



Menoguía

Osteoporosis: Prevención y tratamiento

¿Cómo prevenir y tratar la osteoporosis?

¿Cuánto calcio hay que tomar?

Web: www.aeem.es

Sus dudas sobre salud y menopausia en nuestra sección "El experto responde"
Supervisada por los ginecólogos miembros de esta sociedad científica

aeem@aeem.es



Las MenoGuías de la AEEM ofrecen material informativo para dar respuesta, en un lenguaje sencillo, a las cuestiones básicas que se plantea la población en general.

Esta información no pretende ser un sustituto del consejo médico, diagnóstico o tratamiento. Busque siempre la opinión de su propio médico u otro profesional sanitario cualificado respecto a cualquier duda.

Autor: Rafael Sánchez Borrego (*Barcelona*)

Editor Invitado: Antonio Cano Sánchez (*Valencia*)

Actualización de la información: 2013

© 2013 AEEM.

Primera edición: Noviembre 2013

Edición, realización y producción: Aureagràfic, s.l. (Tel.: 93 330 49 00)

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de ningún modo ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o xerocopia, sin permiso previo.

Osteoporosis: sí, se puede aumentar la densidad ósea

La osteoporosis es un problema común que hace que los huesos se vuelven anormalmente delgados, débiles y quebradizos. Las mujeres corren un mayor riesgo de osteoporosis después de la menopausia, debido a los menores niveles de estrógenos, una hormona femenina que ayuda a mantener la masa ósea. ¿Qué se puede hacer? ¿Es posible prevenirla? ¿Cuánto calcio hay que tomar al día y qué alimentos lo aportan?

El organismo está constantemente descomponiendo el hueso antiguo y fabricando hueso nuevo. Si usted sufre osteoporosis, su organismo descompone el hueso con más velocidad de la que lo forma y, por eso, va perdiendo hueso gradualmente. El hueso se vuelve más fino y frágil, sobre todo después de la menopausia.

Muchas personas con osteoporosis no sufren síntomas e incluso ignoran su enfermedad. Sin embargo, la osteoporosis aumenta el riesgo de fracturas (rotura del hueso), sobre todo en la columna vertebral, las caderas y las muñecas.

Afortunadamente, se dispone de tratamientos preventivos que pueden ayudar a mantener o aumentar la densidad ósea. Para las que ya estén afectas por la osteoporosis, el diagnóstico temprano de pérdida ósea y la evaluación del riesgo de fractura son esenciales ya que las terapias disponibles pueden reducir la posterior pérdida ósea o aumentar la densidad ósea.

Prevención de la osteoporosis

Algunos de los tratamientos más importantes para la prevención de la osteoporosis incluyen la dieta, el ejercicio y no fumar.

Alimentación

Una dieta óptima para prevenir o tratar la osteoporosis incluye consumir una cantidad adecuada de calorías, así como cantidades óptimas de calcio y vitamina D, que son esenciales para ayudar a mantener la formación ósea y la densidad mineral adecuadas.

¿Cuánto calcio al día?

Los expertos recomiendan que las mujeres premenopáusicas consuman por lo menos 1.000 mg de calcio por día, lo que incluye calcio en los alimentos y bebidas, además de suplementos de calcio. Las mu-

eres posmenopáusicas deben consumir 1.200 mg de calcio al día (total de la dieta y suplementos). Sin embargo, usted no debe tomar más de 2.000 mg de calcio por día debido a la posibilidad de efectos secundarios.

Las principales **fuentes dietéticas de calcio** incluyen la leche y otros productos

lácteos, como queso, yogurt y verduras verdes, como la col rizada y el brócoli. Una forma aproximada de estimar la ingesta de calcio en la dieta consiste en multiplicar el número de raciones de productos lácteos que se consumen cada día por 300 mg.

¿Qué puedo hacer frente a los síntomas?

ALIMENTO	CALCIO, MILIGRAMOS
Leche (descremada, 2%, o en su totalidad)	300
Yogur	250
Zumo de naranja (enriquecida con calcio, 1 vaso)	300
Queso (1 porción)	195-335 (queso seco = más calcio)
Requesón (1/2 porción)	130
Helado	100
Leche de soja (1 vaso)	100
Verduras verdes (1/2 plato cocido)	50-135
Almendras (24 unidades)	70
Naranja (1 mitad)	60

Sugerimos suplementos de calcio (carbonato de calcio o citrato de calcio) para las mujeres que no puedan obtener suficiente calcio en su dieta. Dosis de calcio superiores a 500 mg/día se deben tomar en dosis divididas (por ejemplo, por la mañana y noche).

