

y vancomicina siendo la evolución clínica favorable. Se descarta la etiología farmacológica ya que el paciente no estaba en tratamiento con ningún fármaco para enfermedades neuropsiquiátricas (el tratamiento era: omeprazol, paracetamol, enalapril, ácido acetilsalicílico y heparina profiláctica).

La imagen aérea observada en la Rx de tórax se corresponde con el signo de Chilaiditi, que consiste en la interposición de una parte del colon, generalmente el derecho, entre el hígado y el diafragma, y se define como síndrome cuando se asocia a síntomas clínicos como dolor abdominal y estreñimiento¹.

El segmento del colon derecho que produce con más frecuencia es el ángulo hepático siendo también posible la interposición de asas de intestino delgado.

Esta rara entidad puede ser confundida con un neumoperitoneo^{2,3}, con el que se deberá hacer un diagnóstico diferencial.

Es más frecuente en varones, y su hallazgo es generalmente casual, su causa puede ser debida a diferentes afecciones como, enfermedades intestinales y hepáticas entre otras. En condiciones normales, los ligamentos suspensorios y la fijación del colon impiden la interposición del colon entre el hígado y el diafragma. Sin embargo, existen variaciones anatómicas que pueden conducir a la interposición fisiológica del colon. Estas pueden incluir ausencia, laxitud o elongación de los ligamentos suspensorios del colon transversal o del ligamento falciforme, así como dolico colon o mal posiciones congénitas. También puede ser consecuencia de trastornos funcionales como estreñimiento crónico, aerofagia, cirrosis (ascitis por aumento de la presión abdominal), parálisis diafragmática, enfermedad pulmonar crónica (aumento de la cavidad torácica inferior), obesidad y embarazos múltiples⁴.

Se ha descrito en la literatura el síndrome de Chilaiditi asociado a pseudoobstrucción colónica (síndrome de Ogilvie)⁵.

Los diagnósticos diferenciales importantes de este signo radiográfico incluyen el neumoperitoneo, la obstrucción intestinal, el

vólvulo, la intususcepción, el intestino isquémico o las condiciones inflamatorias. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, estos trastornos intestinales también pueden ocurrir dentro del colon interpuesto en raras ocasiones.

Descartar un síndrome de Chilaiditi en pacientes con sintomatología abdominal y datos radiológicos de perforación abdominal, puede evitar laparotomías urgentes innecesarias, sobre todo en pacientes mayores.

Bibliografía

1. Yanez Llobet W, Sfeir Byron R, Hayes Dorado J, Paniagua Guzman R. Síndrome de Chilaiditi. *Rev Inst Med Su.* 2004;59:61–2.
2. Corral JE, Sclair S, Moshiree B. Chilaiditi syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2012;111:26.
3. Weng WH, Liu DR, Feng CC, Que RS. Colonic interposition between the liver and left diaphragm—management of Chilaiditi syndrome: A case report and literature review. *Oncol Lett.* 2014;7:1657–60.
4. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi syndrome: A rare entity with important differential diagnoses. *Gastroenterol Hepatol (NY).* 2012;8:276–278.
5. Suárez-Grau JM, Chaves CR, Bernal FL, Ciuró FP. Colonic pseudo-colonic obstruction (Ogilvie syndrome) in a patient with Chilaiditi syndrome [Article in Spanish]. *Cir Esp.* 2011;89:e2.

Bárbara González Ávila*, Neus Muñoz Gost
y Esperanza Anton Nieto

Unidad de Convalecencia, Centro Sociosanitario Albada, Corporación Sanitaria ParcTaulí, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bgonzalez@tauli.cat (B. González Ávila).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.004>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mejorando la atención del paciente mayor ingresado por fractura de cadera. ¿Hemos de avanzar?



Improving the care of the elderly patient admitted for hip fracture. Should we move forward?

Sr. Editor:

En nuestra última colaboración con esta revista, mostramos nuestro agradecimiento a todos aquellos que habían publicado los resultados de sus experiencias ortogerátricas y animamos a hacerlo, a todos aquellos que pudieran aportar mayor luz a esta área de la geriatría que cada vez cuenta con más y mejores profesionales¹. Por ello nos ha sido grato leer el original de De Miguel Artal et al.², al mismo tiempo que nos ha sorprendido la falta de referencias a experiencias hechas públicas, previamente y en su entorno, de trabajos originales con la misma metodología de estudio utilizada por los autores^{3–7}.

