

sin FA^{6,7} meperidina, antihistamínicos⁶, benzodiacepinas^{6,7,9}, amitriptilina^{6,7,9} y AINE⁹).

Los criterios de Beers¹ se pueden aplicar a ancianos que viven en la comunidad, ingresados o institucionalizados. Sabemos que estos criterios tienen la desventaja de que no hay suficiente evidencia que avale la inclusión de medicamentos en los listados, o que evalúan cada medicamento de forma aislada. Se precisa de una continua revisión y actualización de criterios y existen dificultades de aplicabilidad según la diversidad de prácticas clínicas y sistemas de salud.

Un reciente estudio encuentra que el 12% de los ingresos hospitalarios se relacionan con efectos adversos de medicamentos según criterios STOPP y solo el 6% según criterios de Beers¹⁰.

A pesar de todo esto, se utilizó este método por ser sencillo de aplicar con pocos medios y que sirve para reflejar la punta del iceberg de la prescripción inadecuada.

La intervención del geriatra en este problema tan prevalente en el anciano puede contribuir a evitar problemas relacionados con los medicamentos.

Bibliografía

1. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-24.
2. Orellana Soto SE. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes ancianos hospitalizados en una Unidad Geriátrica de Agudos. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas; 2007.
3. Blasco Patiño F, Perez Maestu R, Martínez López de Letona J, Jiménez AI, Navarro MJ. Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid).* 2008;25.
4. Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age Ageing.* 2008;37:96-101.
5. Barry PJ, O'Keefe N, O'Connor KA, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly: a comparison of the Beers criteria and the improved prescribing in the elderly tool (IPET) in acutely ill elderly hospitalised patients. *J Clin Pharm Ther.* 2006;31:617-26.
6. Oscanoa TJ. Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores. *An Fac Med.* 2005;66.
7. Onder G, Landi F, Cesari M, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R. Investigators of the GIFA Study. Inappropriate medication use among hospitalized older adults in Italy: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the elderly. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59:157-62.
8. Laroche M, Charnes J, Nouaille Y, Fourrier A, Merle L. Impact of hospitalisation in an acute medial geriatric unit on potentially inappropriate medication use. *Drugs Aging.* 2006;23:49-59.
9. Liu GG, Christensen DB. The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: an update of the evidence. *J Am Pharma Assoc.* 2002;42:847-57.
10. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008;37:673-9.

Pilar Sáez-López^{a,*}, Araceli López-Sáez^b
y Sonsoles Paniagua-Tejo^c

^a Unidad de Geriátria, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España
^b Servicio de Farmacia, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España
^c Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pisalo@eresmas.com (P. Sáez-López).

doi:10.1016/j.regg.2011.11.008

Síncopes repetidos secundarios a eventración intestinal

Recurrent syncope secondary to intestinal invagination

Sr. Editor:

Es muy importante obtener un diagnóstico apropiado y precoz de la etiología de los síncope en pacientes ancianos para reducir la morbimortalidad y mantener la situación funcional. La clave para dicho diagnóstico habitualmente depende de una correcta anamnesis del paciente y de los testigos, aunque nuestra población tiene una serie de circunstancias que pueden interferir con la realización e interpretación de dichas pruebas. A nivel terapéutico en numerosas ocasiones nos enfrentamos a situaciones complejas cuando las decisiones son invasivas. El presente caso clínico ilustra algunos de estos aspectos.

Presentamos un paciente de 86 años que ingresó en nuestro servicio de Geriátria en enero del 2011 por un cuadro sincopal. Entre los antecedentes personales destacaba: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II (sin microangiopatía objetivada), carcinoma vesical diagnosticado en el año 2004 (RTU vesical con posteriores controles normales), espondiloartrosis y una gran hernia abdominal manejada de manera conservadora de más de 10 años de evolución. Había sido intervenida de varices, coledocistitis y RTU vesical. Seguía tratamiento con ácido acetil salicílico 100 mg, simvastatina 40 mg, omeprazol, enalapril 5 mg y repaglinida 1 mg. Precisaba ayuda para baño, aseo y vestido y de un bastón para caminar. Presentaba incontinencia urinaria ocasional y no tenía deterioro cognitivo.

