

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN ANCIANOS ASINTOMATICOS

* Dr. Washington G. Mera C

INTRODUCCION

El grave problema mundial que constituyen las enfermedades cardio-vasculares y de manera preponderante la enfermedad coronaria, cuya frecuencia es cada vez mayor según cifras de la OMS, interesa también y de modo importante a nuestro país. Por otro lado, este problema cobra mayor validez entre nosotros, si se considera que alrededor del 75o/o de los afectados desconocen su condición y los que la conocen, sólo cerca del 10o/o reciben tratamiento, siendo adecuado en menos de la mitad de los mismos.

Los datos estadísticos demuestran una tendencia a la longevidad en la población de la mayoría de países, especialmente de los que han logrado un elevado nivel económico-cultural, porcentaje que aumentará en los próximos años.

En nuestro país, en la actualidad, el 5.96o/o de la población general lo conforman personas de 60 años o mayores. Conviene, por lo tanto, que el Estado conozca esta realidad, para que pueda enfrentar y resolver los variados problemas, especialmente de tipo médico-sanitario de este importante grupo poblacional.

No obstante que lo anterior es cierto, lo es también el hecho del aumento de la morbi-mortalidad por afecciones cardio-vasculares, especialmente por enfermedad cardiaca coronaria, independientemente de la edad, pero con un franco predominio en etapas medias y avanzadas de la vida.

Por lo tanto, solamente la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiaca coronaria y de sus factores de riesgo, pueden detener el avance aterrador de la mortalidad por coronariopa-

tías, que, característicamente, atacan sin mayor aviso y que, con frecuencia, consisten en infartos del miocardio no diagnosticados, por lo súbitos o inesperadamente letales, las más de las veces sin dar tiempo a asistencia médica.

Una investigación epidemiológica de factores de riesgo coronarios, puede permitir una estimación adecuada de las coronariopatías incipientes o en evolución y a su vez permitir la identificación de los puntos vulnerables.

Para evaluar coronariopatías asintomáticas se dispone de numerosos exámenes, pero el más valioso es el electrocardiograma. La vigilancia periódica con este método de personas que presentan factores de riesgo coronario, puede reducir la evolución frecuentemente fatal de esta dolencia.

OBJETIVO

La finalidad de este trabajo ha sido el determinar los hallazgos electrocardiográficos encontrados en personas asintomáticas de 60 años o mayores. Pretende asimismo, estimular a los cardiólogos y clínicos a extender su realización a personas de mediana y avanzada edad, asintomáticos o no, pero que presenten alguno de los estigmas de la enfermedad coronaria, para en base de este conocimiento emprender esquemas de tratamiento racionales que permitan una mayor supervivencia con bienestar de estas personas.

No es tema de este trabajo correlacionar las anomalías electrocardiográficas con otros factores de riesgo.

MATERIAL Y METODOS

De la consulta privada y de la del Dispensario Central del IESS, se han estudiado electrocardiográficamente 200 pacientes en reposo, todos de 60 años o más, que solicitaron un chequeo de rutina. No presentaban síntomas ni signos cardiovasculares y eran aparentemente sanos.

Esta observación fue realizada durante los años 1976, 1977, y 1978.

Las características de los pacientes fueron:

No. de pacientes	200
masculinos	150
femeninos	50
edad mínima	60 años
edad máxima	78 años
edad promedio	66 años

RESULTADOS

Los resultados del estudio fueron los siguientes:

Categoría	No. de casos
Normales	82
Alteraciones de la porción ST-T, compatible con isquemia subepicárdica	12
Alteración de la porción ST-T, compatible con isquemia subendocárdica	2
Bloqueo incompleto de rama derecha	19
Bloqueo incompleto de rama izquierda	7
Bloqueo completo de rama derecha	5
Bloqueo completo de rama izquierda	2
Sobrecarga ventricular izquierda	12
Sobrecarga ventricular derecha	8
Contracciones prematuras supraventriculares	12
Contracciones prematuras ventriculares	10

Bloqueo aurículo-ventricular de primer grado	5
Fibrilación auricular	2
Sobrecarga ventricular izquierda y fibrilación auricular	2
Sobrecarga ventricular izquierda y contracciones prematuras auriculares y ventriculares	2
Sobrecarga ventricular izquierda y alteraciones isquémicas	8
Trastornos diversos	10

COMENTARIOS

El envejecimiento es la suma de numerosos cambios fisiológicos y emocionales graduales, y prácticamente con el paso del tiempo cada órgano pierde capacidad funcional, pero la rapidez con que ocurre es variable. Factores como enfermedades crónicas y elementos nocivos del ambiente, que al provocar deterioro celular y visceral, son los que vuelven frágiles a los viejos, más que los años mismos.