La pregunta que nos hacemos es: ¿Hemos de avanzar? Está bien haber empezado por mejorar la atención hospitalaria de nuestros mayores con fractura de cadera, teniendo camino a recorrer aquellas instituciones que aún no están aplicando alguno de los modelos ortogerátricos existentes. Sin embargo, nuestra humilde opinión es no quedarnos ahí y seguir avanzando. Una vez hemos establecido nuestro modelo ortogerátrico, hemos de tener claro que la población anciana sigue creciendo y con ello el número de pacientes mayores con fractura de cadera. Por ello, nos hemos de plantear

el cómo incidir en una posible y necesaria reducción de la incidencia de fractura de cadera.

Las intervenciones farmacológicas, en osteoporosis, han demostrado reducción en la incidencia de fracturas. Sin embargo, muchos de nuestros mayores siguen sin haber sido diagnosticados, ni tratados de osteoporosis, antes ni después de su fractura de cadera. Por ello pensamos que, sin olvidar el seguir mejorando la atención ortogerátrica a la fractura de cadera, hemos de ir más allá y centrarnos en la prevención secundaria posfractura por fragilidad ósea.

Un primer paso podría ser el valorar y tratar al mayor número posible de pacientes con fractura de cadera atendidos en nuestras unidades ortogerátricas, para así poder intentar reducir la incidencia de una refractura. Y no solo eso, además, deberíamos garantizar que hubiese una buena adherencia a dicho tratamiento. Nuestro grupo, en su primera fase de atención a pacientes con fractura de cadera en la unidad geriátrica de agudos (año 2010), obtuvo altas cotas de tratamiento antiosteoporótico oral posfractura de cadera (61,4%), y sin embargo, la adherencia al año era muy baja (35%)^{8,9}. Ello nos hizo replantear la situación y empezamos a utilizar fármacos antiosteoporóticos con mejor adherencia (incrementando la prescripción al alta a un 90%), y a seguir a los pacientes, presencialmente, en nuestra consulta externa (CCEE). Ello motivó un cambio organizativo en nuestro hospital y nuestra unidad ortogerátrica se abrió al hospital de día médico (HDM) y a una consulta monográfica de prevención secundaria posfractura. Ahí empezó nuestro modelo de Unidad de Fractura Osteoporótica (UFO), también conocido como Fracture Liaison Service (FLS), y con ello

llegamos a una adherencia del 75% en el tratamiento antiosteoporótico en prevención secundaria^{9,10}.

¿Hemos de seguir avanzando? Nuestros resultados nos han alentado a seguir avanzando, y por ello hemos pensado que actuar sobre la factura de cadera, está muy bien y debe hacerse; pero estamos llegando tarde.

Como primer objetivo, mejorar la atención al paciente con fractura de cadera es necesario. De la misma manera que lo es el empezar con la prevención secundaria posfractura en los pacientes mayores con fractura de cadera y, a la vez, poder conseguir una buena adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo, creemos que hemos de avanzar más y mejor e ir a buscar la reducción de la incidencia en fractura de cadera. Ello ya requiere de equipos multidisciplinares más amplios, y de una integración entre atención hospitalaria, atención sociosanitaria y atención primaria con el objetivo de captar las fracturas por fragilidad ósea en > 50 años, proceder a estudio de osteoporosis y de caídas, iniciar el tratamiento antiosteoporótico y de prevención de caídas más indicado y garantizar su adherencia. Este es el modelo potenciado por la International Osteoporosis Foundation (IOF) en su campaña «Capture de Fractures»¹¹ y, en nuestro entorno, por la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM), a través de las UFO.

Nuestro grupo, FLS Anoia, está integrado por equipos multidisciplinares de la atención hospitalaria (Hospital de Igualada: Unidad Ortopediátrica, HDM y CCEE monográfica conjunta con Reumatología), de la atención sociosanitaria (Fundación Sanitaria San Josep: Escuela de Prevención de Fracturas y Caídas [EPFiC]) y de la atención primaria (Instituto Catalán de la Salud [ICS] y Consorcio Sanitario del Anoia [CSA]). Su objetivo es el antes mencionado, de captar, estudiar, tratar y mantener la adherencia a dicho tratamiento, en el mayor número de fracturas osteoporóticas de la Comarca de la Anoia, con el objetivo de intentar reducir la incidencia de las fracturas mayores e incapacitantes por fragilidad ósea, en especial la de cadera.

Mejorar la atención al paciente mayor con fractura de cadera, sí. Publicar los resultados y citar las distintas experiencias, sí. Avanzar en prevención secundaria posfractura de cadera, sí. Pero el gran reto del siglo XXI debería ser la creación de unidades multiprofesionales de fractura osteoporótica en busca de reducir la incidencia de las fracturas mayores por fragilidad ósea (vértebra, pelvis, cadera y húmero) y en especial la de cadera.