Ingesta de vitamina D

Los expertos recomiendan que las mujeres posmenopáusicas consuman 800 unidades internacionales (UI) de vitamina D

todos los días. Esta dosis parece reducir la pérdida ósea y la tasa de fracturas en mujeres mayores que tienen una ingesta adecuada de calcio (descrita anteriormente). Aunque la dosis óptima no se ha establecido claramente en mujeres premenopáusicas, por lo general se sugiere **600 unidades internacionales de vitamina D al día**.

La leche enriquecida con vitamina D es una fuente primaria dietética de vitamina D, que contiene aproximadamente 100 UI por cada taza. Se recomiendan suplementos de vitamina D para todas las pacientes con os-

teoporosis cuya ingesta de vitamina D esté por debajo de 400 UI por día.

Suplementos protéicos

Los suplementos de proteínas se puede recomendar en algunas personas para asegurar la ingesta suficiente de proteínas. Esto puede ser particularmente importante para aquellas que ya han tenido una fractura osteoporótica.

Ingesta de alcohol, cafeína, y sal

Beber alcohol en exceso (más de tres bebidas al día) puede aumentar el riesgo de fractura debido a un mayor riesgo de caídas, la mala alimentación, etc, por lo que debe ser evitado.

La restricción de la cafeína o la sal no ha demostrado prevenir la pérdida ósea en las personas que consumen una cantidad adecuada de calcio.

Ejercicio

El ejercicio puede disminuir el riesgo de fractura mediante **la mejora de la masa ósea** en mujeres premenopáusicas y ayudando a mantener la densidad ósea de las mujeres después de la menopausia. Por otra parte, el ejercicio puede disminuir la tendencia a caerse debido a la debilidad. La actividad física reduce el riesgo de fractura de cadera en mujeres mayores como resultado de incrementar la fuerza muscular. Se recomienda hacer ejercicio por lo menos 30 minutos tres veces por semana.

Los beneficios del ejercicio se pierden rápidamente al abandonar su práctica. Un régimen mantenido de ejercicios, con carga de peso, que una persona disfruta aumenta la posibilidad de que la persona continúe a largo plazo.

Fumar

Dejar de fumar es muy recomendable para la salud ósea, ya que fumar acelera la **pérdida de masa ósea**. Un estudio sugirió que las mujeres que fuman un paquete al día durante la edad adulta tienen una reducción del 5 a 10% en la densidad ósea a la menopausia, lo que resulta en un aumento del riesgo de fractura.

Caídas

Las caídas aumentan significativamente el riesgo de fracturas por osteoporosis en adultos mayores. La adopción de medidas para prevenir las caídas puede reducir el riesgo de fracturas. Dichas medidas pueden incluir:

- Evitar las alfombras y cables eléctricos sueltos o cualquier otro elemento suelto en el hogar que pudiera dar lugar a **tropiezos, resbalones y caídas**.
- Proporcionar una **iluminación** adecuada en todas las áreas dentro y alrededor del hogar, incluyendo las escaleras y entradas.
- Evitar caminar sobre **superficies resbaladizas**, como hielo o pisos mojados o encerados.
- Evitar caminar por **zonas desconocidas**.

- Revisar los regímenes de medicamentos sustituyendo aquellos **medicamentos** que puedan aumentar el riesgo de caídas por otros que tengan menos probabilidades de hacerlo.
- Visita a un **oftalmólogo u optometrista** con regularidad para obtener las gafas óptimas.

Medicaciones

Un tratamiento prolongado y/o dosis altas de ciertos medicamentos pueden aumentar la pérdida de hueso. El uso de estos medicamentos debe ser supervisado por un médico y reducirlos o suspenderlos cuando sea posible. Dichos medicamentos incluyen:

- **Glucocorticoides** (por ejemplo, prednisona).
- **Heparina**, una medicación usada para prevenir o tratar anomalías de la coagulación de la sangre (por ejemplo, anticoagulantes).
- **Vitamina A** y ciertos **retinoides sintéticos** (por ejemplo, etretinato).
- Ciertos fármacos **antiepilépticos** (por ejemplo, fenitoína, carbamazepina, primidona, fenobarbital, y valproato).