Acudía por pérdida de conocimiento de unos 5-10 minutos de duración, sin respuesta a estímulos dolorosos, sin sintomatología

cardíaca, pérdida de control de esfínteres, movimientos anómalos, pródromos, cefalea previa, pérdida de fuerza focalizada o estado poscrítico. En la exploración física el paciente presenta un buen estado general, con TA 130/81 mmHg (sin hipotensión ortostática), FC 81, saturación basal 94% y glucemia capilar 246 mg. Las arterias temporales no estaban induradas, no presentaba bocio ni adenopatías, ni tenía ingurgitación yugular. La auscultación cardíaca era rítmica, sin claros soplos y la pulmonar era normal. En el abdomen destacaba una importante hernia periumbilical apenas reducible, sin signos de sufrimiento. No tenía edemas y la exploración neurológica era rigurosamente normal. La paciente había tenido en los 5 años previos numerosas visitas a urgencias e ingresos en diferentes servicios médicos por cuadros sincopales no filiados, estando todas las pruebas realizadas dentro del rango de la normalidad, sin explicar la etiología de dichos síncope (TAC y RM cerebral, electrocardiograma y Holter, ecocardiograma, electroencefalograma, gastroscopia y colonoscopia, estudio analítico convencional y TAC toracoabdominal). En un ingreso previo en nuestro departamento se planteó la posibilidad de que el origen de los síncope tuviera relación con el dolor abdominal ocasional que presentaba la paciente en relación con su herniación intestinal (ver figura 1). Por dicho motivo se derivó a Consultas Externas de Cirugía General y Medicina Digestiva, que desestimaron la posible intervención por no quedar clara la etiología del cuadro y la edad de la paciente. Durante los últimos meses la paciente debía acudir a Urgencias al menos una vez por semana por episodios sincopales y de dolor abdominal por lo que finalmente ingresó en el departamento de geriatría de nuevo. Se valoró de manera conjunta entre los departamentos de cirugía general y geriatría, optándose por intentar realizar una hernioplastia con malla control de presión intraabdominal. Tras explicar las posibilidades evolutivas a



Figura 1. TC abdominal, imagen axial: hernia de pared abdominal anterior con contenido de asas de intestino delgado y signos inflamatorios de la grasa mesentérica.

la familia finalmente se intervino, presentando durante la cirugía alteraciones ECG al manipular asas intestinales. Tras reducción del contenido herniario y monitorización de la presión intraabdominal se colocó una malla de polipropileno suprafascial fijada con puntos sueltos de polipropileno. El postoperatorio inicial fue tórpido por un cuadro de delirium hiperactivo multifactorial que se resolvió en pocos días. Desde el momento de la intervención la evolución fue excelente, desapareciendo los episodios sincopales y de dolor abdominal. Permanece asintomática 6 meses después.

Comentario

El paciente descrito presenta un cuadro de recurrencia sincopal sin clara etiología tras una valoración global estructurada. La presentación de esta entidad en el anciano viene condicionada por la presencia de comorbilidad y polifarmacia¹. Las principales causas de síncope en el anciano son la hipotensión ortostática, síndrome del seno carotídeo, síncope neuromediado y arritmias cardíacas². Pueden coexistir a la vez en el mismo paciente y debemos ser conscientes de la importancia de un correcto manejo en esta población por las importantes consecuencias sobre la mortalidad y funcionalidad³. Algunos estudios demuestran la aplicabilidad de los estudios diagnósticos de manera similar a poblaciones más jóvenes incluso en pacientes mayores de 90 años⁴. Existen algunas características en esta población a nivel diagnóstico que debemos tener en cuenta, como que la hipotensión ortostática no siempre es reproducible, el masaje del seno carotídeo puede ser muy útil, la prueba de mesa basculante o «tilt test» se tolera muy bien y es una prueba segura, y una interesante alternativa diagnóstica es el Holter implantable subcutáneo en caso de sospecha de arritmias no objeti-

vadas de manera convencional. En ocasiones debemos plantearnos incluso el ingreso hospitalario para realizar un estudio completo a pacientes complejos limitados por su situación funcional, cognitiva o social⁵.

