

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/osteofórmador 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

sí aparece, sin embargo, en el suyo, concretamente en el título. Si nos vimos obligadas a introducir este corte de ≥ 65 años en la búsqueda bibliográfica (en un segundo tiempo) fue, porque, al no encontrar ninguna referencia bibliográfica para edades superiores, tuvimos que ampliar la búsqueda descendiendo el rango de edad hasta los 65 años, como se indica en el material y método de nuestro artículo¹.

Que no encontrásemos bibliografía, lo atribuyen los autores, a utilizar palabras clave muy largas, y nos sugieren términos como «elderly», «very elderly» y «older», muy similares a las utilizadas por nosotras «elderly», «elderly patients» u «oldest». Refieren que con estos términos y «una búsqueda no exhaustiva en Pubmed, pueden localizarse diversos artículos» (cita 3)²⁻⁴ «que corresponderían con la idea inicial del artículo y que no se incluyen en su esquema de decisiones». Debemos aclarar, que en los pacientes con síndrome mielodisplásico, exigíamos que fueran dependientes de soporte transfusional periódico (como se especifica en la tabla aludida)¹, por entender que son estos, los pacientes con enfermedad más avanzada. Cumpliendo este criterio e introduciendo las palabras clave recomendadas, no aparecen artículos. Con respecto al estudio propuesto con relación a la enfermedad renal crónica avanzada³, recordamos que exigíamos población ≥ 65 años y en este artículo, en concreto, analiza población $> y < 65$ años.

El/los autor/es reclaman como significativas otras guías y documentos de consenso con respecto a las de nuestro artículo¹. Sin restar importancia a las presentadas, especificar que nos vimos obligadas a seleccionar aquellas guías que aportaban mayor información, y sobre todo consenso de expertos, no solo a nivel nacional. La mayoría de las guías/consensos propuestos, están basadas en las que nosotras seleccionamos y, por lo tanto, coinciden en las mismas directrices⁵⁻⁹. Agradecemos no obstante sus aportaciones.

Existe un punto, a nuestro juicio, de clara discrepancia y ocurre con relación al párrafo: «otro punto que puede llevar a controversia es intentar la búsqueda de unas recomendaciones específicas del uso de agentes estimuladores de la eritropoyetina (AEE) para enfermedad avanzada oncológica o no en paciente anciano, ya que las indicaciones existentes, con sus efectos beneficiosos o sus posibles riesgos, se realizan en función de la enfermedad sin incidir en modificaciones o matices según la edad del paciente». Como profesionales que somos, implicadas asistencialmente con pacientes de edad avanzada en un hospital de tercer nivel, nuestra lucha diaria es enfrentarnos al ageísmo, muchas veces imperante, y encontrar un equilibrio entre este y la adecuación del nivel de intensidad terapéutica, individualizando siempre el tratamiento en cada paciente. No quisimos encontrar, ni buscábamos, unas directrices que tengan solo en la edad, la indicación de tratamiento con AEE, y lamentamos que así lo hayan interpretado los autores de esta carta.

Consideran relevante que nuestro artículo no haga referencia al uso de los AEE en el tratamiento de la anemia preoperatoria previa a la cirugía ortopédica mayor electiva. Deben comprender los autores, que al igual que ocurre con las indicaciones en el neonato pretérmino, no eran objeto de estudio (ver título de nuestro artículo) y por eso no se incluyeron. Dicho lo cual, estamos de acuerdo con que el uso de *recombinant human erythropoietin*

(rHuEPO) y epoetina alfa, en las indicaciones aprobadas y siguiendo las recomendaciones de los principales documentos de consenso nacionales e internacionales, tienen más que sobrada evidencia y es práctica estandarizada en el tratamiento de la anemia preoperatoria en las citadas cirugías, incluido en el anciano^{5,10}.

Bibliografía

1. Fernández Letamendi N, Fernandez Letamendi MT, Recasens Flores V, Montañés Gracia MA. Agentes estimuladores de la eritropoyetina: revisión bibliográfica de los usos e indicaciones en enfermedad avanzada oncológica y no oncológica en el anciano. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2018;53:223-8.
2. Boccia R, Lillie T, Tomita D, Balducci L. The effectiveness of darbepoetin alfa administered every 3 weeks on hematologic outcomes and quality of life in older patients with chemotherapy-induced anemia. Oncologist. 2007;12:584-93.
3. Silver MR, Agarwal A, Krause M, Lei L, Stehman-Breen C. Effect of darbepoetin alfa administered once monthly on maintaining hemoglobin levels in older patients with chronic kidney disease. Am J Geriatr Pharmacother. 2008;6:49-60.
4. Tatarelli C, Piccioni AL, Maurillo L, Naso V, Battistini R, D'Andrea M, et al. Recombinant human erythropoietin in very elderly patients with myelodysplastic syndromes: Results from a retrospective study. Ann Hematol. 2014;93:1413-20.
5. Aranesp®, Epres®, Mircera®, Neorecormon®. Ficha técnica del medicamento. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA). Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP). European Public Assessment Report (EPAR): Aranesp® (2004), Mircera® (2007), Neorecormon® (2004). [consultado 25 Oct 2018] Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/>.
6. EMEA Press Release: EMEA recommends a new warning for epoetins for their use in cancer patients. London, 26 June 2008. Doc. Ref. EMEA/CHMP/333963/2008 [consultado 25 Oct 2018] Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/>.
7. Guías españolas de diagnóstico y tratamiento de los síndromes mielodisplásicos y la leucemia mielomonocítica crónica. Grupo Español de Síndromes Mielodisplásicos (GESMD). Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Haematologica. 2012;97 Suppl 5:5-58.
8. National Comprehensive Cancer Institute. Myelodysplastic syndromes (PDQ) - Health professional [consultado 25 Oct 2018] Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/mds.pdf.
9. Rizzo JD, Somerfield MR, Hagerty KL, Seidenfeld J, Bohlius J, Bennett CL, et al. Use of epoetin and darbepoetin in patients with cancer: 2007 American Society of Hematology/American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. Blood. 2008;111:25-41.
10. Leal-Noval SR, Muñoz M, Asuero M, Contreras E, García-Erce JA, Llaub JV, et al. 2013: Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013;60, 263-e1 263.e-25.

Nieves Fernández Letamendi^{a,*}, Teresa Fernández Letamendi^b, Valle Recasens Flores^c y M. Angeles Montañés Gracia^c

^a Unidad de Geriátría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Servicio de Hematología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edurnelogroo@yahoo.es (N. Fernández Letamendi).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.013>
0211-139X/

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