Bibliografía

1. Duaso Magaña E, Gamboa Arango A, Marimón Nieves P, Murga Marquinez V. Una aportación más sobre la intervención geriátrica en el anciano ingresado por fractura de cadera. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 2017;52:352-3.

2. De Miguel Artal M, Roca Chacón O, Martínez-Alonso M, Serrano Godoy M, Mas Atance J, García Gutiérrez R. Fractura de cadera en el paciente anciano: factores pronósticos de mortalidad y recuperación funcional al año. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 2017;52:352-3.
3. Duaso Magaña E. Efecte d'un nou model d'atenció en pacients majors de 69 anys amb fractura de maluc ingressat a la unitat geriàtrica d'aguts (UGA) de l'hospital d'Igualada. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Medicina; 2016.
4. Castella J, Duaso E, Gamboa A, Sandiumenge M, Marimón P. Factores pronósticos de mortalidad a los 12 meses de fractura de cadera en pacientes ingresados en la unidad geriátrica de agudos de un hospital comarcal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(Espec Cong):55-178.
5. Gamboa A, Duaso E, Castella J, Sandiumenge M, Marimón P. Factores pronósticos de vivir en el domicilio a los 12 meses tras el alta de la unidad geriátrica de agudos por intervención quirúrgica de fractura de cadera por fragilidad ósea. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(Espec Cong):1-54.
6. Castellà J, Duaso E, Gamboa A. Factores pronósticos de mantenimiento de funcionalidad a los 12 meses de fractura de cadera en pacientes ingresados en la unidad geriátrica de agudos de un hospital comarcal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(Espec Cong):1-54.
7. Gamboa A, Duaso E, Castella J, Sandiumenge M, Marimón P. Factores pronósticos de alta a domicilio de la unidad geriátrica de agudos después de intervención quirúrgica de la fractura de cadera por fragilidad ósea de los pacientes que previamente vivían en domicilio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(Espec Cong):1-54.
8. Gamboa A, Duaso E, Marimón P, Sandiumenge M, Escalante E, Lumberras C, et al. Oral bisphosphonate prescription and non-adherence at 12 months in patients with hip fractures treated in an acute geriatric unit. *Osteoporos Int*. 2018;29:2309-14.
9. Gamboa A, Duaso E, Formiga F, Marimón P, Sandiumenge M, Escalante E, et al. Adherencia al tratamiento antirresortivo/osteoformador parenteral al año de un ingreso por fractura de cadera. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(Espec Cong):1-43.
10. Gamboa A, Duaso E, Banque M, Marimón P, Sandiumenge M, Escalante E, et al. Factores relacionados con la adherencia global y diferenciada al tratamiento antirresortivo parenteral al año de un ingreso por fractura de cadera en una unidad geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(Espec Cong):62-164.
11. International Osteoporosis Foundation. [consultado el 17 Oct 2018] Disponible en: <https://www.capturethefracture.org/>.

Enric Duaso^{a,*}, Andrés Gamboa^a, Patricia Marimón^a,
Montserrat Sandiumenge^a, Dolors Grados^a,
Maria Teresa Salgado^b, Maria del Mar Casanovas^c
y Aurora Garriga^c

^a Fracture Liaison Service Anoia, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

^b Fracture Liaison Service Anoia, Fundación Sanitaria San José de Igualada, Igualada, Barcelona, España

^c Fracture Liaison Service Anoia, Atención Primaria ICS, Igualada, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduaso@csa.cat (E. Duaso).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.011>
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Replica a la carta al editor titulada: «Efectividad y seguridad de la eritropoyetina alfa en el paciente (ortopédico) mayor de 65 años»



Reply to the letter to the editor entitled: «Effectiveness and safety of erythropoietin alpha in the patient (orthopaedic) over 65 years»

Sr. Editor:

Agradecerles en primer lugar, la posibilidad de réplica a los autores de la carta al editor titulada «Efectividad y seguridad de la eritropoyetina alfa en el paciente (ortopédico) mayor de 65 años».

La mayoría de este artículo está centrado en comentarios a nuestro artículo «Agentes estimuladores de la eritropoyetina: revisión bibliográfica de los usos e indicaciones en enfermedad avanzada oncológica y no oncológica en el anciano» publicada en el número 53 de su revista.

Los autores del mencionado artículo «Efectividad y seguridad de la eritropoyetina alfa en el paciente (ortopédico) mayor de 65 años», refieren que «definimos anciano» al «mayor de 65 años» en nuestro artículo «Agentes estimuladores de la eritropoyetina: revisión bibliográfica de los usos e indicaciones en enfermedad avanzada oncológica y no oncológica en el anciano» y que no lo comparten. Nos gustaría realizar ciertas puntualizaciones. En nuestro artículo no presentamos ninguna definición de anciano, que