

enzimas musculares. Se observaron elevaciones de CPK en el 1,3% de los pacientes, y el tiempo medio hasta las concentraciones más altas fue 11 días después del inicio del tratamiento². La rabdomiólisis fue reportada exclusivamente en el 0,1% de los pacientes².

Por lo tanto, la rabdomiólisis es un efecto adverso muy poco frecuente de la daptomicina, pero debido a su gravedad y potencial letalidad, se recomienda una monitorización semanal de CPK.

En la mayoría de los casos, el inicio de los síntomas y la elevación de CPK aparecen después de 7-10 días de tratamiento. Hasta donde conocemos, en la literatura solo hay 2 informes que describen una rabdomiólisis de inicio temprano (después de 4 días de tratamiento en paciente de 68 años y tras 2 días en paciente de 33 años^{5,6}). En ninguno de los casos se conoció la causa de este desarrollo precoz, y en uno de ellos⁵ el paciente presentaba antecedentes de polimialgia reumática en tratamiento con corticoides como el paciente que presentamos.

Consideramos de interés presentar el caso dado que el uso de daptomicina se ha generalizado en los últimos años debido a su perfil de seguridad en el paciente anciano. A pesar de que los efectos secundarios son raros, la rabdomiólisis es potencialmente letal y en circunstancias aún no estudiadas el inicio puede ser precoz. Este caso junto con otro registrado previamente⁵ podría demostrar que la presencia de polimialgia reumática asociada al tratamiento con corticoides, podría ser un factor predisponente para el desarrollo temprano de la rabdomiólisis asociada a daptomicina. Por ello, consideramos que el uso de daptomicina en estos pacientes se beneficiaría de una monitorización más estrecha de la CPK, que a la vista de los 2 casos recogidos en la literatura debería ser a los 2 o 3 días de iniciado el tratamiento.

Bibliografía

1. Giannoglou GD, Chatzizisis YS, Misirli G. The syndrome of rhabdomyolysis: Pathophysiology and diagnosis. *Eur J Intern Med.* 2007;18:90-100.

2. Gonzalez-Ruiz A, Gargalianos-Kakolyris P, Timerman A, Sarma J, González Ramallo VJ, Bouylout K, et al. Daptomycin in the Clinical Setting: 8-Year Experience with Gram-positive Bacterial Infections from the EU-CORESM Registry. *Adv Ther.* 2015;32:496-509.
3. DePestel DD, Hershberger E, Lamp KC, Malani PN. Safety and clinical outcomes among older adults receiving daptomycin therapy: Insights from a patient registry. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2010;8:551-61.
4. Konychev A, Heep M, Moritz RK, Kreuter A, Shulutko A, Frierbeck G, et al. Safety and efficacy of daptomycin as first-line treatment for complicated skin and soft tissue infections in elderly patients: An open-label, multicentre, randomized phase IIIb trial. *Drugs Aging.* 2013;30:829-36.
5. Patel SJ, Samo TC, Suki WN. Early-onset rhabdomyolysis related to daptomycin use. *Int J Antimicrob Agents.* 2007;30:472-4.
6. Edwards CM, King K, Garcia RJ. Early-onset rhabdomyolysis associated with daptomycin. *Infect Dis Clin Pract.* 2006;14:327-8.

Raquel Ramírez-Martín^{a,*}, Patricia Pérez-Rodríguez^b, Alicia Rico-Nieto^c y Coro Mauleón-Ladrero^d

^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), Madrid, España

^d Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.ramirezmartin@gmail.com
(R. Ramírez-Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.008>
0211-139X/

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

Valoración de la fragilidad: aspecto fundamental en el paciente crítico



Frailty: Critical term for critical care

Sr. Editor:

La toma de decisiones en pacientes de edad avanzada en situación de gravedad clínica resulta compleja debido a la dificultad para establecer un pronóstico de vida fiable. La heterogeneidad individual propia del envejecimiento impide considerar a la edad cronológica como el marcador pronóstico único modificador de intensidad terapéutica.

Esta situación ha propiciado que distintas especialidades médicas (oncología, medicina intensiva, neumología y cardiología) hayan empezado a utilizar conceptos empleados en geriatría como reserva fisiológica, diagnóstico situacional, capacidad intrínseca y fragilidad^{1,2}.

