

suspensorios del hígado, disminución de volumen hepático y adherencias congénitas o adquiridas.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con el neumoperitoneo, el absceso subfrénico, la neumatosis intestinal, el quiste hidatídico infectado y los tumores hepáticos⁴.

Los casos en que los pacientes cursan con un síndrome de Chilaiditi, es decir, que presentan sintomatología, requieren manejo médico conservador; pero en ocasiones, si se complican, pueden requerir abordaje quirúrgico. El caso de nuestro paciente, al no haber presentado sintomatología y haberse presentado como un hallazgo casual, se catalogó como un signo de Chilaiditi, y no necesitó tratamiento.

Bibliografía

- García de La Rocha M, Olazarán Rodríguez J. Trastorno cognitivo asociado a la edad frente a deterioro cognitivo ligero. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias editor. Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Barcelona: Masson; 2000. p. 9-13.
- Chen SY, Liu CT, Tsai YC, Lin CH. Sigmoid volvulus associated Chilaiditi's syndrome. Rev Esp Enf Dig. 2007;99:476-83.

- Alcober Pérez C, Cardo Benedito E, Sanz Martínez D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. Medifam. 2003;13:41-4.
- Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C, Málaga J, et al. Síndrome de Chilaiditi complicado con vólvulo de colon transverso. Rev Gastroenterol Perú. 2005;25:279-84.
- Prieto-Díaz-Chávez E, Marentes Etienne J, Medina Chávez J, Ávalos González J, Trujillo-Hernández B. Síndrome de Chilaiditi como un problema de decisión quirúrgica: reporte de un caso y revisión de la literatura. Cir Gen. 2007;29:294-6.
- Fisher AA, Davis MW. An elderly man with chest pain, shortness of breath and constipation. Postgrad Med J. 2003;79:183-4.
- Murphy JM, Mainbaum A, Alexander G, Dixon AK. Chilaiditi's syndrome and obesity. Clin Anat. 2000;13:181-4.
- Yañes Lobet W, Sfeir Byron R, Hayes Dorado JP, Paniagua Guzmán R. Síndrome de Chilaiditi. Rev Inst Med Su. 2004;LXIX:61-2.

M. Iparraguirre Azcona *, X. Guevara Linares, T. Alarcón Alarcón y J.I. González-Montalvo

Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miamedic@hotmail.com
(M. Iparraguirre Azcona).

doi:10.1016/j.regg.2009.03.004

Características y evolución de la insuficiencia cardíaca en pacientes muy ancianos

Features and outcome of heart failure in the very elderly

Sr. Director:

La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las causas más frecuentes de ingreso en pacientes con edad avanzada. La prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década y se sitúa alrededor del 10-20% en los mayores de 80 años, con una mortalidad entre un 30-45% al primer año y con un deterioro funcional del 47,5% que, en mayores de 85 años, alcanza el 61,3%¹⁻³. Estudiamos retrospectivamente todos los pacientes mayores de 85 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna por IC durante un período de 3 años para conocer las características y la evolución de ésta. Se han analizado los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes, manifestaciones clínicas, exploraciones complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados. Presentamos 96 pacientes, 61 mujeres y 35 varones con una edad de $88,9 \pm 3,48$ años. Un 89% residía en un ámbito familiar y un 5% vivían solos. Deterioro cognitivo severo o moderado del 35%. Índice de Barthel: un 62% no presentaba dependencia o ésta era leve. Enfermedades asociadas: HTA (68%), IC previa (44%), diabetes mellitus (25%), cardiopatía isquémica (23%), insuficiencia renal (22%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (21%). Un 53% presentaba 3 o más enfermedades asociadas. Tratamientos previos: diuréticos (76%), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y/o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) (44%), calcio antagonista (25%), digital (19%) y β bloqueantes (6%). La anticoagulación con dicumarínicos estaba indicada en 53 pacientes, de éstos únicamente 30 la recibían. Las causas de la descompensación fueron procesos respiratorios agudos (73%), fibrilación auricular paroxística (19%), infarto agudo de miocardio (4%) y falta de toma de medicación (4%). Manifestaciones clínicas y exploración física: disnea (92%), edemas (57%), arritmia (55%), ortopnea (54%), ingurgitación yugular (37%) y dolor precordial (14%). Exploraciones complementarias: Rx de tórax se realizó a

todos los pacientes, objetivándose cardiomegalia (72%), derrame pleural (68%), signos de estasis o edema agudo de pulmón (EAP) (19%). El electrocardiograma (ECG) reveló la presencia de fibrilación auricular (61%), ritmo sinusal (32%), ritmo de marcapasos (7%), bloqueo de rama derecha (BRD) (25%), bloqueo de rama izquierda (BRI) (18%) y alteraciones de repolarización (29%). El ecocardiograma se practicó al 36%, objetivándose alteraciones de la función sistólica (54%), diastólica (46%), esclerosis mitral y/o aórtica (43%), miocardiopatía dilatada (43%), valvulopatía mitral y/o aórtica severa (34%), dilatación de la aurícula izquierda (25%) e hipertensión pulmonar (11%). El tratamiento se basó en la administración de diurético (digital e IECA y/o ARA II). La evolución y la estancia media fueron de $6,4 \pm 3,85$ días. Un 27% de los pacientes falleció durante el ingreso, de los que fueron dados de alta, un 8% habían fallecido al año. Al 75% de los pacientes dados de alta se le modificó su tratamiento habitual (añadiendo fármacos, modificando dosis y/o grupo terapéutico): diuréticos (34%), ARA 2 y/o IECA (17%), digital (12%), dicumarínicos (10%), β bloqueantes (7%) y estatinas (4%).

