso de que el valor de ésta sea bajo, como en los casos de osteoporosis por hipogonadismo.

Se deben tratar las fracturas que aparecen como resultado de la osteoporosis. Cuando las vértebras se rompen y causan un dolor de espalda intenso, se usan soportes ortopédicos, analgésicos y fisioterapia; sin embargo, el dolor persiste durante mucho tiempo.

## **PROGRAMA PRELIMINAR I CONGRESO PACIENTES**

### **Viernes 21 de marzo de 2014**

**15:00-16:00h.** Recepción y recogida de inscripciones

**16:00- 16:15h.** Inauguración

Dres. Santiago Muñoz/ Manuel Castaño

**16:15-18:15 Bloque I**

Moderadores: **Pdte. confirmación**

**16:15-16:45h.** Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

Ponente: Dra. Txaro García de Vicuña

**16:45-17:15h.** Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el SNS.

Ponente: Ministerio de Sanidad

**17:15-17:45h.** La discapacidad en España: tramitación, informes médicos, etc.

Ponente: **Pdte. confirmación**

**17:45-18:15h.** Papel de las asociaciones de pacientes. Movimiento asociativo

Ponente: Giovanna Gabrielle (Universidad de Pacientes)

**18:15-18:45 PAUSA CAFÉ**

**18:45-20:45 Bloque II**

Moderadores: **Pdte. confirmación**

**18:45-19:15h.** Manejo del dolor crónico

Ponente: Dr. Javier Vidal

**19:15-19:45h.** Obesidad y sedentarismo: una enfermedad en progresión

Ponente: **Pdte. confirmación**

**19:45-20:15h.** Embarazo y enfermedades reumáticas

Ponente: Dra. María José Cuadrado

**20:15-20:45h.** Las enfermedades reumáticas en los niños

Ponente: Dr. Juan Carlos López Robledillo

### **Sábado 22 de marzo de 2014**

**9:00-11.00h. Bloque III**

Moderadores: **Pdte. confirmación**

**9:00-9:30h.** Hábitos de vida saludables. Alimentación y deporte

Ponente: Dr. Miguel Ángel Caracuel.

**9:30-10:00h.** Sexualidad y enfermedades reumáticas

Ponente: **Pdte. confirmación**

**10:00-10:30h.** (Prevención de: riesgo cardiovascular, infecciones, etc. ) Medicina preventiva en las enfermedades crónicas

Ponente: Dr. Javier Calvo

**10:30-11:00h.** La “invisibilidad” de la enfermedades orgánicas y sus implicaciones en las relaciones sociales (familia, trabajo, amigos...). Testimonio paciente o psicólogo

Ponente: **Pdte. confirmación**

**11:00-11:30h. PAUSA CAFÉ**

**11:30-13:30h. Bloque IV**

Moderadores: **Pdte. confirmación**

**11:30-12:00h.** Los biosimilares y las equivalencias terapéuticas.

Ponente: Juan Vicente Esplugues Mota

**12:00-12:30h.** ¿Cómo se hacen los ensayos clínicos? (Información sobre cómo se desarrolla un ensayo clínico)

Ponente: Dr. Jose María Álvaro-Gracia

**12:30-13:00h.** El papel de enfermería

Ponente: Amelia Carbonell (Enfermera Alicante)

**13:00-13:30h.** Importancia de Atención Primaria

Ponente: **Pdte. confirmación**

Sergio Gutiérrez (SEMERGEN) Es el presidente

**13:30-14:00h.** La relación médico-paciente

Ponente: Prof. Eliseo Pascual

**14:00-14:15h.** Clausura

Dres. Santiago Muñoz/Manuel Castaño

AECOS, ha formado parte activa del Comité Científico de este I Congreso de Pacientes, en la elaboración de este programa, por lo que os hacemos extensible la invitación a este I Congreso a todos aquellos que deseáis asistir. Para poder realizar la inscripción es necesario que os pongáis en contacto con la Asociación en horario de mañana de 11:00 a 14:00, llamando al teléfono: **91 431 22 58**



