



CARTAS AL EDITOR

Seguimiento telemático a los pacientes con fracturas por fragilidad

Telematic follow-up of patients with fragility fractures

Sr. Editor:

La pandemia por COVID-19 ha obligado a reestructurar la organización del sistema sanitario para priorizar la seguridad del paciente ante posibles contagios. Para ello, se hace necesario priorizar el seguimiento telemático de los pacientes, y minimizar las visitas presenciales en el hospital a las estrictamente necesarias. Las fracturas por fragilidad son muy frecuentes en la población anciana y es importante realizar una adecuada prevención secundaria para evitar la presencia de nuevas fracturas que aumentarían exponencialmente su ya elevada morbimortalidad asociada^{1,2}.

Por este motivo, el grupo de Orto geriatria de la Sociedad Catalana de Geriatria y Gerontologia, ha realizado un documento con las principales consideraciones a tener en cuenta durante la pandemia basándose en las revisiones actuales de las principales guías y sociedades científicas para poder realizar un correcto seguimiento y potenciar la adherencia al tratamiento de la osteoporosis y evitar futuras caídas³⁻⁶. A continuación resumimos brevemente los puntos más importantes.

Se definirán dos entornos; ingreso hospitalario por fractura y seguimiento ambulatorio en las *Fracture Liaison Service* (FLS). Durante el ingreso hay que evaluar los principales riesgos de nuevas fracturas y realizar prevención de caídas englobando las patologías del paciente, la valoración funcional y las características de su entorno. Se debe iniciar el tratamiento farmacológico específico valorando los pros y contras de cada tratamiento con el enfermo y la familia, para asegurar la correcta adherencia al tratamiento. También se debe individualizar la necesidad de suplementos de calcio y vitamina D, calculando la ingesta de calcio dietético y vitamina D.

El informe de alta debe incluir todas las valoraciones realizadas con respecto al tratamiento y explicar cómo se realizará el seguimiento, para que sea de utilidad a la enfermera de enlace, los equipos de rehabilitación domiciliar y al equipo de Atención Primaria, que es en definitiva el máximo responsable del paciente cuando éste retorna a su domicilio.

Se recomienda un seguimiento semestral a aquellos pacientes que presenten múltiples comorbilidades, polifarmacia, cuadro confusional o alto riesgo de caídas y también de aquellos pacientes en que se decide iniciar tratamiento parenteral (denosumab, teriparatida o ácido zoledrónico).

El tratamiento con calcio oral se iniciará en aquellos pacientes con ingesta diaria < 1 gramo y que no presenten contraindicaciones para el uso de calcio farmacológico. Si bien lo más importante es insistir en aumentar la ingesta de calcio de la dieta.

Si se detecta déficit de vitamina D (≤ 20 ng/mL) se recomienda iniciar tratamiento con calcifediol (16.000 UL semanales durante 6-8 semanas) o colecalciferol (25.000 UL dos viales a la semana durante 6-8 semanas). Si hay insuficiencia (25-OH vitamina D entre

20-30 ng/mL) estas dosis serán mensuales. En caso de niveles adecuados de vitamina D, se dará la dosis diaria 800-1.000 UL adecuada junto a calcio.

En el caso del tratamiento específico de la osteoporosis con denosumab o teriparatida, se recomienda realizar una analítica anual de control del metabolismo fosfocálcico. Si presentan deterioro de la función renal con $FG \leq 20$, realizarla semestralmente. Esta analítica puede realizarse a nivel ambulatorio, a ser posible en el domicilio del paciente, por parte de los equipos de atención primaria. En el caso de optarse por tratamiento con bifosfonatos orales, el seguimiento puede ser realizado por el médico de atención primaria. En el contexto de la pandemia no se recomienda iniciar tratamiento con ácido zoledrónico, ya que su infusión tiene que realizarse en medio hospitalario y una vez hayan pasado 15 días de la cirugía, así como confundir a los profesionales por la presencia de un cuadro pseudogripal transitorio tras su infusión.

Durante el seguimiento telemático es importante revisar con el paciente los factores de riesgo de caídas e insistir en la adherencia al tratamiento. Revisar las necesidades de calcio-vitamina D según adherencia al tratamiento y la ingesta dietética, así como revisar analíticas previas. Se deberá pactar con la atención primaria la realización de analíticas de seguimiento.