El paciente que hemos presentado es otro ejemplo de la importancia de una correcta colaboración entre los diferentes profesionales que atienden al paciente anciano, en este caso a nivel quirúrgico. Hay numerosos ejemplos en la literatura de pacientes que de manera repetida han sido desestimados para una intervención quirúrgica en base a la edad y que tras una correcta reevaluación e interrelación entre especialistas han podido beneficiarse de actitudes más activas y menos ageístas⁶. De nuevo se evidencia que la evaluación del paciente anciano con buena situación basal debe realizarse igual que en el joven².

Bibliografía

1. Vetta F, Ronzoni S, Costarella M, Donadio C, Battista L, Renzulli G, et al. Recurrent syncope in elderly patients and tilt test table outcome: the role of comorbidities. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49 Suppl. 1:231-6.
2. Sutton R, Benditt D, Brignole M, Moya A. Syncope: diagnosis and management according to the 2009 guidelines of the European Society of Cardiology. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.* 2010;120:42-7.
3. Ungar A, Galizia G, Morrión A, Mussi C, Noro G, Ghirelli L, et al. Two-year morbidity and mortality in elderly patients with syncope. *Age Ageing.* 2011;40:696-702.
4. Ungar A, Mussi C, Del Rosso A, Noro G, Abete P, Ghirelli L, et al. Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:1531-6.
5. Linzer M, Yang EH, Estes 3rd NA, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. *Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. Annals of internal medicine.* 1997;127:76-86.
6. Martínez Velilla N, Emparan García de Salazar C, Idoate Saralegui F, San Martín Ganuza L. Reparación laparoscópica de hernia de Bochdalek en mujer de 80 años con episodios obstructivos recurrentes. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:57-8. Epub 2010/10/16.

Nicolás Martínez Velilla^{a,*}, Ana Ayestarán Ayestarán^b, Carlos Emparan García de Salazar^b, Helena Gómez Herrero^c y Pablo Aldaz Herce^d

^a Servicio de Geriatria, Hospital de Navarra, Pamplona, España

^b Servicio de Cirugía, Clínica San Miguel, Pamplona, España

^c Sección de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra C, Pamplona, España

^d Centro de Salud de San Juan, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es (N. Martínez Velilla).

doi: 10.1016/j.regg.2012.01.004

Eliptocitosis congénita no conocida como desencadenante de insuficiencia cardíaca en mujer nonagenaria

Unknown congenital elliptocytosis as triggering factor of heart failure in a nonagenarian woman

La insuficiencia cardíaca (IC) representa el estadio final de la mayoría de enfermedades cardiovasculares. El envejecimiento de la población y los avances en los tratamientos hacen que su prevalencia aumente cada año¹. En España, esta se dobla con cada década de vida desde los 40 años, alcanzando el 10% en los mayores de 70. El 90% de los casos son en mayores de 65². Representa la tercera causa de muerte y la primera de ingreso hospitalario en mayores

de 65 años, justificando el 40-50% de las estancias hospitalarias y suponiendo entre el 1,8 y el 3,1% del coste sanitario total. Responde bien al tratamiento pero más del 50% reingresan en 3 meses³. Suele ser multifactorial pero el 70% de los casos en el anciano se deben a HTA y cardiopatía isquémica. Los factores desencadenantes más frecuentes en no ingresados son el incumplimiento terapéutico y el uso de AINE (hasta 2/3 de las reagudizaciones⁴) y en hospitalizados la sobrecarga de fluidos.

Presentamos el caso de una paciente que ingresa con diagnóstico de IC y anemia.

Mujer de 93 años que acude a urgencias por disnea. No tenía factores de riesgo vascular. Había sido tratada con hierro oral de forma intermitente por anemia habiendo sido transfundida en una