

AVENÇOS EN CARDIOLOGIA *

TRACTAMENT DE LES ARRÍTMIES

A. BAYÉS DE LUNA

Cal tenir ben present:

1. Que no s'han de tractar totes les arrítmies, i
2. Que, gràcies a l'electrocardiografia de Holter coneixem molt millor el número i tipus d'arrítmies que té la gent. Mentre que en l'electro de base hi ha un 7 % de malalts que tenen extrasístoles ventriculars a la nostra estadística, amb el Holter són el 44 %, de manera que això sol ens permet veure que en alguns casos hi ha deu vegades més arrítmies que les que veiem nosaltres en l'ECG convencional que fem un dia en un malalt.

A un grup de gent sana, joves, estudiants de la Universitat Autònoma, als quals se'ls va posar durant 24 hores el registre de Holter, es va veure que, en algun moment o altre del registre hi havia l'11 % d'aquest grup que tenia una bradicàrdia sinusal severa (menys de quaranta impulsos per minut), l'11 % tenien una arrítmia sinusal severa (una diferència cicle a cicle superior al cent per cent), hi havia un 11 % d'estudiants que tenien uns impulsos d'escapament i el 16,5 % tenien extrasístoles supraventriculars i ventriculars. No n'hi havia cap, en canvi, que tingués bloqueig A-V. Això vol dir que, àdhuc estudiants joves, si se'ls posa un registre de 24 hores tenen extrasístoles en un tant per cent no menyspreable i per tant això és una indicació més que no s'ha d'associar a la paraula arrítmia la paraula malaltia i necessitat de tractament.

Si hem dit que els estudiants joves tenien aquesta incidència del 16 % en la nostra estadística, en l'estadística de Bethge es veu que aquesta incidència en grups de població en principi sans augmenta amb

* Sessió del dia 26 de març de 1982, Girona.

els anys, de forma que ell té una estadística molt semblant a la nostra de l'11 % en un grup de població de 20 a 29 anys, i passa al 24 % de 30 a 40 anys, al 27 % de 40 a 50 anys, al 50 % de 50 a 60 anys i per sobre de 60 anys el 60 % de la gent té extrasístoles encara que siguin teòricament o aparentment sanes. Diem aparentment perquè és evident que no hi ha pràcticament cap treball que hagi fet coronariografies per saber de segur si aquella persona és sana, i àdhuc els que han fet coronariografies no han fet biòpsia miocàrdica, que seria potser una comprovació última de saber si aquell miocardi està sa, però al principi, amb les exploracions normals, són gent aparentment sana i el tant per cent d'extrasístoles va augmentant fins a arribar al fet que, més d'un de cada dos, tenen extrasístoles a partir d'una certa edat. També, a mesura que passen els anys, es presenten més extrasístoles durant l'esforç i en el postesforç immediat.

El prototipus d'extrasístole que es veu més en la gent sana són les que tenen una morfologia en bloqueig de branca esquerra, però tenen un eix de QRS situat a la dreta. Si vosaltres us fixeu en els malalts que us vénen a veure amb extrasístoles i estan sans, molts d'ells tenen aquest tipus d'extrasístoles; és una espècie de firma que ens garanteix, que ens assegura que aquella persona està sana, no és segur ni de bon tros perquè hi ha gent amb infart que tenen aquesta extrasístole i gent sana que té l'altre; però quan s'associa la sospita que aquella persona està sana i presenta aquest tipus d'extrasístole ens deixa una mica més tranquils de cara a les possibilitats que tenim en els mitjans en els quals ens movem normalment que no es poden fer exploracions gaire dificultoses i gaire complicades.

Evidentment, si joestic aquí avui per enraonar d'això és fonamentalment perquè és evident que les arrítmies es tracten perquè hi ha el perill de la mort sobtada, i per això s'han de tractar. I el 99 % de vegades es tracten per aquest problema.

Hem de saber endevinar quan hem de tractar les arrítmies; sobretot parlarem aquí de l'extrasístole, o sigui dels complexos ventriculars prematurs.

Quan veiem que una persona és aparentment sana i té extrasístoles en general no la tractem, després veurem quins són els únics casos en què tractem les extrasístoles de la gent aparentment sana i veurem que són casos força excepcionals.

Aquí, del que es tracta és de veure quins són els individus que tenen perill de mort sobtada i en principi hem de dir que aquests no són mai els aparentment sans. Estudis estadístics que el Dr. Tomàs coneix millor que no jo, han pogut de manifestar que no hi ha cap relació directa entre mortalitat a curt, mitjà o llarg termini i presència d'extrasístoles a les sèries estudiades epidemiològicament en els individus aparentment sans. De manera que *es pot considerar, i es pot dir, que la*

persona que té extrasístoles i és aparentment sana només s'ha de tractar en els casos que després veurem, i si s'ha de tractar no ha d'ésser pel perill de la mort sobtada, ha d'ésser per algunes situacions peculiars que a continuació explicarem. El problema fonamental està amb els cardíopates, i sobretot amb els coronaris. ¿Quins coronaris són els que han d'estar sotmesos a un tractament antiarítmic preventiu? Això evidentment depèn de l'ECG que presenta aquest coronari i d'altres factors de tipus clínic, perquè segons quins siguin aquests factors el perill de mort sobtada es més o menys possible, més o menys freqüent o més o menys probable.