En caso de pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico anual, se podrá demorar su nueva infusión 6-12 meses más sin que esto repercuta en un aumento del riesgo de fractura o descenso de la densidad mineral ósea. En estos casos, si el tiempo de pandemia se alarga se puede valorar la terapia secuencial con otro antiosteoporótico.

En pacientes en tratamiento con denosumab subcutáneo, es muy importante no demorar su administración semestral, por ello se formará al paciente y a su familia en la autoadministración.

Los principales laboratorios farmacéuticos han elaborado material formativo específico para uso de pacientes y cuidadores. Dicho material está destinado a mejorar el autocuidado y el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

Bibliografía

1. Bynum JPW, Bell JE, Cantu RV, Wang Q, McDonough CM, Carmichael D, et al. Second fractures among older adults in the year following hip, shoulder, or wrist fracture. *Osteoporos Int*. 2016;27:2207–15. <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-016-3542-6>.
2. Johansson H, Siggeirsdóttir K, Harvey NC, Odén A, Gudnason V, McCloskey E, et al. Imminent risk of fracture after fracture. *Osteoporos Int*. 2017;28:775–80. <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-016-3868-0>.
3. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y, Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2019;30:3–44.
4. Morley J, Moayyeri A, Ali L, Taylor A, Feudjo-Tepie M, Hamilton L, et al. Persistence and compliance with osteoporosis therapies among postmenopausal women in the UK Clinical Practice Research Datalink. *Osteoporos Int*. 2020;31:533–45. <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-019-05228-8>.
5. Naranjo Hernández A, Díaz del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, Arbolea Rodríguez L, Casado Burgos F E, Castañeda S, et al. Recomendaciones SER sobre Osteoporosis. Sociedad Española de Reumatología. Revisión. 2018;15:188–210. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.004>.

6. Gittoes NJ, Criseno S, Appelman-Dijkstra NM, Bollerse J, Canalis E, Rejnmark L, et al. Endocrinology in the time of COVID-19: Management of calcium metabolic disorders and osteoporosis. 2019;183:G57-65, <http://dx.doi.org/10.1530/EJE-20-0385>.

Aina Capdevila-Reniu^{a,*}, Teresa Casanova^b, Eugènia Sopena^c
y José Manuel Cancio^d

^a Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

^b Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona, España

^c Hospital Sociosanitario Francolí, Barcelona, España

^d Badalona Serveis Assistencials, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aicapdev@clinic.cat (A. Capdevila-Reniu).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.001>

Envejecimiento positivo en las noticias: toda generalización lleva a error

Positive ageing in the news: All generalisations carry an error

Sr. Editor:

Al hilo de la Carta al Editor «Envejecimiento positivo en las noticias: ¿el camino del infierno está empedrado de buenas intenciones?»¹, como investigadores y promotores del envejecimiento activo y saludable apuntamos algunas consideraciones que creemos de interés general en relación con noticias sobre la población mayor en los medios de comunicación.

La II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento toma el concepto de envejecimiento activo de la OMS² en un intento de ampliar el concepto de salud, incorporando aspectos psicosociales y resaltando su promoción. La pregunta esencial es: ¿se han mejorado las formas de envejecer? y, con ello, ¿se ha reducido la esperanza de vida con discapacidad? La respuesta de los biodemógrafos recuerda que nunca antes tantas personas han llegado a edades tan avanzadas con tan buena salud³.

Los autores enfatizan que los medios que difunden noticias sobre el envejecimiento positivo ejercen un efecto negativo, perjudicial para la población mayor; una cuestión empírica a la que no contestan debidamente, ni siquiera mediante la bibliografía citada. En esta revista y en otros medios de difusión científica hemos publicado la percepción de colectivos especializados muy sensibles a este tipo de problemas, como puede ser el de los socios de la propia SEGG, del fenómeno de la discriminación en los ámbitos social y sanitario^{4,5}. Una percepción inequívoca, muy evidente y de gran magnitud sea cual sea el parámetro tomado en consideración para ser valorado. También hemos expuesto algunas de las formas de discriminación de que son víctimas⁶. Igualmente, hemos analizado aspectos muy cercanos a este problema, como el que podríamos englobar bajo el epígrafe de «paternalismo» referido al colectivo de personas mayores y a la visión que de ellos tiene nuestra sociedad^{7,8}. Incluso hemos hecho comparaciones longitudinales que evidencian una mejora progresiva en la percepción social de las personas mayores⁹.