La etiología de la IC en el anciano es similar a la del adulto, aunque a menudo es multifactorial^{2,3}. La hipertensión y la enfermedad coronaria son más comunes y representan un 70%. La edad avanzada da lugar a una limitación de la reserva cardiovascular, así el fallo cardíaco puede ser desencadenado o precipitado por neumonía, exacerbaciones de EPOC y, en pacientes con antecedentes de IC, la mala cumplimentación del tratamiento puede ocasionar hasta 2/3 de las descompensaciones⁴. Las manifestaciones clínicas pueden ser diferentes, lo cual retrasa el diagnóstico. De esta manera, la disnea de esfuerzo, la disnea paroxística nocturna y la ortopnea (que suelen indicar fallo ventricular izquierdo), o los edemas periféricos, dolor en hipocondrio derecho y ascitis (frecuentes en fallo ventricular derecho) pueden ser sustituidos por síntomas menos específicos, como fatiga, debilidad muscular generalizada, anorexia, confusión o delirio y alteraciones gastrointestinales. La presencia de otras enfermedades concomitantes y la superposición de alteraciones frecuentes en la vejez pueden dificultar aún más el diagnóstico^{5,6}. De las exploraciones complementarias, la analítica no aportó datos relevantes, no se determinó el NT-proBNP al no estar

disponible en nuestro centro durante el período de estudio. Sin embargo, su determinación ha demostrado ser de ayuda en el diagnóstico y poseer valor pronóstico^{1,7}. Tanto el ECG como la Rx de tórax son importantes en el diagnóstico. Pero creemos que el ecocardiograma, de los más útiles, no sólo nos mostrará anomalías estructurales, sino que nos valorará la función ventricular⁸. En nuestro estudio se realizó únicamente a un 36%, atribuimos esto a la elevada edad de los pacientes y a un posible ageísmo. El tratamiento ha sido similar a lo descrito en la literatura médica^{1–6}; sin embargo, el uso de β bloqueantes ha sido muy escaso, a pesar del beneficio de éstos en el tratamiento de la IC en el anciano^{9,10}. El pronóstico de la IC en el anciano no es bueno, ya que alrededor del 30% fallece en el primer año y más del 60% a los 5 años^{11,12}.

Bibliografía

- Esteve A, Domínguez de Pablos G, Minaya J. Seguimiento de guías fármaco terapéuticas en mayores de 85 años con insuficiencia cardíaca estadio C. Efecto sobre la mortalidad al año. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:90–3.
- Delgado E, Suárez FM, Miñana JC, Medina A, López V, Gutiérrez S, et al. Variables asociadas a deterioro funcional al alta y a los 3 meses en ancianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:66–72.
- Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol. 2004;57:163–70.
- Abdelhafiz AH. Heart failure in older people: Cause, diagnosis and treatment. Age and ageing. 2002;31:29–36.
- Vilches A, Rodríguez C. Insuficiencia cardíaca congestiva. En: SEGG, editor. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication; 2006. p. 313–23.
- Tresch DD. Clinical manifestations, diagnostic assessment and etiology of heart failure in elderly patients. Clin Geriatr Med. 2000;16:445–56.
- Pascual-Figal DA, Peñafiel P, Nicolas F, De la Morena G, Ansaldo P, Redondo B, et al. Valor pronóstico del BNP y la prueba de esfuerzo cardiopulmonar en la insuficiencia cardíaca sistólica en tratamiento con bloqueadores beta. Rev Esp Cardiol. 2008;61:260–8.
- Hendry A, Hacking L, Langhorne P, Vallance R, Mac Donald J. Evaluation of echocardiography in the management of elderly patients with heart failure. Age & ageing. 1999;28:447–50.
- Tavazzi L. Nebivolol for heart failure in the elderly. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2007;5:423–33.
- Imazio M, Cotroneo A, Gaschino G, Chinaglia A, Gareri P, Lacava R, et al. Management of heart failure in elderly people. Int J Clin Pract. 2008;62:270–80.
- Curtis LH, Whellan DJ, Hammill BG, Hernández AF, Anstrom KJ, Shea AM, et al. Incidence and prevalence of heart failure in elderly persons 1994–2003. Ann Int Med. 2008;168:418–24.
- Flather MD, Shibata MC, Coats AJ, Van Veldhuisen DJ, Parkhomenko A, Borbola J, et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J. 2005;26:215–25.

Juan Marti *, Jorge Ramella e Igor Larrea

Servicio de Medicina Interna, Hospital Zumárraga, Guipúzcoa, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: med016929@saludalia.com (J. Marti).