Medicamentos para la osteoporosis

Las medidas no farmacológicas mencionadas anteriormente pueden ayudar a reducir la pérdida ósea. Un medicamento también se puede recomendar para ciertas mujeres que tengan o que estén en riesgo de osteoporosis.

¿Quién necesita tratamiento farmacológico?

Las personas con mayor riesgo de fractura son las que tienen más probabilidades de beneficiarse de la terapia con medicamentos. Se recomienda el tratamiento farmacológico en aquellas mujeres posmenopáusicas con antecedentes de fractura vertebral o de cadera o con osteoporosis, con índices de *T-score* menores o iguales a 2,5. Estos parámetros indican la cantidad de densidad mineral en el hueso. Los resultados negativos indican que hay una densidad ósea menor.

También se recomienda tratamiento farmacológico para las personas con osteopenia, patología precursora de la osteoporosis. Es decir, mujeres con índices

Puntuaciones T

CATEGORÍA	MASA ÓSEA
Normal	Un valor de densidad mineral ósea (DMO) dentro de una desviación estándar de la referencia media de mujeres adultas jóvenes (T-score mayor o igual a -1 DE).
Baja masa ósea (osteopenia)	Un valor de DMO mayor de una, pero menor a 2,5 desviaciones estándar por debajo de la referencia media de mujeres adultas jóvenes (T-score menor que -1 y mayor que -2,5).
Osteoporosis	Un valor de DMO 2,5 o más desviaciones estándar por debajo de la referencia media de mujeres adultas jóvenes (T-score menor o igual a -2,5).
Osteoporosis severa (establecida)	Un valor de DMO más de 2,5 desviaciones estándar por debajo de la referencia de la media de mujeres adultas jóvenes en presencia de una o más fracturas por fragilidad.

Categorías de diagnóstico para osteopenia y osteoporosis basado en la medición de densidad mineral ósea.

T-score de -1,0 a -2,5 que tengan, además, otros factores de riesgo de fractura. Han aparecido herramientas clínicas para calcular la probabilidad de riesgo de cada persona.

Terapia hormonal de la menopausia

En el pasado, la terapia de estrógenos solos o combinados con gestágenos se consideró la mejor manera de prevenir la osteoporosis posmenopáusica y a menudo se utilizó para el tratamiento. **Los datos del Women's Health Initiative (WHI)**, un ensayo clínico a gran escala, mostró que **la terapia combinada con estrógenos-progestágenos** redujo el riesgo de fractura vertebral y de cadera en un 34%. Una reducción similar del riesgo de fractura se observó en las mujeres que tomaron estrógenos solos.

Los estrógenos tienen la ventaja adicional de controlar los síntomas menopáusicos. Sin embargo, el estudio WHI encontró que la terapia con estrógenos más progestágenos no reducía el riesgo de enfermedad coronaria, y aumentaba ligeramente el riesgo de cáncer de mama, accidente cerebrovascular y coágulos de sangre.

Sin embargo, aquellas mujeres posmenopáusicas que utilizan estrógenos para alivio de sus síntomas de la menopausia y las que no pueden tolerar otros tipos de tratamiento para la osteoporosis, están protegidas frente a la pérdida ósea. Por lo tanto, no son necesarios medicamentos adicionales para prevenir la pérdida ósea.

Los estrógenos pueden ser un tratamiento apropiado para la prevención de la osteoporosis en las **mujeres jóvenes cuyos ovarios no producen estrógenos**. Este tratamiento se puede administrar en forma de

parche para la piel o por vía oral, como una píldora anticonceptiva.

Medicamentos "simuladores de los estrógenos"

Ciertos medicamentos, conocidos como moduladores selectivos de los receptores de estrógeno, **SERMs**, en inglés, **sin ser hormonas** producen efectos similares a los estrógenos en el hueso. Estos medicamentos proporcionan protección contra la pérdida ósea en la posmenopausia. Además, los SERMs disminuyen el riesgo de cáncer de mama en las mujeres que están en alto riesgo. Los SERMs actualmente disponibles incluyen a **bazedoxifeno, raloxifeno y tamoxifeno**.

Los SERMs no son recomendables para las mujeres que no han alcanzado la menopausia.