## Plum-cake de salmón y espinacas

### Ingredientes

- |  |   |
|--|---|
| 1 paquete de pasta Brisa.  | 1 cebolla grande.                       |
| 600g de espinacas baby (2 bolsas).                                 | 1 diente de ajo.                        |
| 500g de salmón fresco sin piel ni espinas (preferiblemente lomos). | Aceite de oliva virgen, sal y pimienta. |
| 6 huevos.  | Un molde de plum-cake (26cm x 10cm)     |
| 6 u 8 lonchas de queso que funda bien.                             |   |

### Preparación

- Precalentamos el horno a 200°.
- Cocemos 3 huevos durante seis minutos. Pelamos y reservamos enteros.
- Echamos la cebolla y el ajo cortado en trocitos muy pequeños. Una vez que se han ablandado incorporamos las espinacas y rehogamos hasta que pierdan volumen (tres minutos aprox.) Deben perder su agua, si fuera necesario se ponen a escurrir un poco. Reservamos.
- Cortamos el salmón en tiras alargadas y anchas. Reservamos.
- Forramos un molde de plum-cake o similar de paredes altas, con la pasta brisa.
- Colocamos las lonchas de queso alrededor del molde.
- Batimos dos huevos y los mezclamos con las espinacas rehogadas.
- Echamos una base de las espinacas y sobre éstas tiras de salmón.
- Rellenamos de nuevo con espinacas.
- Colocamos los huevos cocidos enteros (la punta del huevo hacia abajo) a lo largo del molde.
- Rellenamos con espinacas, salmón y terminamos con espinacas.
- Cerramos el pastel con la masa y lo pintamos con huevo batido.
- Horneamos a 200° durante 30 ó 40 minutos.
- Desmoldamos y servimos acompañado de salsa de tomate, salsa de yogur u otra salsa.



## Bombón crunch sobre crema inglesa

### Ingredientes

- |  |   |
|--|---|
| ½ tableta de chocolate negro 60 ó 70%.   | 2 yemas de huevo.   |
| 30gr de almendras tostadas.  | 5 ó 6 cucharadas de azúcar (75 ó 90gr aprox.)                   |
| 30gr de avellanas tostadas.  | Dos cucharadas de nata o mantequilla (para fundir el chocolate) |
| 30gr de arroz inflado.   | Ralladura de limón.   |
| ½ l de leche entera (se puede mezclar al 50% con nata o leche evaporada para que salga más cremosa). |   |

### Preparación

- Derretimos el chocolate con la nata o mantequilla en el microondas.
- Partimos en trocitos los frutos secos y mezclamos con el chocolate, añadimos el arroz inflado dejando que se temple la mezcla.
- Con dos cucharitas vamos cogiendo porciones y extendemos montoncitos en papel de horno. Reservamos.
- Calentamos la leche con la ralladura de un limón y retiramos poco antes de empezar a hervir.
- Batimos las dos yemas con el azúcar hasta que la mezcla esté blanquecina y suave.
- Colamos la leche y mezclamos poco a poco con los huevos. Una vez incorporada, volvemos a poner al fuego la mezcla moviendo constantemente para que no se agarre hasta que espese.
- Colamos la crema para que nos quede más fina.
- Enfriamos y servimos con dos bombones sobre la misma.

