

Tabla 1
Evolución de parámetros analíticos durante el tratamiento establecido

	CICLOFOSFAMIDA			BORTEZOMIB				
	Septiembre/Octubre 2011	Noviembre 2011	Diciembre 2011	Enero 2012	Febrero 2012	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012
Creatinina sérica (mg/dl)	1-1,1	1,1	1,1	1	0,8	0,9	1,3	0,9
Albumina (g/dl)	3,1-3,3	2,8-3,6	3,2	2,7	2,9	3	2,7	2,9
Colesterol (mg/dl)	204-270	184-269	213	182		253	234	269
Proteinuria (g/24h)	7,85	5,28-11,23	4,07	2,15	3,11	4,25	5,09	2,36

evolución clínica favorable con el tratamiento deplectivo con diuréticos. En la última revisión tras el segundo ciclo de bortezomib y dexametasona la función renal permanece estable con creatinina sérica de 0,9 mg/dl y la proteinuria estabilizada en 2,86 g/24 h.

En la [tabla 1](#) se recoge la evolución de función renal, albúmina, lípidos y proteinuria.

La EDIM suele presentarse típicamente en la sexta década de la vida, e incluso más precoz en las formas de EDIM puras. En cambio, las combinaciones de EDCL con nefropatía por cilindros del riñón del mieloma se diagnostican con más frecuencia en población más envejecida y se suelen manifestar estos casos por presentar una insuficiencia renal severa, más que por aparición de una proteinuria severa⁵. Nuestro caso tiene varias peculiaridades: en primer lugar, la edad de presentación poco habitual de una EDCL pura al tratarse de un persona octogenaria; en segundo lugar, el tipo de depósito de cadena ligera (Lambda) que tampoco es la más frecuente. En el caso que comunicamos la única manifestación renal fue la presencia de un síndrome nefrótico severo, pero sin insuficiencia renal, cuya explicación pueda radicar en tratarse de una EDCL pura sin coexistencia de otros procesos linfoproliferativos ni mieloma múltiple.

Respecto al tratamiento de la EDCL los datos son limitados e incluyen medidas para tratar de preservar la función renal y mejorar la supervivencia del paciente. En general, los regímenes terapéuticos son parecidos a los empleados en el mieloma múltiple⁷. En nuestro caso ante la escasa respuesta al tratamiento con ciclofosfamida más dexametasona se decidió probar tratamiento con bortezomib dados los resultados de experiencias con este fármaco⁸.

En conclusión, describimos una presentación atípica de una EDCL en un paciente octogenario, manifestado por un síndrome nefrótico como única forma de afectación renal.

Bibliografía

- Krishnan SG, Valderrama E, Wagner JD, Mattana J, Shah HH, Appel G, et al. Monoclonal gammopathy presenting as recurrent nephrotic syndrome: therapeutic implications. *Am J Med Sci.* 2007;333:313-6.
- Buxbaum J, Gallo G. Nonamyloidic monoclonal immunoglobulin deposition disease. *Hematol Oncol Clin N Am.* 1999;13:1235-48.
- Ronco P, Plaisier E, Aucouturier P. Monoclonal immunoglobulin light and heavy chain deposition diseases: molecular models of common renal diseases. *Contrib Nephrol.* 2011;169:221-31.
- Montseny J, Kleinknecht D, Meyrier A, Vanhille P, Simon P, Pruna A, et al. Long-term outcome according to renal histological lesions in 118 patients with monoclonal gammopathies. *Nephrol Dial Transplant.* 1998;13:1438-45.
- Lin J, Markowitz GS, Valeri AM, Kambham N, Sherman WH, Appel GB, et al. Renal monoclonal immunoglobulin deposition disease: the disease spectrum. *J Am Soc Nephrol.* 2001;12:1482-92.
- Pozzi C, DiAmico M, Fogazzi GB, Curioni S, Ferrario F, Pasquali S, et al. Light chain deposition disease with renal involvement: clinical characteristics and prognosis factors. *Am J Kidney Dis.* 2003;42:1154-63.
- Nasr SH, Valeri AM, Cornell LD, Fidler ME, Sheti S, DiAgati VD, et al. Renal monoclonal immunoglobulin deposition disease: a report of 64 patients from a single institution. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012;7:231-9.
- Gharwan H, Truica CI. Bortezomib-based chemotherapy for light chain deposition. *Med Oncol.* 2012;29:1197-201.