Bisfosfonatos

Los bisfosfonatos son fármacos que retardan la descomposición y eliminación de hueso (es decir, la reabsorción). Son ampliamente utilizados para la prevención y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Estos medicamentos deben tomarse a primera hora de la mañana con el estómago vacío y con un vaso grande de agua (no gaseosa). Entonces debe esperar:

- Por lo menos media hora (con alendronato y risedronato) antes de comer o de tomar otros medicamentos.

- Por lo menos una hora (con ibandronato) antes de comer o de tomar otros medicamentos.

Estas instrucciones de dosificación ayudan a reducir el riesgo de efectos secundarios y potenciales complicaciones.

Las pacientes deben permanecer en posición vertical (sentada o de pie) durante al menos 30 minutos después de tomarse cualquier bisfosfonato oral para reducir al mínimo el riesgo de reflujo.

Efectos secundarios de los bifosfonatos

La mayoría de las personas que toman bisfosfonatos no tienen efectos secundarios graves por la medicación. Sin embargo, es importante cumplir las instrucciones de la toma de medicación. **Recostarse o comer antes del tiempo** recomendado tras tomar una dosis, por ejemplo, aumenta el riesgo de malestar estomacal.

Ha habido preocupación por el uso de los bisfosfonatos en personas que requieren algún tipo de **intervención dental** invasiva. Un problema conocido como necrosis avascular u osteonecrosis de la mandíbula se ha desarrollado en personas que usaron los bisfosfonatos. El riesgo de este problema es muy pequeño en las personas que toman bisfosfonatos para la prevención y tratamiento de osteoporosis. Sin embargo, existe un riesgo ligeramente mayor de este problema cuando se administran dosis altas de bisfosfonatos intra-

venosos durante algún tratamiento contra el cáncer.

No es necesario para la mayoría de la gente interrumpir la toma de bisfosfonatos antes de alguna intervención dental (por ejemplo, la extracción de un diente o un implante). Sin embargo, las personas que toman un bisfosfonato como parte de un tratamiento para el cáncer deben consultar a su médico antes de que se les practique cualquier intervención dental.

Ranelato de estroncio

El ranelato de estroncio es un medicamento no hormonal que reduce el riesgo de fracturas en la columna y en la cadera. El ranelato de estroncio reduce la descomposición ósea y estimula la nueva formación de hueso, y por tanto, disminuye el riesgo de fracturas.

Este medicamento podría enmascarar el resultado de las densitometrías, al permanecer adherido al tejido óseo.

Antes de iniciar el tratamiento con ranelato de estroncio **consulte** con su médico:

- Si sufre una enfermedad renal grave,
- Si está o ha estado en tratamiento por algún problema de coagulación,
- Si tiene que permanecer en la cama durante un largo periodo de tiempo o va a ser operada. El riesgo de trombosis venosa (coágulos de sangre en las piernas) aumenta cuando se prolonga la inmovilización,
- Este medicamento no debe administrarse a niños y adolescentes.

Durante el tratamiento, si sufre una **reacción alérgica** (como inflamación de la cara, lengua o garganta, dificultad para respirar o tragar, erupción cutánea), debe interrumpir inmediatamente su tratamiento con esta sustancia y acudir al médico.

Los alimentos, **la leche y los productos lácteos**, reducen la absorción del ranelato de estroncio. Se recomienda tomar este medicamento separado de las comidas, preferiblemente al acostarse y al menos 2 horas después de tomar alimentos, leche o productos lácteos o suplementos de calcio.

Denosumab

El denosumab es un anticuerpo dirigido contra un factor (RANKL) involucrado en la formación de las células que descomponen el hueso. Denosumab mejora la densidad mineral ósea y reduce las fracturas en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis. Se administra como una inyección bajo la piel una vez cada seis meses. A pesar de que denosumab es generalmente bien tolerado, los efectos secundarios pueden incluir **infecciones de la piel** (celulitis) y eczema. También puede producir una disminución leve y transitoria de los niveles de calcio en la sangre, pero esto no suele ser un problema en pacientes con buena función renal, que está tomando suficiente calcio y vitamina D.

Denosumab no se debe administrar a pacientes con niveles bajos de calcio hasta que se corrijan.