Tradicionalmente, el pronóstico de vida del enfermo crítico se ha establecido mediante escalas que miden la respuesta fisiológica al estrés (p. ej., APACHE II, SAPS II, SOFA), calculan la severidad de la enfermedad aguda, y determinan la probabilidad de supervivencia a corto plazo. Estas escalas no incorporan elementos fundamentales para definir el pronóstico del paciente anciano, como situación funcional y severidad de enfermedades crónicas previas, y omiten conceptos importantes como discapacidad y fragilidad, con lo que pierden sensibilidad pronóstica. Esta misma visión se observa en

algunas escalas que clasifican enfermedades según gravedad clínica o presencia de factores de riesgo (p. ej., escalas NYHA, GOLD, CHAD2DS2-vasc, HAS-BLED).

En los últimos años se han realizado diversas propuestas para medir la edad fisiológica. De entre todas, la medición de la fragilidad ha demostrado ser la valoración más aproximada del grado de reserva o vulnerabilidad del paciente, útil en la individualización de tratamientos y establecimiento de objetivos asistenciales, capaz de conciliar intensidad terapéutica con situación clínica y necesidades del paciente³.

Se han descrito varias definiciones de fragilidad, no obstante, aún no existe una definición operativa que logre satisfacer a todos. La fragilidad se caracteriza por una pérdida de la reserva fisiológica que condiciona una incapacidad para mantener la homeostasis necesaria para combatir las situaciones de estrés. Es una condición marcada por el deterioro de múltiples sistemas fisiológicos que conlleva a la pérdida de la capacidad adaptativa, y de recuperación tras un evento agudo, asociado a peores resultados de salud³.

Dos conceptos de fragilidad distintos en cuanto a población diana, pero complementarios desde el punto de vista del *continuum* asistencial, son los que han prevalecido; el fenotipo de fragilidad⁴ es un proceso fisiológico que refleja el progresivo deterioro físico y, por lo tanto, de la capacidad funcional previa a la discapacidad, y la fragilidad entendida como el acúmulo de déficits⁵ resulta de un proceso producido por enfermedades y condiciones que empeoran, y conducen en suma a resultados de salud desfavorables⁶ (fig. 1).

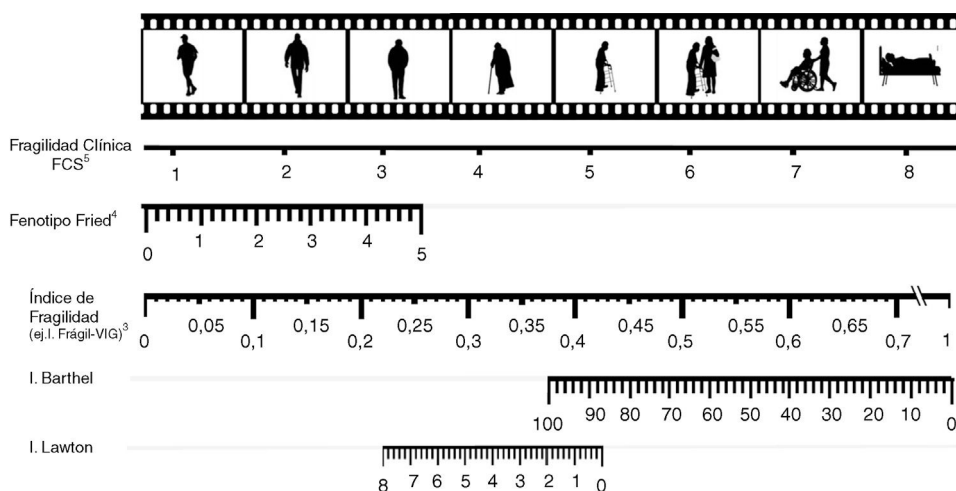


Figura 1. Fragilidad y capacidad funcional: conceptos de fragilidad distintos en cuanto a la población diana, pueden complementarse de la misma manera que en lo funcional lo hacen la valoración de las actividades básicas e instrumentales. Esta aproximación permitirá abarcar un espectro de acción más amplio: en función del momento de vida del paciente la rentabilidad de la escala pronóstica empleada variará. FCS: escala fragilidad clínica; I. Barthel: índice de Barthel; I. Lawton: índice de Lawton. Fuente: Imagen modificada de Martín-Sánchez et al.⁶.