Sin embargo, los diferentes órganos son afectados en forma desigual al paso del tiempo, del mismo modo que los estigmas visibles son también muy variables en los diferentes individuos. Y así como unas personas se cubren de canas o arrugas precozmente, en tanto se conservan jóvenes en sus restantes características exteriores, es cosa positiva que el corazón, o los vasos, en la mayoría de personas, se anticipan en su decadencia a los demás órganos del cuerpo y se convierten así en los puntos más vulnerables.

En la etiopatogenia de estos cambios intervienen factores metabólicos, raciales, hereditarios, ambientales, ocupacionales, etc., que actúan en forma aislada o en combinación.

Los factores de riesgo coronario más importantes, son: historia familiar de enfermedad vascular precoz, hipertrofia ventricular izquierda, diabetes

mellitus, cifras altas de lípidos sanguíneos, presión sanguínea alta, aumento de edad, gota, dieta excesiva en calorías totales y en grasas saturadas, hábito de fumar, deformación electrocardiográfica post esfuerzo o en reposo, inactividad física y, posiblemente algunos caracteres de la personalidad y el tipo de reacción emocional.

El patrón electrocardiográfico, tanto en reposo como durante el esfuerzo, es de enorme utilidad en el estudio de las afecciones cardio-vasculares, especialmente de la enfermedad cardíaca coronaria. Algunas anomalías en el trazo de esfuerzo proporcionan la evidencia más precoz de insuficiencia vascular coronaria, mientras que las deformaciones del trazado en reposo pueden indicar un estado más avanzado de la lesión.

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que el patrón de alteraciones inespecíficas de la porción ST-T, el de hipertrofia ventricular izquierda y otras anomalías del QRS como los bloques intraventriculares presentes en el ECG de reposo, van asociados a un elevado riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.

Los cambios ST-T inespecíficos comportan un riesgo 2 a 4 veces mayor en el curso de los 12 años siguientes, en tanto que el patrón de hipertrofia ventricular izquierda se acompaña de un aumento substancial de coronariopatías sintomáticas, particularmente de las letales. Así, el riesgo de mortalidad después de la aparición de hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica, es equivalente al que corren las personas que han sobrevivido a un infarto del miocardio. No se puede atribuir el riesgo enteramente a la hipertensión frecuentemente coexistente, puesto que persiste después de haber controlado la tensión arterial. Evidentemente, la hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica no sólo refleja la hipertrofia consecutiva a la hipertensión, sino que es un precursor importante de muerte repentina, representando un riesgo 10 veces mayor.

A las personas que presentan las anomalías electrocardiográficas indicadas, no es necesario ni conveniente titularlas de "precursoras de coronario-

patías", lo que haría suponer como que realmente padece dicha afección, por las implicaciones sociales, psicológicas, ocupacionales, etc. que esto implica; es más apropiado designarlas como "propensas a una coronariopatía". Sin embargo, sería negligente el ignorar estos presagios electrocardiográficos de afectación miocárdica.

El hecho de que un alto porcentaje de pacientes asintomáticos exhiban un ECG francamente anormal, podría explicarse porque en las personas de edad existen varios factores que dificultan la valoración clínica de su cardiopatía. La actividad física frecuentemente limitada, hace que disminuya la aparición de los dos síntomas cardinales de las cardiopatías: disnea y dolor retroesternal con el esfuerzo. Por otra parte, en algunas personas de edad avanzada, son un estado de atrofia muscular, pérdida ponderal y anorexia, las manifestaciones de insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIONES

Las afecciones asintomáticas del corazón detectadas electrocardiográficamente, son bastante

frecuentes de acuerdo con el estudio realizado y constituyen un problema socio-económico importante, pues por lo general determinan en algún momento de su evolución, incapacidad temporal o permanente de diversos grados.

