

# Indicações para implante de marcapasso cardíaco permanente. DECA/DAEC - 1990.

O emprego dos marcapassos cardíacos, a partir de 1958/1960, transformou completamente o tratamento dos distúrbios do sistema de condução cardíaco.

Embora inicialmente utilizados apenas no tratamento do bloqueio atrioventricular total, a evolução dos conhecimentos eletrofisiológicos, o desenvolvimento da tecnologia de fabricação e o aprimoramento dos métodos diagnósticos e operatórios, aliados ao sucesso terapêutico do procedimento, ampliaram extraordinariamente o seu campo de ação. No Brasil, esse campo ficou ainda mais vasto dada a grande incidência da cardiomiopatia chagásica.

Dado à contínua pesquisa e ao constante desenvolvimento científico e tecnológico, as indicações para implante de marcapassos cardíacos têm também sido modificados no decorrer do tempo.

Com a finalidade de atualizar e unificar os critérios para indicação de implante de marcapasso cardíaco permanente, o Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial — DECA, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e o Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Cardíaca — DAEC, da Sociedade Brasileira de Cardiologia elaboraram um documento com as indicações abaixo transcritas.

1 — BAVT permanente ou intermitente, de causa irreversível, de qualquer etiologia ou localização, com sintomas definidos de baixo débito

cerebral e/ou insuficiência cardíaca, conseqüentes à bradicardia.

2 — BAVT persistente após 15 dias de infarto do miocárdio ou cirurgia cardíaca.

3 — BAVT permanente ou intermitente, de causa irreversível de localização intra ou infra hissiana, demonstrado pelo estudo eletrofisiológico intracardíaco.

4 — BAVT com arritmias ventriculares que necessitem drogas antiarrítmicas depressoras do ritmo de escape.

5 — BAVT assintomático com frequência cardíaca média menor que 40 bpm, na vigília, e sem aceleração adequada ao exercício.

6 — BAVT assintomático com períodos documentados de assistência acima de 3 segundos na vigília.

7 — BAVT assintomático em repouso com importante intolerância ao exercício.

8 — BAVT assintomático, com ritmo de escape de QRS largo.

9 — BAVT assintomático com cardiomegalia progressiva.

10 — BAVT em crianças assintomáticas com frequência cardíaca inapropriada.

11 — BAVT de causa irreversível com insuficiência cardíaca.

12 — BAVT pós-ablação da junção AV.

13 — BAV do 2º grau, permanente ou intermitente, de causa irreversível, independente do tipo e localização com sintomas definidos de baixo débito cerebral e/ou insuficiência cardíaca e/ou intolerância aos exercícios conseqüentes à bradicardia.

14 — Flutter ou fibrilação atrial com bloqueio AV avançado, de causa irreversível, em pacientes com sintomas definidos de baixo débito cerebral e/ou insuficiência cardíaca conseqüentes à bradicardia.

15 — BAV do 2º grau tipo II, de causa irreversível permanente ou intermitente.

16 — BAV do 2º grau, permanente ou intermitente, de causa irreversível, intra ou infra hissiano, demonstrado por estudo eletrofisiológico intracardíaco.

17 — BAV do 2º grau tipo II ou avançado, persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio.

18 — BAV do 2º grau de causa irreversível, associado a arritmias ventriculares que necessitem tratamento com drogas antiarrítmicas insubstituíveis e que se mostraram depressoras da condução AV.

19 — Flutter ou fibrilação atrial com frequência ventricular média inferior a 40 bpm na vigília, de causa irreversível, ou por droga necessária ou insubstituível.

20 — BAV do 1º grau com sínco-

pes ou pré-síncope recorrentes, de causa irreversível, de localização intra ou infra hissiana demonstrada por estudo eletrofisiológico intracardíaco e agravado por estimulação atrial ou testes farmacológicos.

21 — Bloqueio de ramo bilateral alternante, de causa irreversível.

22 — Bloqueio de ramo com síncope ou pré-síncope recorrentes e com HV superior a 70 ms ou com bloqueio intra ou infra-hissiano induzido por estimulação atrial ou teste farmacológico, em exame eletrofisiológico intracardíaco.

23 — Bloqueio de ramo, com síncope ou pré-síncope recorrentes, no qual, após exames clínicos e laboratoriais, não se comprove a existência de BAVT ou de BAV de 2º grau tipo II paroxísticos e em que outras causas para os sintomas estejam racionalmente afastadas.

24 — Disfunção do nó sinusal, de causa irreversível ou induzida por drogas necessárias e insubstituíveis, com síncope, pré-síncope ou tonturas recorrentes e/ou insuficiência cardíaca concomitantes a bradicardia importante.

25 — Disfunção do nó sinusal de causa irreversível ou induzida por drogas necessárias e insubstituíveis com sintomas de baixo débito cerebral não claramente relacionados com a bradicardia, ou com intolerância aos esforços comprovadamente sintomática, desde que sejam racionalmente afastadas outras causas para a sintomatologia.

26 — Bradicardia sinusal importante, associada a arritmias ventriculares que necessitem tratamento com drogas antiarrítmicas que se mostraram depressoras da função sinusal.

27 — Bradicardia sinusal que desencadeie ou agrave insuficiência cardíaca congestiva, angina de peito ou arritmias ventriculares.

28 — Pacientes com síncope e/ou pré-síncope espontâneas e repetitivas associadas à ocorrências claramente relacionadas com a estimulação do seio carotídeo, nos quais manobras estimuladoras mínimas desta estrutura produzem assistolia superior a três segundos, na ausência de medicação depressora da função sinusal ou da condução AV.

29 — Pacientes com síncope e/ou pré-síncope espontâneas e repetitivas, sem relação com ocorrência claramente provocadora nos quais a massagem do seio carotídeo causa assistolia superior a três segundos com reprodução dos sintomas, na ausência de medicação depressora da função sinusal ou da condução AV.