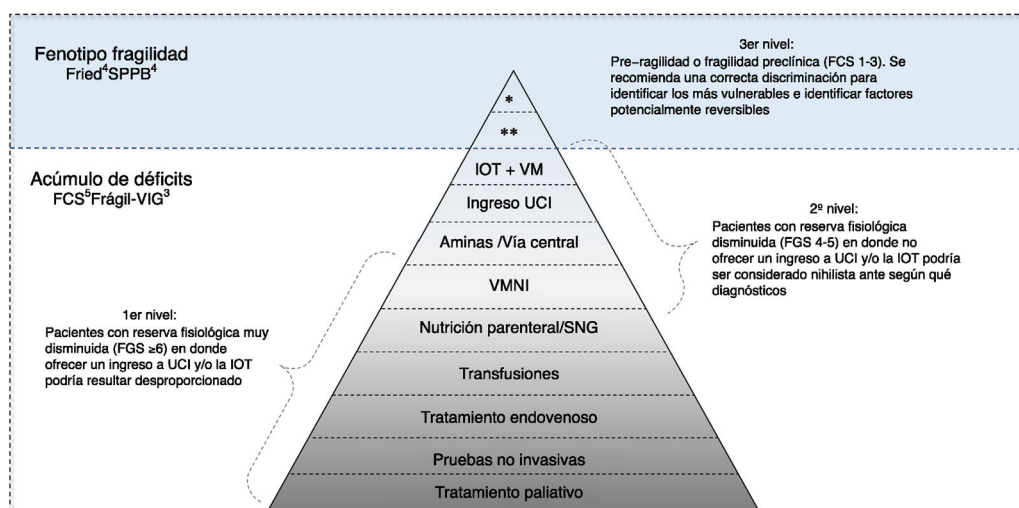


Figura 2. Pirámide de intervención: modelo conceptual que involucra ambas visiones de la fragilidad para facilitar la toma de decisiones.

FCS: escala fragilidad clínica; Frágil-VIG: índice Frágil-VIG; IOT: intubación oro-traqueal; SNG: sonda nasogástrica; SPPB: Short Physical Performance Battery; UCI: unidad cuidados intensivos; VM: ventilación mecánica; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.

* Trasplante de órganos.

** Intervenciones quirúrgicas programadas (p. ej., circulación extracorpórea, recambio valvulares, TAVI, ...)

La inclusión de ambos conceptos para medir la fragilidad puede ser útil al adecuar la intensidad terapéutica en los distintos niveles asistenciales, tanto en el momento cuando una enfermedad crónica agote la reserva fisiológica como en el que una enfermedad aguda la sobrepase. Dicha aproximación permitiría la toma de decisiones en función del momento de vida en el que se encuentre el paciente, y de sus necesidades.

Con este objetivo se propone el siguiente esquema (fig. 2), donde la determinación de la fragilidad previa a la discapacidad (mediante el llamado fenotipo)⁴ nos permite identificar de forma precoz a los más vulnerables en fases pre-clínicas, reconocer áreas de mejora potencialmente reversibles mediante intervenciones dirigidas (p. ej., nutrición, fuerza muscular, velocidad de la marcha), adecuar tiempos de intervención y retrasar el procedimiento de riesgo hasta la corrección u optimización del déficit, para poder obtener mejores resultados.

Una vez instaurada la discapacidad, la determinación del grado de reserva fisiológica (mediante el acúmulo de déficits)⁵ permite hacer una primera aproximación para adecuar la intensidad

terapéutica al momento de vida, y a las necesidades del paciente. No obstante, para completar la valoración y adecuar dichos esfuerzos a la situación clínica, resultaría necesario considerar la severidad/gravedad de las enfermedades del paciente.

Con este objetivo se propone un esquema conceptual (fig. 3), que combinando marcadores de severidad/gravedad demostrados de mal pronóstico (p. ej., los recogidos en el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO® [NECESIDADES PALIATIVAS del Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos y del Institut Català d'Oncologia])⁷, junto con la determinación del grado de vulnerabilidad mediante el acúmulo de déficits (p. ej., escala de fragilidad clínica)⁵, permita mejorar la toma de decisiones en los momentos de gravedad clínica para poder conciliar intensidad terapéutica con momento de vida, gravedad de enfermedad(es) y necesidades del paciente.

El paciente de edad avanzada en situación de gravedad clínica seguirá creando incertidumbre para su pronóstico inmediato y a largo plazo, al no disponer de un marcador biológico específico, por lo que aproximaciones basadas en la fragilidad, y en concreto

