Consenso

Indicaciones de Implante de Marcapasos Definitivo
Consenso del Comité de Electrofisiología Y Marcapasos de la Sociedad Uruguaya de Cardiología
Setiembre, 1996

Walter REYES CAORSI\(^{(1)}\), Mario SPAGNUOLO\(^{(1)}\), Pablo Fernández BANIZZI\(^{(1)}\), Tomás DIESTE\(^{(1)}\),
Roberto de la FUENTE\(^{(1)}\), Gabriel VANERIO\(^{(1)}\), Palmira VANZINI\(^{(1)}\), Leandro SEGURA\(^{(1)}\),
Roberto SUPERCHI\(^{(1)}\), Hernán ARTUCIO\(^{(1)}\)

El Comité de Electrofisiología y Marcapasos de la Sociedad Uruguaya de Cardiología (CEM-SUC) ha
considerado importante establecer un acuerdo entre sus miembros sobre las indicaciones de implante
de marcapasos. Más allá de su importancia como
acuerdo general entre todos los médicos dedicados a la especialidad en el país, tiene el valor de ser un
instrumento de consulta y apoyo para el cardiólogo
y el médico en general, y ser también un aval ante
la decisión de implantar un marcapaso.

Consideramos además que la opinión de este
Comité, expresada en este documento, debería ser
tomada en cuenta por los organismos oficiales en
la definición de estas indicaciones, hasta ahora
establecidas unilateralmente y sin la opinión orgánica
de los médicos dedicados al tema.

Estas normas han sido basadas en la Task
Force del American College of Cardiology/American
Heart Association de Junio de 1991, en las
recomendaciones del Grupo de trabajo Británico en
Marcapasos y Electrofisiología, también de 1991, en
las recomendaciones generales de la Sociedad
Argentina de Estimulación Cardíaca (Sadec) de 1995,
en el Consenso del Departamento de Estimulación
Cardíaca de la Sociedad Brasileña de Cirugía
Cardiovascular (Deca-SBCCV) y en las
Recomendaciones del Departamento de Arritmias y
Electrofisiología Clínica (DaeC-SBC) de la Sociedad

Se mantiene el agrupamiento de las indicaciones en:

\[\text{Clase I} - \text{Indicación formal.}\]
\[\text{Clase II} - \text{Marcapaso generalmente indicado, sin acuerdo unánime.}\]
\[\text{Clase III} - \text{Marcapaso no indicado.}\]

**INDICACIONES DE IMPLANTE DE MARCAPASO DEFINITIVO**

**BLOQUEO AV ADQUIRIDO DEL ADULTO**

**Clase I**

A. Bloqueo AV completo, permanente o intermitente,
sintomático o asintomático, no reversible, de
qualquier localización anatómica.

B. Bloqueo AV completo persistente 15 días luego
de IAM inferior.

C. Bloqueo AV completo, definitivo o transitorio, luego
de IAM anterior.

D. Bloqueo AV completo persistente 1 semana luego
de cirugía cardíaca.

E. Bloqueo AV completo post-ablación por catéter
del nodo AV.

F. Bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz II.

G. Bloqueo AV de segundo grado tipo Mobitz I
sintomático.

H. Taquicardia auricular primaria (fibrilación, flutter
u otras) con alto grado de bloqueo AV, sintomáticas,
no vinculada a drogas que producen bloqueo AV.

\(^{(1)}\) Miembros del Comité de Electrofisiología y Marcapasos de la Sociedad Uruguaya de Cardiología.
Clase II
A. Bloqueo AV completo congénito.
B. Bloqueo AV de segundo grado Mobitz I asintomático en paciente con cardiopatía estructural.
C. Bloqueo AV 2:1, permanente o intermitente, irreversible.
D. Bloqueo AV de segundo grado o mayor en paciente con arritmias ventriculares, vinculado a drogas antiarrítmicas, medicación que no se considera prudente suspender.
E. Bloqueo AV de primer grado con PR marcadamente prolongado, que genera contracción simultánea de aurículas y ventriculos responsable de síntomas.
F. Fibrilación auricular con pausas > 3 segundos asintomáticas, no debidas a medicación, vinculadas a medición no sustituible.

Clase III
A. Bloqueo AV de primer grado asintomático.
B. Bloqueo AV de segundo grado Mobitz I, asintomático, que mejora con el ejercicio o con atropina, o que aparece solo en el sueño.

BLOQUEOS DE RAMA
Clase I
A. Bloqueo bifascicular con bloqueo AV completo o bloqueo de segundo grado tipo II intermitente.
B. Bloqueo de rama alternante, de causa no reversible, con sincope o presincope recurrentes.
C. Bloqueo bi o trifascicular con sincope recurrente sin otra causa demostrable.