En el que fa referència a la perillositat segons l'ECG, i en el que respecta al coronari crònic, que és el malalt que ens ha de preocupar més, pel seu gran nombre, direm que hi ha uns criteris de perillositat segons la morfologia i la freqüència de les extrasístoles (el correcte és parlar de complexos ventriculars prematurs perquè després veurem que hi ha una mica de diferència entre extrasístoles i parasístoles). En principi, doncs, hi ha uns criteris de perillositat que clàssicament es consideren que són els que va definir Lown, encara que hi ha moltes crítiques en aquesta gradació de Lown.

Segons aquest autor, les extrasístoles es poden dividir en 6 tipus:

Tipus 0 = No extrasístoles.

Tipus 1 = Menys de 30 per hora.

Tipus 2 = Més de 30 per hora.

Tipus 3 = Polimòrfics.

Tipus 4 = Parelles o salves.

Tipus 5 = Amb fenomen R/T.

Si els cataloguem en graus de Lown ja no sabem si tenen algunes de les característiques de menor grau, ja que és una gradació jeràrquica que si jo trobo una extrasístole R/T tota la resta queda abolida i el que val és la presència del fenomen R/T. Segons Lown i altres autors (Noss, Ruberman, etc.), els malalts coronaris amb extrasístoles grau 1, 2 o 3 de Lown tenen una mortalitat a 5 anys la meitat que els que tenen graus 4 o 5.

De totes maneres, hi ha hagut últimament individus que han qüestionat aquesta gradació de Lown i diuen que els individus Lown tipus IV a, IV b i V, que en presenten més de deu per hora, o sigui un criteri de gradació menor, tenen una mortalitat molt superior, sobretot en els grups IV b i V, de manera que en conclusió, com passa tant en medicina, diríem: els individus coronaris que tenen més perill de mort sobtada i que per tant jo haig de tractar més les seves extrasístoles són els que tenen extrasístoles politòpiques, R sobre T o parelles, sobretot si, a més a més, tenen freqüents extrasístoles en el registre de Holter

o en l'electro convencional. La presència d'extrasístoles en l'ECG de base per si sol en un coronari crònic és un criteri de perillositat. Efectivament, la sola presència d'extrasístoles en un electro de base en un coronari crònic multiplica per dues les perspectives de mort a mig termini en els estudis del Coronary Drug Project fet amb milers de malalts. De manera que això sol és ja una cosa que agreuja en dues el perill de mort que té un coronari crònic. La presència d'un QT que ha quedat allargat després d'un infart de miocardi, si aquest QT que s'ha allargat en l'infart no es torna a escurçar i roman allargat, la permanència del QT allargat és un signe que també s'ha de considerar com a perillós i multiplica per dues aproximadament també les possibilitats de mort sobtada o de re-infart que té la persona que està amb aquest QT.

En canvi, sembla que la comprovació que els complexos ventriculars prematurs són parasistòlics treu una certa gravetat al complex ventricular prematur independentment dels altres paràmetres que s'estudiïn.

En la fase subaguda de l'infart, la presència d'arrítmies ventriculars freqüents, sobretot si apareix fibril·lació ventricular, de bloqueig de branca i de persistència del ST per més de 72 hores, són les tres situacions que fan que el pronòstic a curt termini d'aquella persona sigui més dolent, i fixe'u-vos que posem en la fase subaguda, perquè hi ha una evidència absoluta que la presència d'arrítmies de tipus fibril·lació ventricular a la fase aguda, a les primeres hores de l'infart, no té relació amb la mort sobtada i amb el re-infart al cap de poques setmanes o mesos, mentre que els malalts que en la fase subaguda fan un bloqueig de branca dreta tenen un 35 % de possibilitats de morir-se abans de dotze setmanes; per tant, això és important de conèixer per saber quins són els malalts que tindran un pronòstic pitjor, i per tant quins són els malalts als quals haurem de fer un tractament molt intens des del punt de vista antiarrítmic.

En algun cas hi ha extrasístoles ventriculars en individus sans que desencadenen crisis de taquicàrdia paroxística supraventricular, la qual cosa no és excepcional i aproximadament representa el 10 % de les crisis de taquicàrdia paroxística que poden aparèixer en un individu aparentment sa, i és evident que els hem de tractar per treure aquestes crisis de taquicàrdia paroxística supraventricular si són freqüents.

La primera cosa que fem abans de tractar amb antiarrítmics la gent sana amb extrasístoles és suprimir-los l'alcohol, el tabac i el cafè. A part de les extrasístoles que inicien una taquicàrdia paroxística, una altra situació que potser obliga a tractar les extrasístoles en sans és si n'apareixen moltes a la prova d'esforç; aleshores crec que s'han de donar betabloquejadors perquè penso que és una demostració de simpaticotonia que probablement és millor de suprimir. En dir moltes, vull dir bigeminisme, salves curtes de taquicàrdia ventricular, etc.