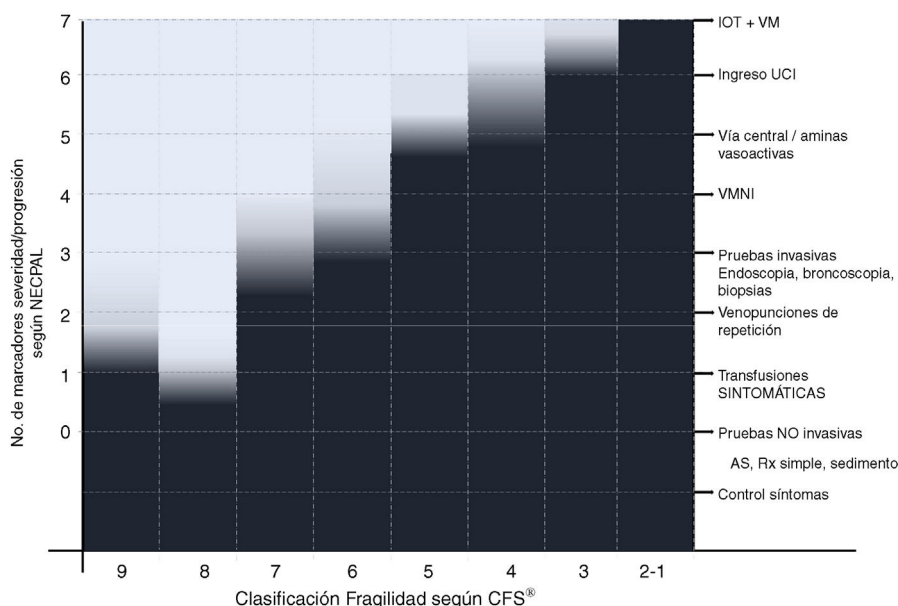


Figura 3. Modelo conceptual que combinando marcadores de severidad/gravedad (NECPAL)⁷ y el grado de vulnerabilidad del paciente (escala de fragilidad clínica⁵) permitiría adecuar la intensidad terapéutica a la situación clínica del paciente: a mayor vulnerabilidad menor número de marcadores de severidad/progresión de enfermedad son necesarios para limitar la intervención.

en su medición más exacta, podrán darnos luz en este complejo, y a la vez apasionante camino.

Bibliografía

- Ethun CG, Bilen MA, Jani AB, Maithel SK, Ogan K, Master VA. Frailty and cancer: Implications for oncology surgery, medical oncology, and radiation oncology. *CA Cancer J Clin.* 2017;67:362-77.
- Robinson TN, Walston JD, Brummel NE, Deiner S, Brown CH, Kennedy M, et al. Frailty for Surgeons: Review of a National Institute on Aging Conference on Frailty for Specialists. *J Am Coll Surg.* 2015;221:1083-92.
- Amblas-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:159-66.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:146-56.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173:489-95.

- Martín-Sánchez FJ, Christ M, Miró Ò, Peacock WF, McMurray JJ, Bueno H, et al. Practical approach on frail older patients attended for acute heart failure. *Int J Cardiol.* 2016;222:62-71.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:300-8.

Oscar Duems Noriega

Servicio de Geriatría, Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona, España

Correo electrónico: oduems@fhag.es

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.007>
0211-139X/

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

Violencia de género: cuando el agresor es un paciente con demencia. A propósito de un caso



Gender violence: when the aggressor is a patient with dementia. About clinical case

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 82 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus y demencia de perfil tipo Alzheimer con medicación habitual tamsulosina- dutasterida, repaglinida, paroxetina, calcifediol y memantina. Presentaba buena situación funcional, con deambulación independiente, supervisión para baño e incontinencia urinaria (Escala de Cruz Roja física 2/5, Índice de Barthel modificado 90/100, velocidad de la marcha 1 m/sg). Cognitivamente presentaba una probable demencia tipo Alzheimer en estadio moderado GDS 5, de 5 años de evolución, con heteroagresividad hacia la esposa y en ocasiones hacia un hijo (MMSE Folstein 16/30, MIS Busche 3/8, Test del reloj 4/10).

Vivía en su domicilio con su esposa e hijo. No recibía ayudas sociales, habiéndose iniciado trámites para la Ley de dependencia. Presentaba buena situación socioeconómica.

Durante una guardia se recibe una llamada de la policía, alertada por los vecinos, tras escuchar golpes y gritos en el domicilio, detectándose agresión del paciente hacia la esposa. Al tratarse de un paciente en seguimiento en nuestro centro en consultas de neurogeriatría consultas de neurogeriatría, se decide ingreso directo en la unidad de agudos. El paciente acudió escoltado por la policía, quedando ingresado a nuestro cargo.

Durante la noche recibe la visita de su esposa. Se encuentra inquieta y muestra gran dependencia del marido. En el interrogatorio refiere frecuentes agresiones (amenazas de muerte con arma blanca, golpes y puñetazos) habiendo precisado intervención de la policía en más de una ocasión. Ante el riesgo de que la víctima compartiera espacio con el agresor, se consigue que regresara a casa.

Durante el ingreso el paciente presentó 2 intentos de fuga con episodios de agresividad hacia el equipo de enfermería, precisando