

Enfermedades Cardiovasculares en el Anciano

Por doctor Carlos José Jaramillo Gomez

Profesor Titular

Medicina Interna - Cardiología

Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

Cuando el médico atiende a un anciano que consulta por síntomas que le hacen sospechar un problema cardiovascular o que al examen físico presenta un hallazgo anormal en este sistema, debe tener en cuenta aspectos de la fisiopatología del envejecimiento, de la farmacocinética, de la semiología, de la historia natural de las enfermedades y de las evidencias aportadas por los estudios sobre tratamientos, en esta población especial que va en aumento en todos los países del mundo.

Se hará un panorama de los principales problemas:

Falla cardíaca: A medida que se envejece, hay mayor posibilidad de desarrollar falla cardíaca, no solamente por los cambios que se dan en los ventrículos especialmente el izquierdo, que se ve sometido a una mayor impedancia por los cambios en la aorta, desarrolla una leve hipertrofia y fibrosis intersticial, aunado a una disminución de la relajación que puede manifestarse tanto en disfunción sistólica por el primer mecanismo y disfunción diastólica por el segundo, sino por las probabilidades de sobrevivir mas tiempo a enfermedades coronarias, valvulares, congénitas corregidas y degenerativas. El médico debe estar muy atento a evaluar cuidadosamente la disnea, la fatiga fácil, los edemas de miembros inferiores, pues pueden ser la manifestación de otras enfermedades o a veces se pueden atribuir al hecho de envejecer; el examen físico cuidadoso será importantísimo en ayudar a definir la presencia de falla cardíaca, especialmente si se encuentra un punto de máximo impulso desplazado a la izquierda o un latido epigástrico, la presencia de S3 o S4, el hallazgo de un soplo significativo, la presencia de crépitos pulmonares, de injurgitación yugular, de hepatomegalia dolorosa con reflujo hepato-yugular. La radiografía de tórax que demuestre una cardiomegalia y signos de congestión será otra gran ayuda y por supuesto el EKG que demuestre una hipertrofia ventricular con sobrecarga o las cicatrices de una enfermedad coronaria afianzarán la sospecha clínica. La ecocardiografía es una herramienta definitiva para establecer las alteraciones de las cavidades, del compromiso de función sistólica o diastólica, de alteraciones de la contractilidad tanto segmentarias como globales y del compromiso valvular.

En el anciano es mas frecuente la disfunción diastólica y, por lo tanto, se debe tener en cuenta esta posibilidad ante la disnea.

En cuanto al tratamiento, se siguen los mismos principios: buscar con ahínco la causa y el factor precipitante de la descompensación, pues si la causa es una estenosis aórtica, se debe hacer cirugía de reemplazo valvular, si es

isquémica y se demuestra viabilidad miocárdica, se debe revascularizar, si la descompensación es por una fibrilación auricular, el lograr controlar la respuesta ventricular o retornar a ritmo sinusal será definitivo para la compensación. Es frecuente en el anciano la descompensación por ingesta exagerada de líquidos o de sal. Por los aspectos sociales, individuales y cognitivos, una causa frecuente de descompensación es la toma inadecuada de los medicamentos.

Vale la pena tener en cuenta que en los pacientes con falla sistólica los inhibidores de canales de calcio con excepción del amlodipino incrementan la morbimortalidad y pueden interactuar con la digital, causando severas alteraciones de la conducción A-V.

Siempre en el anciano se debe tener en cuenta la necesidad de ir incrementando la dosis de los medicamentos muy paulatinamente e ir evaluando tanto la respuesta clínica como los cambios de laboratorio, especialmente la creatinina, el ionograma y el mismo electrocardiograma.

Enfermedad coronaria: Es frecuente en el anciano que la manera de presentarse la enfermedad crónica sea más por fatigabilidad o disnea como equivalentes anginosos al dolor precordial típico; más o menos el 30% se manifiesta como isquemia silente. Vale la pena mencionar como resultado de los estudios de necropsias en mayores de 80 años, como de solo 20% de una serie tuvieron síntomas isquémicos, mientras los hallazgos de autopsia demostraron presencia de enfermedad coronaria severa en el 50%.

La prueba de esfuerzo es de gran ayuda en el diagnóstico, vale la pena insistir al momento de solicitarla, proceder con un protocolo de menor exigencia al de Bruce, como es el de Bruce modificado, un Naughton o uno de bajo nivel, pues permite una mejor adaptación al esfuerzo. Cuando el anciano logra demostrar una capacidad funcional de 6 mets o más, es un predictor de bajo riesgo.

Cuando se demuestra la presencia de enfermedad coronaria, las opciones de angioplastia más la colocación de stent o la cirugía de revascularización son válidas, por supuesto, la presencia de otras comorbilidades hacen que el pronóstico sea más complicado por lo que la decisión ante cada caso es individualizada, recordando que la opción de manejo médico es buena.

En los síndromes coronarios agudos: angina inestable, infarto sin elevación del ST e infarto con elevación del ST, el manejo es el mismo que se tiene para la comunidad general; en este último, desde que se pueda realizar una angioplastia primaria en las primeras 6 horas, es la mejor opción.

