

Test de Riesgo de Osteoporosis

Comprenda el estado de su salud ósea **en un minuto**

Aquello que usted no puede cambiar: sus antecedentes familiares

1. ¿A alguno de sus padres le diagnosticaron osteoporosis o alguno de ellos se rompió un hueso después de una caída leve (una caída estando de pie o sentado)?

SI NO

2. ¿Alguno de sus padres tiene “joroba”?

SI NO

Sus factores clínicos personales

Se trata de factores de riesgo fijos, con los que se nace o que no se pueden modificar. Pero no significa que los deba ignorar. Es importante ser consciente de los riesgos fijos, de manera que pueda tomar medidas para reducir la pérdida de mineral óseo.

3. ¿Tiene 40 años de edad o más?

SI NO

4. ¿Alguna vez, durante su edad adulta, se quebró un hueso después de una caída leve?

SI NO

5. ¿Se cae con frecuencia (más de una vez durante el último año) o teme caerse?

SI NO

6. Después de los 40 años, ¿perdió más de 3 cm de altura?

SI NO

7. ¿Presenta usted bajo peso (es su índice de Masa Corporal, IMC, inferior a 19 kg/m²)? (Véase “Cómo calcular su IMC”)

SI NO

8. Los corticoides suelen indicarse en caso de enfermedades, como por ejemplo, asma, artritis reumatoidea y algunas enfermedades inflamatorias. ¿Alguna vez tomó corticoides (cortisona, prednisona, etc.) durante más de 3 meses consecutivos?

SI NO

9. ¿Alguna vez le diagnosticaron artritis reumatoidea?

SI NO

10. ¿Alguna vez le diagnosticaron hipertiroidismo o hiperparatiroidismo?

SI NO

Para las mujeres

11. Para las mujeres mayores de 45 años: ¿Su menopausia se produjo antes de los 45 años?

SI NO

13. ¿Sus menstruaciones alguna vez se interrumpieron durante 12 meses consecutivos o más por razones ajenas al embarazo, menopausia o histerectomía?

SI NO

14. ¿Le extirparon los ovarios antes de los 50 años sin que usted realizara Tratamiento de Reemplazo Hormonal?

SI NO

Para los hombres

14. ¿Alguna vez sufrió de impotencia, falta de libido u otros síntomas relacionados con bajos niveles de testosterona?

SI NO

Aquello que usted puede cambiar: sus factores relacionados con el estilo de vida

Factores de riesgo que pueden modificarse y que surgen, principalmente, por elecciones en la dieta o el estilo de vida.

15. ¿Bebe alcohol en exceso periódicamente (más de 2 unidades por día)? (Véase: “Cómo calcular su consumo de alcohol”)

SI NO

16. ¿Fuma o ha fumado cigarrillos alguna vez?

SI NO

17. ¿Es su nivel diario de actividad física inferior a 30 minutos por día (quehaceres domésticos, jardinería, caminata, carrera, etc.)?

SI NO

18. ¿Evita usted consumir leche o productos lácteos, o es alérgico a ellos, y no toma suplementos de calcio?

SI NO

19. ¿Pasa usted menos de diez minutos al día al aire libre (con parte de su cuerpo expuesto al sol), y no toma suplementos de vitamina D?

SI NO

INTERPRETACIÓN DE SUS RESPUESTAS:

Si respondió “sí” a alguna de estas preguntas no quiere decir que usted tiene osteoporosis. Las respuestas afirmativas significan, simplemente, que usted presenta factores de riesgo probados clínicamente que pueden conducir a osteoporosis y fracturas.

Por favor, **muéstrole esta prueba de riesgo a su médico** o profesional de salud, que probablemente le aconsejará realizar un estudio de densidad mineral ósea (DMO), y que lo asesorará, en caso de ser necesario, acerca del tratamiento recomendado.

Si usted presenta pocos o ningún factor de riesgo, debe, de todos modos, conversar con el médico sobre su salud ósea y **controlar sus riesgos** para el futuro. También debe conversar sobre la osteoporosis con su familia y amigos, y alentarlos a realizar esta prueba.

Puede obtener más información, calcular su IMC y contactar con la sociedad de osteoporosis local visitando:

www.iofbonehealth.org

Y no olvide darle este Test de Riesgo de Osteoporosis en Un Minuto a sus familiares y amigos.