Manuel Heras^{a,*}, Ana Saiz^b, José Hernández^c
y María José Fernández-Reyes^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Servicio de Hematología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mherasb@saludcastillayleon.es (M. Heras).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.06.006>

Rehabilitación en pacientes con fractura de cadera y demencia: un reto

Rehabilitation in hip-fracture patients: A challenge

Sr. Editor:

En referencia a la carta científica «Influencia de la demencia en la recuperación funcional de la fractura de fémur en la población anciana» por Guil Sánchez¹, que concluye que aquellos pacientes con demencia sometidos a un largo tratamiento rehabilitador en su muestra, presentan mayor mortalidad, peor índice de Barthel al alta, menor eficacia rehabilitadora medida con el índice de Montebello y, menor porcentaje de alta a domicilio; se pone en manifiesto que a día de hoy la rehabilitación sigue suponiendo un reto para los que trabajamos con demencias con fractura de cadera, a la hora de determinar qué pacientes son los más adecuados para continuar el tratamiento en una unidad de media o larga estancia.

En un ensayo recientemente publicado que realiza un análisis detallado de este subgrupo de pacientes, Stanvell et al.² apuntan a que estos no deben ser excluidos de los programas de rehabilitación, ya que se benefician de una correcta evaluación multidisciplinar geriátrica. En el primer trimestre de intervención, los pacientes habían recuperado la marcha dentro del domicilio y, al año, las actividades básicas que tenían antes de la fractura. Por lo tanto, a pesar de la dificultad que presenta el paciente con demencia para seguir las directrices de un tratamiento rehabilitador, se está demostrando que los pacientes se benefician de rehabilitación a largo plazo ya que requieren más tiempo para su recuperación funcional. Cierto es que en los estudios realizados hasta el momento, existen limitaciones: la gran heterogeneidad de los propios estudios y la existencia de criterios de exclusión en la admisión en las unidades por considerar su potencial rehabilitador limitado, hecho que se discrimina más en estadios moderados de demencia. Por otro lado, parece razonable pensar que medir la eficacia rehabilitadora únicamente centrada en la recuperación de las ABVD no es adecuado en este tipo de pacientes donde el principal objetivo debería

venir de la mano de mejorar la calidad de vida percibida, no solo por el paciente sino por el cuidador, evaluando otros factores como la recuperación de la marcha, el control del dolor y complicaciones, y el mejor soporte social.

La fractura de cadera y la demencia en el anciano presentan un aumento exponencial durante los últimos años, siendo en la actualidad un problema de salud pública por su carga socioeconómica con importante morbilidad y mortalidad asociada. Esta relación ya ha sido descrita en la literatura como «amistades peligrosas»³, compartiendo características comunes como ser muy frecuentes e invalidantes. Sin embargo, la heterogeneidad de la fractura de cadera y los factores de mortalidad y mal pronóstico han hecho que distintos autores busquen subgrupos para poder predecir recuperación funcional y riesgo de mortalidad. El estudio de Penrod et al.⁴, que intenta encontrar grupos homogéneos dentro de los pacientes con fractura de cadera, describe que el subgrupo de mayores de 85 años con demencia, mayor dependencia previa y comorbilidad presentan peor pronóstico rehabilitador y mayor mortalidad. Este hallazgo se repite en el estudio de Alarcón et al.⁵, que objetiva que los mayores de 84 años con mayor dependencia y demencia presentaban peores datos de recuperación (un 30%) y mayor mortalidad (hasta el 70%). Aún así, en la mayoría de estudios, se siguen eludiendo otros factores pronósticos como son: el tiempo de tratamiento rehabilitador en función de recursos, problemática social individual, actividades instrumentales y calidad de vida como objetivos.

La evaluación funcional debe entenderse como un proceso global y multidimensional, por lo que se ha de ser cuidadoso a la hora de planificar las estrategias rehabilitadoras y al analizar los resultados conseguidos. Para valorar la consecución de los objetivos propuestos en cada una de estas áreas es imprescindible conocer perfectamente la situación previa y la capacidad funcional, utilizando escalas para valorar la evolución. Actualmente, las más utilizadas son el índice de Barthel y sus versiones modificadas y el *Functional Independence Measure* con niveles parecidos de fiabilidad, validez y sensibilidad. El índice de Barthel es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque la capacidad para detectar cambios en situaciones extremas y en pacientes con demencia es limitado.