Hipertensión Arterial: Hay algunas particularidades en el diagnóstico y manejo de este problema en el anciano: por la pérdida de la elasticidad de la aorta y los grandes vasos, se encuentra con mayor frecuencia una hipertensión sistólica y por es frecuente que se presente el denominado “vacío auscultatorio”, por lo tanto es una recomendación en el anciano tomar la

presión palpatoria, o sea, tomar el pulso e ir inflando el tensiómetro hasta la desaparición del pulso. Está bien demostrado que vale la pena tratar de controlar la hipertensión sistólica pues se disminuye la morbimortalidad; a veces es difícil lograr el control óptimo, pero el solo hecho de disminuir unos 20 mm la sistólica sin causar síntomas al paciente es una meta importante. En el anciano hay muchas más probabilidades de tener hipotensiones posturales que pueden llevar a caídas, causa de fracturas de cadera. Vale la pena preguntar cuidadosamente por este síntoma en los controles de los pacientes y tomar la PA en las tres posiciones. Debe recordarse cuando se decida iniciar prazosin, dar dosis bajas y las primeras darlas en la noche en el momento de acostarse, pues pueden provocar hipotensiones severas. Un detalle importante es la presencia en algunos ancianos de la hipotensión posprandial que puede causar mareos y caídas.

En cuanto a la escogencia de los medicamentos, los tiazídicos en dosis bajas siguen siendo una buena alternativa. Los inhibidores de canales de calcio especialmente el verapamilo puede causar alteraciones en la conducción A-V importantes. De resto se siguen las indicaciones sobre la terapéutica: manejo no farmacológico, combinación de medicamentos en dosis no muy altas y la escogencia de acuerdo a las comorbilidades del paciente.

Enfermedades Valvulares: Es frecuente en el anciano auscultar un soplo sistólico en el foco aortico; la mayor parte de las veces es por aortoesclerosis y no tiene trascendencia hemodinámica; la forma de saberlo, es por supuesto si el paciente es asintomático (no se queja de angina, fatiga, mareos, síncope o disnea), si el PMI no está desplazado y el EKG no demuestra signos de hipertrofia, sobrecarga y/o isquemia, pues de otra manera es indispensable realizar una ecocardiografía con doppler pues se estaría frente a una estenosis aórtica significativa que muy probablemente requiera de reemplazo valvular.

Esta patología es fundamentalmente de tipo degenerativo y por calcificación del anillo y las hojas de la válvula. Definitivamente, si la estenosis aórtica es sintomática o se acompaña de alteraciones de la función sistólica, se debe hacer reemplazo de la válvula pues mejora sustancialmente la calidad de vida.

En los muy ancianos, se prefiere el uso de una válvula biológica para evitar la anticoagulación y es una buena opción, pues las probabilidades de disfunción son menores que lo que ocurre en los más jóvenes.

La otra alteración que se encuentra frecuentemente en los ancianos es la insuficiencia mitral que se origina en calcificación del anillo o de las válvulas y/o a las alteraciones mixomatosas. La valoración de la trascendencia y la necesidad de considerar un reemplazo valvular dependen de la severidad identificada por la ecocardiografía, la sintomatología y las comorbilidades.

Arritmias: La fibrilación auricular es muy frecuente en el anciano y a medida que se va envejeciendo la prevalencia es mayor; su importancia es por el riesgo incrementado de provocar descompensación de falla cardíaca, síncope y enfermedad cerebrovascular por embolismo sistémico, por lo tanto, ante el

diagnóstico de esta arritmia, se debe proceder buscando la causa en primera instancia (son causas frecuentes la cardiopatía hipertensiva, la isquémica, la valvular, la dilatada, la medicamentosa-antigripales, B2 estimulantes y cuando no hay alteración estructural se debe descartar un hipertiroidismo), luego el esfuerzo va encaminado a lograr un buen control de la respuesta ventricular (con digital, b-bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio o amiodarona, dependiendo de las circunstancias del paciente) o lograr regresar al ritmo sinusal, sobretodo si el paciente esta descompensado o tiene una respuesta muy rápida que no ha cedido a los medicamentos, mediante la cardioversión eléctrica o farmacológica. Finalmente, se debe evaluar el riesgo vs. beneficio de la anticoagulación con warfarina para evitar el embolismo sistémico.

Los trastornos de conducción aurículo ventricular y de las ramas del haz de His son cada vez más frecuentes en los ancianos; por lo tanto, hay que estar alerta y sospecharlos siempre que el paciente experimente mareos, síncope o caídas y, además de un buen examen físico, una palpación prolongada del pulso, la toma de un EKG y en los casos que lo justifique el uso del estudio Holter (monitoreo electrocardiográfico continuo) permitirán encontrar la causa del problema y mediante la implantación de un marcapaso prevenir fracturas y mayor morbilidad.

Lecturas recomendadas:

Braunwald, Heart Disease. 6ta edición, Ed. Saunders 2002.

Manual de Normas y procedimientos en cardiología. Editor Juan Manuel Senior, Editorial Universidad de Antioquia 2000.