Clase II
A. Bloqueo de rama alternante asintomático.
B. Bloqueo bi o trifascicular con bloqueo AV de segundo grado tipo I intermitente y asintomático.
C. Bloqueo infraventricular demostrado con estimulación auricular a frecuencias ≤ de 150 pm.
D. Intervalo HV > 70 ms en paciente con Sincope recurrente de causa desconocida.
E. HV > 100 ms en paciente asintomático.

Clase III
A. Bloqueo bi o trifascicular asintomático.

DISFUNCIÓN DEL NÓDULO SINUSAL
Clase I
A. Bradicardia sintomática (sincope, pre-sincope), espontánea o vinculada a medicación conside-

Clase II
A. Incompetencia cronotrópica sintomática aún en ausencia de bradicardia de reposo.
B. Disfunción sinusal espontánea o vinculada a drogas consideradas necesarias, con síntomas no claramente vinculados a la bradicardia.

Clase III
A. Disfunción sinusal asintomática.
B. Disfunción sinusal con síntomas comprobablemente independientes de la bradicardia.

HIPERSENSIBILIDAD DEL SENO CAROTÍDEO Y SÍNDROMES NEURO-CARDIÓGENOS
Clase I
A. Sincope recurrente asociado claramente a estimulación del seno carotídeo, con pausa > de 3 segundos, sin medicación depresora del nó-

Clase II
A. Sincope recurrente en paciente con hiperesensi-

Clase III
A. Hiperesensibilidad del Seno Carotídeo asintomática.
B. Sincope neurocardiogénico recurrente con compo-

SINCOPE RECURRENTE DE ORIGEN DESCONOCIDO
Clase I
A. Ninguno.

Clase II
A. Sincope recurrente de causa desconocida, en el cual se han descartado causas no cardiovascu-

Clase III
A. Ninguna
Clase II
A. Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva Idiopática, sintomática, con gradiente ≥ de 30 mm Hg, mala respuesta al tratamiento farmacológico o reducción significativa del gradiente demostrada con la estimulación secuencial AV.
B. Síndrome de QT largo no vinculado a drogas, con arritmias ventriculares y con mala respuesta o contraindicación al tratamiento farmacológico.
C. Miocardiopatía dilatada severa en clase funcional III-IV pese a tratamiento médico óptimo, asociada a insuficiencia mitral y/o tricuspidea, en paciente con ritmo sinusal bradicárdico y/o bloqueo AV de primer grado.

MARCAPASOS EN NIÑOS

Clase I
A. Bloqueo AV de segundo o tercer grado sintomático.
B. Bloqueo AV de segundo o tercer grado con moderada o severa intolerancia al ejercicio.
C. Oftalmoplejia externa con bloqueo bifascicular.
D. Disfunción sinusal sintomática.
E. Bloqueo AV completo congénito con QRS ancho.
F. Bloqueo AV completo o de segundo grado avanzado que persiste 14 días después de una cirugía cardíaca.

Clase II
A. Síndrome Bradicardia-taquicardia en paciente que necesita drogas antiarrítmicas (otras que digital).
B. Bloqueo AV de segundo grado asintomático.
C. Bloqueo AV completo congénito.
D. Bloqueo AV de alto grado postoperatorio que revierte a bloqueo bifascicular.
E. Arritmias ventriculares complejas asociadas con bradicardia: bloqueo AV de segundo o tercer grado o bradicardia sinusal.
F. Síndrome de QT largo congénito.

Clase III
A. Bloqueo bifascicular postoperatorio, con o sin bloqueo AV de primer grado, asintomático.
B. Bloqueo AV de alto grado postoperatorio que retrocede en menos de 14 días.
C. Bloqueo AV de segundo grado Mobitz I, asintomático.

TIPO DE ESTIMULACIÓN

Recomendaciones Generales
El modo de estimulación será definido por el médico implantador, basándose en el criterio clínico y siguiendo las siguientes pautas generales:
1. El ventrículo deberá ser estimulado/censado en presencia o riesgo de Bloqueo AV.
2. La aurícula deberá ser estimulada/censada salvo contraindicación.
3. El sincronismo AV deberá ser mantenido siempre que sea posible.
4. La respuesta en frecuencia deberá ser utilizada en presencia de incompetencia cronotrópica, salvo contraindicación.

BIBLIOGRÁFÍAS CONSULTADAS
Recomendaciones generales de la SADEC para el implante de marcapasos definitivos. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Estimulación Cardiaca, 1995