Recetas a cargo de Rosario López Sola



## I CONGRESO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS” 21 Y 22 DE MARZO DE 2014

La Sociedad Española de Reumatología (SER) lanza el I Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas, con la finalidad de ser un punto de encuentro y un foro informativo en el cual se abordarán diversos aspectos de interés para este tipo de afectados, y se dará cabida a las inquietudes y necesidades de este colectivo de pacientes. El encuentro tendrá lugar en el **Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (C/ Santa Isabel, 51).**

Según el responsable de la Comisión de Relaciones con Pacientes y vicepresidente de la SER, el Dr. Manuel Castaño, “se ha intentado crear un escenario común en el que los pacientes puedan informarse sobre diversos aspectos relacionados con sus patologías de forma fiable y cercana, ya que se ha detectado una falta de información, desconocimiento o dudas en muchos aspectos, tanto para enfermos recién diagnosticados como para aquellos de larga duración, puesto que en la consulta, en muchas ocasiones, no se atreven a abordarlas con su reumatólogo”.

Con este encuentro, -añade- “se quiere acercar las enfermedades reumáticas a los pacientes, para que se informen sobre ellas y no sólo las padezcan. Y se busca hacerlo en un entorno de confianza y colaboración mutua, en la que todos podamos aprender y adquirir nuevas experiencias”. El objetivo principal es que se convierta en un foro de interés, que genere conocimiento y sea de utilidad para los asistentes. Así, la SER apuesta por mejorar la calidad de vida de estos pacientes, por lo que impulsará otro tipo de proyectos e iniciativas que sirvan para este fin.

De este modo, por vez primera, se darán cita en un foro común pacientes con artritis reumatoide, osteoporosis, lupus, espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren, entre otras muchas patologías

reumáticas. En concreto, en España se estima que uno de cada cuatro adultos (de más de 20 años) padece algún tipo de afección reumática, según el estudio EPISER, lo que las convierte en las patologías crónicas más prevalentes de este país.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad también ha formado parte activa del Comité Científico de este I Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas.

### Temas del Congreso

En este I Congreso se tratarán temas de interés general para los pacientes, como la discapacidad, el dolor crónico, hábitos de vida saludables, el manejo del dolor crónico o la sexualidad en las enfermedades reumáticas. Aunque también se abordarán temas de actualidad como los fármacos biosimilares y las alternativas terapéuticas equivalentes, la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud; y otros aspectos relacionados con este colectivo como el papel de Atención Primaria y Enfermería o el movimiento asociativo de pacientes.

En este marco de actividades también se va a organizar una carrera y marcha popular en apoyo a las patologías reumáticas. El objetivo es apoyar y concienciar sobre la importancia de realizar actividad física para estos pacientes, y la recaudación que se obtenga se destinará de forma íntegra a la puesta en marcha del II campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas de la SER.

Unidad Gestión del Conocimiento  
Sociedad Española de Reumatología

### Socios corporativos de la FHOEMO

- AMGEN.
- CERVEZA Y SALUD.
- DANONE.
- G.E. MEDICAL SYSTEM. LUNAR.
- GLAXO SMITHKLINE.
- GRUPO FERRER.
- ITALFARMACO.
- LECHE PASCUAL.
- LILLY.
- MERCK SHARP & DOHME.
- PFIZER.
- PULEVA.
- ROVI.
- SERVIER.

### Actividades y servicios de AECOS

#### Programas de salud:

- Conferencias informativas.
- Programas de gimnasia y ejercicio.
- Grupos de ayuda mutua.
- Voluntariado.

#### Actividades y servicios de AECOS:

- Excursiones.
- Talleres diversos.
- Paseos osteosaludables.

#### Publicaciones:

- Boletín trimestral.
- Material divulgativo.
- Guía de servicios para los asociados.

#### Información:

- Telefónica.
- Postal.
- e-mail.

## SALUD HUESO

Boletín de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO)

Publicación trimestral con la colaboración institucional de:



Secretaría: Fernando el Católico, 13-Oficina B  
28015 Madrid

AECOS: Tel./Fax: 91 431 22 58

FHOEMO: Tel./Fax: 91 578 35 10

<http://www.aecos.es>

e-mail: [info@aecos.es](mailto:info@aecos.es)

Edita: FHOEMO

Comité Editorial:

Director: A.Torrijos.

Vocales: C. Sánchez y B. Soto