Hormona paratiroidea (PTH)

La PTH es producida por las glándulas paratiroides y estimula la resorción ósea y la formación de hueso nuevo. La administración intermitente estimula la formación más que la reabsorción. Los ensayos clínicos sugieren que la terapia con PTH es eficaz en la prevención y el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Un preparado de PTH, administrado mediante una inyección diaria, está aprobado para el tratamiento de la osteoporosis severa durante dos años. **Es más eficaz en la construcción de la densidad ósea de la columna y en la reducción del riesgo de fractura de columna que cualquier otro tratamiento.** Debido a que requiere una inyec-

ción diaria y es caro, por lo general se reserva para pacientes con osteoporosis severa de la cadera o la columna vertebral (T-score <-2,5 y una fractura relacionada con la osteoporosis). No se recomienda para las mujeres premenopáusicas.

Seguimiento del tratamiento

La evaluación puede estar recomendada para monitorizar la respuesta de una persona a la terapia para la osteoporosis. Esto puede incluir la práctica de una densitometría o pruebas analíticas que indican el remodelado óseo (es decir, la tasa de formación de hueso nuevo y la ruptura). 

IX GALARDÓN AEEM

Entrevista a Ana Hurtado, la plenitud en persona

“Una comedia musical que hará que todas las espectadoras se sientan orgullosas de su condición femenina”. Así presentaba la productora Uhura Films S.L. la obra *Sofocos* en su página web, un hito en la historia del teatro en España pero, sobre todo, en la historia de la menopausia.

Y es que, no es extraño que, al llegar a este momento, la mujer viva una auténtica tragedia que muchas veces prefiere silenciar, esconder o disimular. Sin embargo, *Sofocos* nos ha enseñado a todos –a las mujeres, a los compañeros, a los hijos e hijas, incluso a los médicos- que se puede ser mujer de una forma divertida, con humor y sin complejos.

Un gran ejemplo de ello es la actriz **Ana Hurtado**, quien recogió el **IX Galardón AEEM en nombre de todo el equipo de *Sofocos***, a quien hemos dado este histórico reconocimiento este año por desmitificar la menopausia y abordar los numerosos tabúes que aún existen alrededor de esta etapa de la vida de la mujer de una manera divertida, en tono de comedia y sin complejos. No en vano fue ella quien le propuso a la productora llevar a cabo la obra, que ha paseado el sentir cotidiano de la mujer en esta etapa de la vida por toda España y que, con ello, ha llenado salas y ha contado con todo el reconocimiento del público.

Ana es la plenitud en persona, algo que transmite en todas las facetas de su vida. Licenciada en Filosofía y Letras, es una completa actriz, formada en la Real Escuela Superior de Arte Dramático de Madrid. Es,



así mismo, una gran cantante y pianista. Con ella hemos hablado para conocer qué ha significado para ella formar parte del reparto de *Sofocos* y cómo vive esta etapa desde la plenitud. Y nos ha salpicado, sin duda, de inquietud, de optimismo, de ganas de vivir.

¿Cómo surgió la idea de la obra *Sofocos*?

El proyecto surgió pensando en quitar tabú en estos temas relacionados con la mujer, que se han tratado siempre con secretismo. No estamos enfermas.

Queríamos enseñar que se puede vivir esta etapa como algo natural. Igual que hay un periodo en la vida, cuando eres joven, que llega la menstruación, existe otro

periodo, cuando eres más mayor, en el que la menstruación desaparece y no pasa nada.

Personalmente, había oído muchas historias de mujeres que habían vivido esta etapa incluso como algo que había que ocultar y quería –queríamos– mostrar que puede vivirse de otra forma, riéndonos, con alegría y sin complejos. Y la gente ha sido cómplice nuestro: las mujeres, sus maridos, sus hijos.

Interpretabas muchos papeles en la obra, desde una oftalmóloga muy loca y muy aficionada a la cirugía plástica, una Gioconda menopáusica muy obsesionada con los síntomas del envejecimiento y también una ejecutiva muy sexy. ¿Tienen algo de real?

Todos tienen algo de real. Al hacerlo desde un punto de vista cómico lo haces más extremo, sacas la parte más anecdótica del personaje, el lenguaje tira más al chiste, a lo cómico, pero son personajes normales. Precisamente, este era el principal punto de conexión; que cualquiera se pudiera sentir identificado aunque fueran interpretaciones caricaturescas. Eran personajes bastante normales y cotidianos.

¿Con qué te quedas de la experiencia vivida con *Sofocos*?

Desde el punto de vista profesional, lo mucho que disfruté haciendo la obra, la satisfacción de contar con la sala llena, un público agradecido y entregado. Desde lo personal, todo te aporta y pude compartir un montón de momentos con mis compañeras. De todo se puede sacar algún aprendizaje y sobretodo la satisfacción.