Si hi ha evidència de taquicàrdia ventricular asimptomàtica també els haig de tractar, però no crec que s'hagin de tractar si apareixen dos o tres extrasístoles seguides en un registre de Holter de 24 hores, com a cosa aïllada, i en altres Holters no trobem més aquesta troballa.

Els casos encara més excepcionals, jo diria que potser excepcionals del tot, d'aturada cardíaca per fibril·lació ventricular fora de l'hospital en individus aparentment sans, s'han de tractar amb antiarrítmics potents perquè, evidentment, aquests casos rars poden conduir a la mort sobtada.

Per tant, en els individus sans no les tractarem per elles mateixes, encara que siguin freqüents, encara que siguin multiformes, polimòrfiques o repetitives.

La perillositat segons els factors de tipus clínic, perquè en general el que hem dit fins ara és una perillositat que jo veig en un ECG i que jo puc dir més o menys té aquest tipus de Lown o té aquest altre tipus, però hi ha moltes matisacions individuals en el tractament de les arrítmies, i concretament de les extrasístoles, i això depèn una mica del tipus de cardiopatia. Hi ha cardiopaties que, amb el mateix grau d'extrasístoles, són més perilloses i hi ha més casos de mort sobtada, com per exemple miocardiopaties, prolapse mitral, valvulopatia aòrtica, W. P. W., QT llarg i coronariopatia, i després, dintre de cada cardiopatia, la perillositat depèn del grau de cardiopatia. La presència de cardiomegalia, d'aneurisme ventricular, de funció ventricular deteriorada, de diversos vasos afectes empitjora el pronòstic i el perill de mort sobtada.

Com anècdota direm que una persona coronària amb un sol vas afecte té molt poques possibilitats de fer una mort sobtada, mentre que les possibilitats augmenten en els que estan afectes de dos i tres vasos; per tant la decisió terapèutica és una qüestió d'artesanía.

Cal també, encara que sigui breument, dir que hi ha molts factors de tipus psicològic, crònic i metabòlic, que s'han de valorar quan nosaltres prenem la decisió de si tractem o no un malalt cardíac que té extrasístoles, ja que hem de tenir en compte que és en principi un tractament que l'hem de donar per vida i que en principi tenim pocs dubtes de la seva eficàcia a llarg termini, i sabent com sabem que molts dels fàrmacs utilitzats tenen efectes secundaris, alguns d'ells vertaderament pesants.

Diríem doncs que els malalts amb extrasístoles que haig de tractar segur són els que jo sé que hi ha perill de mort sobtada, com són els que han presentat aturada cardíaca fora de l'hospital no seguit d'infart de miocardi en fase subaguda o bé les aparicions de bloqueigs de branca, els casos amb ST aixecat després de 72 hores de l'infart i els individus coronaris que tenen extrasístoles en una gradació de Lown tipus IV o V, sobretot si són freqüents.

Més que donar un tractament antiarrítmic determinat el que de vegades hem de donar és un tractament amb una base fisiopatològica, ja que és evident que quan hi ha un espasme coronari hi ha una gran quantitat d'arrítmies i que, per prevenir aquestes arrítmies, és millor donar antagonistes del calci, que eviten l'espasme, que no pas donar un antiarrítmic potent que si no evita l'espasme tampoc no evitarà les arrítmies que ens provoqui l'espasme. Això és una mica la idea que no estem segurs que tots aquests antiarrítmics tan potents que estan sortint siguin vertaderament allò més eficaç que podem donar al nostre malalt, perquè no són generalment tractaments amb una base etiopatogènica gaire acurada.

En els casos d'arrítmia supraventricular crec que és important no associar mai més d'un antiarrítmic per prevenir-la, quan creiem que s'ha de prevenir.

Nosaltres, en aquests moments, per prevenir crisis d'arrítmies supraventriculars el que fem, si no són veritablement greus —i la majoria no ho són—, és un tractament continuat preventiu. Hem pogut demostrar, amb els deu o dotze malalts que portem, que les crisis vénen amb menys freqüència, el malalt queda més satisfet i evitem que el malalt prengui un tractament preventiu de per vida en persones moltes vegades joves que hauran de fer-ho, doncs, durant molts anys.

¿Quan tractem els complexos supraventriculars prematurs, les extrasístoles supraventriculars? En els sans només si, malgrat tot l'ajut psicològic, tenen moltes molèsties o si els fa molta angúnia i llavors els hem de tractar per això, o bé si desencadenen crisis freqüents de taquicàrdia paroxística, i en els cardiòpates si tenen una valvulopatia mitral després d'una cardioversió, quan hi ha una conducció retrògrada auricular esquerra, quan es veuen en l'ECG convencional en malalts valvulars, quan desencadenen crisis de taquicàrdia paroxística supraventricular o quan hi ha salves curtes d'aquesta en un registre de Holter.