Asumiendo que el problema existe y que los «medios» parece que se interesan por él, la reflexión de Bravo-Segal y Villar se centra en la forma de llevarlo a cabo y en los riesgos que, opinan, lleva consigo «empedrar» el camino con mensajes inadecuados. Creemos que lo importante es resaltar que una de las características esenciales de la vejez y del envejecimiento es su variabilidad. Tan dañino (por no real) puede ser enfatizar y generalizar un envejecimiento positivo como uno negativo. Generalizar es un error cognitivo que, aunque muy frecuente en la prensa y entre la gente corriente, puede contribuir a extender equívocos.

Habrà, pues, que buscar un equilibrio entre lo que cabría calificar como modelo paternalista (visión negativa) versus autonomista (visión positiva). El riesgo de que los periodistas «sobreestimen el buen envejecer» con ejemplos escogidos poco habituales no tiene

que determinar un «sentimiento de culpa» por parte de nadie, siempre y cuando no se falte a la verdad y se huya de la caricatura en los comentarios correspondientes. Otro tanto cabe decir acerca de las noticias que enfatizan los problemas habituales en este colectivo, sean estos económicos, de soledad o de discriminación, o que presentan envejecimiento y vejez con imágenes de discapacidad o dependencia, como se hace identificando a la persona mayor con un bastón, como si todas lo requiriesen.

En definitiva, nuestra idea es que está bien y es positivo aumentar la información y promover la reflexión, algo hasta ahora muy poco atendido. En paralelo, como profesionales de la atención al mayor, contribuyamos con estudios y publicaciones a facilitar el camino y generar doctrina. No se trata de hacer pedagogía con los periodistas profesionales, algo difícil que, quizás, no fuera bien recibido. En cambio, es deseable aportar experiencias, información y opinión que puedan facilitar la toma de conciencia y la reflexión por parte de los propios profesionales de los medios y de la sociedad en general en relación con el reduccionismo positivo o negativo, y que aumente la posibilidad de actuar sobre el propio envejecimiento.

Bibliografía

1. Bravo-Segal S, Villar F. Envejecimiento positivo en las noticias: ¿el camino del infierno está empedrado de buenas intenciones? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55:55-6.
2. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO; 2003.
3. Christensen K, Doblhammer G, Vaupel JW. Aging population: The challenge ahead. Lancet. 2009;374:1196-208.
4. Ribera Casado JM, Bustillo A, Guerra Vaquero AI, Huici Casar C, Fernández-Ballesteros R. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:270-5.
5. Fernández-Ballesteros R, Bustillos A, Huici Casal C, Ribera Casado JM. Age discrimination. Eppure si muove (yet it moves). J Am Geriatr Soc. 2016;64:453-5.
6. Ribera Casado JM. La discriminación por edad: una lacra muy oculta. An Real Acad Nac Med. 2016;CXXXIII:747-75.
7. Fernández-Ballesteros R, Olmos R, Santacreu M, Bustillos A, Schetini R, Huici C, et al. Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. Psychothema. 2017;29:482-9.
8. Fernández-Ballesteros R, Sánchez Izquierdo M, Olmos R, Huici C, Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A. Paternalism vs. autonomy: Are they alternative types of formal care? Front Psychol. 2019;10:1460, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460>.
9. Fernández-Ballesteros R. Posibilidades y limitaciones de la edad. En: IMSERSO, editor. Libro blanco del envejecimiento activo. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2011. p. 103-48.

José Manuel Ribera Casado^a y Rocío Fernández-Ballesteros^{b,*}

^a Catedrático Emérito de Geriatria, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Catedrática Emérita de Psicobiología y Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: r.fallesteros@uam.es

(R. Fernández-Ballesteros).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.003>