Virtualmente todas las personas tienen algún grado de aterosclerosis, lo que es más evidente con la edad y la presencia concomitante de uno o varios de los factores de riesgo, lo que las vuelven en candidatos de elevada opción a adquirir la enfermedad cardíaca coronaria, por lo que parece razonable que la eliminación o mejora de los factores accesibles, se acompañe de un menor riesgo de la enfermedad.

Una alteración electrocardiográfica, en ningún caso puede indicar con certeza el futuro de un enfermo, sin embargo, es justificado concluir que un ECG que presente las anomalías referidas, tiene un sólido valor presuntivo sobre la presencia o aparición futura de la enfermedad cardíaca coronaria. Investigar y denunciar la presencia de tales disturbios debe ser función ineludible de clínicos y cardiólogos, por lo que la exploración electrocardiográfica debe constituirse en una rutina en personas ancianas o con factores de riesgo coronario.

BIBLIOGRAFIA

1. Mera, W.: *Algunos consejos de cómo vivir con el corazón enfermo*. Rev. Médica IESS, 1, 3:53, Quito, 1975.
2. Hurst, J. W. y Logue, R.: *The heart*. McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1966.
3. Booson, P. y Macdermott, W.: *Tratado de medicina interna*. 14a. ed., Interamericana, México, 1977.
4. Rubin, E.: *Enfermedades del tórax*. Ediciones Toray, Barcelona, 1965.
5. Escalle, J. E.: *Después del infarto*. El Ateneo, Buenos Aires, 1974.
6. Chávez Rivera, I.: *Cardioneumología, fisiopatología y clínica*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México, 1973.
7. Brest, A. N.: *Enfermedad cardíaca coronaria*. Editorial Ims, Barcelona, 1972.
8. Carson, P.: *Diagnóstico en cardiología*. Ediciones Toray, Barcelona, 1971.
9. Prauatiel, A.: *La angina de pecho*, El Ateneo, Buenos Aires, 1975.
10. Brest, A. N.: *Cardiovascular disorders*. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1968.
11. Friedberg, Ch. K.: *Enfermedades del corazón*. 3a. ed., Interamericana, México, 1969.

12. Sodi Pallares, D.: *Concepto y diagnóstico electrocardiográfico de la insuficiencia coronaria*. Ed. Imperial Chemical Industries, Macclesfield, 1974.
13. Tranchesi, J.: *Electrocardiograma normal y patológico*. 2a. ed., La Médica, Rosario, 1968.
14. Stock, J. P.: *Diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardíacas*. 2a. ed., Ed. Jims, Barcelona, 1972.
15. Fox, S. M., Naughton, J. P. y Gorman, P. A.: *Estado cardiovascular y actividad física, Conceptos Modernos Sobre Enfermedades Cardiovasculares*. 41:27, 1972.
16. Stamler, J.: *Epidemiología de la cardiopatía coronaria, Clínicas Médicas de Norteamérica*. 57:5, 1973.
17. Kannel, W.: *Papel del colesterol en la aterogénesis coronaria, Clínicas Médicas de Norteamérica*. 58:363, 1974.
18. Fredrickson, D. S.: *Hiperlipidemia, orientación práctica para el médico, Conceptos Modernos Sobre Enfermedades Cardiovasculares*. 41:37, 1972.
19. Schättember, T.: *Nutrición y enfermedades cardiovasculares, Clínicas Médicas de Norteamérica*. 54:1449, 1970.
20. Freis, E. D.: *Hipertensión arterial y coronariopatía, Conceptos Modernos Sobre Enfermedades Cardiovasculares*. 43:21, 1971.
21. *Archivo de la Dirección Nacional de Estadística, Quito, 1978.*
22. Suraweiz, B.: *Papel del potasio en la terapéutica cario-vascular, Clínicas Médicas de Norteamérica*. 52: 1103, 1968.
23. Connor, W.: *Medidas para disminuir los valores séricos de lípidos en la cardiopatía coronaria, Clínicas Médicas de Norteamérica*. 52:1249, 1968.

***Cardiólogo del Seguro Social - D. Central Cardiólogo Ad-honorem del Hospital Eugenio Espejo, profesor Instructor de Cardiología y Medicina Interna Rotativo, Facultad de Ciencias Médicas.**