Respecto a la efectividad de la rehabilitación en Unidades de Recuperación Funcional varía según el modelo utilizado, obteniendo resultados muy heterogéneos; aunque se dispone de una creciente evidencia sobre la rehabilitación específica de los pacientes geriátricos complejos, incluidos aquellos con demencia⁶. La ganancia funcional o el índice de Montebello son indicadores

con frecuencia utilizados en la evaluación en estas unidades. Sin embargo, hay que puntualizar que deben valorarse con prudencia los resultados, ya que la no ganancia funcional no es siempre sinónimo de ausencia de beneficio funcional⁷, pues en la práctica clínica pueden estar condicionadas por la complejidad de las características de los pacientes y, por tanto, para mejorar su interpretación es necesario conocer su relación con comorbilidad, grado y tipo de demencia, así como tipo de soporte social.

En definitiva, estudios como los de Guil Sánchez¹ sobre lo conseguido tras una larga rehabilitación nos tiene que hacer reflexionar sobre cuánto hemos de invertir en recursos, qué escalas son las más adecuadas para valorar la eficacia del tratamiento y si debería evaluarse simultáneamente otro tipo de indicadores como la calidad de vida en los resultados asistenciales para pacientes con demencia y fractura de cadera.

Bibliografía

1. Guil Sánchez JL. Influencia de la demencia en la recuperación funcional de la fractura de fémur en la población anciana. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:85-6.
2. Stanvell M, Berggren M, Lundström M, Gustafson Y, Olofsson B. A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54:284-9.
3. Cruz Jentoft AJ. Demencia y fractura de cadera: amistades peligrosas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:133-4.
4. Penrod JD, Litke A, Hawkes WG, Magaziner J, Koval KJ, Doucette JT, et al. Heterogeneity in hip fracture patients: age, functional status, and comorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:407-13.
5. Alarcón T, González-Montalvo JL, Gotor P, Madero R, Otero A. A new hierarchical classification for prognosis of hip fracture after 2 years follow-up. *J Nutr Health Aging.* 2011;15:919-23.
6. González Montalvo JL, Alarcón T, Mauleón JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martín-Vega A. The orthogeriatric unit for acute patients: a new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture. *Hip Int.* 2010;20:229-35.
7. Baztán JJ, Fernández-Alonso M, Aguado R, Socorro A. Resultado al año de la rehabilitación tras la fractura de cadera de fémur proximal en mayores de 84 años. *An Med Interna.* 2004;21:433-40.

Elena Romero Pisonero*
y Jesús Mora Fernández

Unidad de OrtoGeriatría, Servicio de Geriatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: elenaromeropisonero@gmail.com
(E. Romero Pisonero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.06.003>

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

He leído con atención el artículo «Rehabilitación en pacientes con fractura de cadera y demencia: un reto». En dicho artículo se menciona un estudio¹ publicado en esta misma sección y se reflexiona sobre la eficacia del tratamiento rehabilitador y sobre la idoneidad de las escalas utilizadas en su evaluación. En el estudio mencionado, los resultados obtenidos tras la rehabilitación de la fractura de fémur (FF) en pacientes con demencia fueron peores a los del subgrupo de pacientes sin demencia, en la línea de los obtenidos por Baztán JJ et al.² para el que la presencia de demencia es el principal factor de riesgo independiente de mortalidad, peor

situación funcional e institucionalización al alta, o por Belmonte Martínez R et al.³, que concluye que la demencia influye negativamente en la recuperación funcional. Tanto es así, que se ha llegado a usar la presencia de demencia como un marcador negativo de recuperación en la fractura de cadera⁴.

Estos resultados nos enfrentan a una situación desalentadora al plantear un tratamiento rehabilitador en pacientes con FF y demencia, aunque también es cierto que existe una gran variabilidad en los resultados obtenidos entre hospitales, tanto en España como en el resto de países y diversos estudios muestran que la rehabilitación geriátrica puede ser beneficiosa en los ancianos con demencia y FF al obtener mejoría funcional, disminución de mortalidad y de institucionalización⁵⁻⁷.

Son muchos los factores asociados a un peor pronóstico después de una FF, entre ellos la edad avanzada, una alta comorbilidad, la desnutrición, una mala capacidad funcional previa a la fractura y