He gozado de haber hecho un espectáculo para el que teníamos una aspiración más humilde, pero para el que resultado fue impresionante. Me lo pasé fenomenal y cada vez que iba al teatro era para mí una fiesta.

El Galardón de la AEEM se ha entregado a *Sofocos* este año por desmitificar la menopausia y abordar los numerosos tabúes que aún existen alrededor de esta etapa de la vida de la mujer de una manera divertida, en tono de comedia y sin complejos. Ello significa transmitir que el climaterio es una etapa más en la vida de la mujer y que debemos vivirla con plenitud. Tú eres actriz, tocas el piano, cantas y eres licenciada en Filosofía y Letras... ¿Es posible vivir con plenitud, también tras la menopausia?

Totalmente. A medida que nos hacemos mayores, salvo que tengamos algún problema concreto, podemos gozar de una salud completa. Es una etapa de la vida que afrontas con una mayor experiencia y seguridad en una misma, en la que dejas de dar importancia a muchas cosas a las que antes si se la daba pero que no la tienen, y disfrutas más de las cosas y de las personas. Aprendes a valorar más la vida y a vivirla de forma más intensa, con toda la experiencia que has ido ganando a lo largo de los años. Es un momento bárbaro para disfrutar de todo lo que te ofrece la vida.

En tu opinión, ¿cuáles son los grandes mitos de la menopausia?

Fundamentalmente el pensar que de repente se pierde nuestra feminidad y que hemos dejado de ser mujeres o tan mujeres, junto a la tendencia a tratar este momento natural como una enfermedad. No es una enfermedad sino una etapa más en la vida.

Al haber un cambio hormonal importante hay mujeres que lo acusan más que otras, pero de igual forma que la adolescencia no es una enfermedad en ningún caso, a pesar de haber una guerra hormonal tremenda, la menopausia tampoco lo es.

¿Se vive en nuestro país la menopausia desde un punto de vista más negativo?

Desconozco cómo se vive en otros países. Pero en España es verdad que este tema se ha mitificado mucho. Todo lo que rodeaba a la mujer desde el punto de vista hormonal, más allá de la menopausia, se trataba con medias palabras, desde el secretismo. Eso está cambiando, que es lo importante.

Desde tu experiencia, ¿qué consejos darías a las mujeres que comienzan esta etapa de la vida?

Ejercicio, una buena alimentación y tener un objetivo que cumplir todos los días.

Yo practico ejercicio de forma diaria, bien sea natación, bicicleta, caminar, etcé-

tera. Eso es necesario a cualquier edad e independientemente de si eres hombre o mujer, aunque a nosotras, por la predisposición a algunas enfermedades, nos viene aún mejor. Como ha dicho alguna vez Valentín Fuster, hasta los 40 o 45 años, hacer ejercicio físico es una opción pero a partir de los 45 es la opción. Nos hace sentirnos bien y estar más ágil y te enfrentas a todo de otra forma.

Además, es fundamental cuidar la alimentación. Somos lo que comemos.

Lo tercero es ser positivas, estar ocupadas, sentirse útil y tener objetivos. Es necesario para cualquier persona y a cualquier edad tener algo que hacer todos los días. Psicológicamente es muy importante.

ANA HURTADO. CONOCEMOS UN POCO MÁS A LA ACTRIZ

A lo largo de su carrera, ha intervenido en montajes de autores clásicos como *El médico de su honra* (Calderón de la Barca), *Los locos de Valencia* (Lope de Vega) y *Antes que todo es mi dama* (Calderón de la Barca), las tres dirigidas por Adolfo Marsillach. En 1990 fue protagonista de *Mishima, amor y muerte*, en la compañía de Mari Paz Ballesteros. En 1992 interpretó uno de los papeles principales en *Las Leandras*, a las órdenes de José Osuna. Su amplia experiencia teatral también incluye títulos como *El alcalde de Zalamea*, *El lindo don Diego* o *El perro del hortelano*.

Entre sus numerosos trabajos para televisión figuran intervenciones en series como *Compuesta y sin novio* (1993), *Hermanos de Leche* (1995), *El Súper* (1996), *Calle Nueva* (2000) o *El síndrome de Ulises* (2007). En el cine, ha intervenido en películas como *Bazar Viena* (1991) y *Prozac y dudas* (1999).



GANADORAS
GALARDÓN AEMM

