

Trastornos de conducción

Los pacientes añosos presentan mayor incidencia de alteraciones estructurales en el miocardio, en el sistema de conducción y en las válvulas cardíacas lo cual predispone a la aparición de arritmias y trastornos de conducción.

Con la edad, el nódulo sinusal se altera y el sistema de conducción intraventricular sufre un proceso degenerativo con la consiguiente alteración en la formación y/o en la propagación del estímulo eléctrico, como consecuencia de la reducción gradual y paulatina del número de células especializadas.

Focalizados en los trastornos de conducción, a partir de una revisión hecha de datos obtenidos del Programa de Seguro de Salud de Estados Unidos en pacientes mayores de 65 años durante un seguimiento de 8 años, se observó que la segunda causa más frecuente de hospitalización fue la disfunción del nódulo sinusal, seguidos por los bloqueos AV completos (BAVC) y de 2do grado; requiriendo un promedio de 5 días en sala general y de 1 día en unidad coronaria.

La detección precoz y el tratamiento oportuno, además de las implicaciones económicas, reducen la posibilidad de complicaciones orgánicas y las no menos importantes relacionadas a la esfera psíquica que produce en los pacientes añosos el alejamiento prolongado del ámbito familiar.

El presente consenso pretende hacer un aporte en lo que a la elección racional de los métodos diagnósticos y terapéuticos se refiere.

En cuanto a las indicaciones de marcapasos (MP), como principio general, la aurícula debería ser sensada y/o estimulada si es posible, sobre todo teniendo en cuenta el importante rol que juega en este grupo etario por la disminución de la "compliance" ventricular. La estimulación fisiológica ha determinado en el seguimiento, disminución en la incidencia de la fibrilación auricular y por ende en la morbilidad y mortalidad como consecuencia de ello. Si existe insuficiencia cro-notópica, el MP debería contar con un sistema de respuesta en frecuencia. Por otro lado, se debe tener en cuenta el estado clínico general de cada paciente, su estado mental, la imposibilidad de deambulacion así como otras patologías que podrían determinar una corta expectativa de vida.

ELECTROCARDIOGRAMA

Del análisis de estudios recientes en pacientes mayores de 75 años sintomáticos por síncope o mareos, surge que el electrocardiograma (ECG) tiene un alto rendimiento diagnóstico. En éstos trabajos se encontró que más de la mitad de los pacientes (54%) tie-

nen en el ECG bloqueos auriculoventriculares de segundo o tercer grado, y en menor proporción (20%) bradicardia sinusal con paros o episodios de bradi-taquiarritmias. Por esta razón, y el fácil acceso que tiene el método pensamos que a todo paciente en quien se sospecha trastornos de la conducción o generación del impulso tiene indicación de realizarse un ECG.

ELECTROCARDIOGRAMA AMBULATORIO (HOLTER)

Uno de los usos principales y más ampliamente aceptados de este estudio es la determinación de la correlación de síntomas transitorios con arritmias cardíacas.

Si existe la sospecha de que las arritmias son las causantes de los síntomas manifestados por los pacientes, la información crucial que necesitamos es el registro de un ECG durante el preciso momento que ocurren los mismos. Con este estudio uno puede determinar si los síntomas se relacionan con la arritmia. De esta manera obtendremos cuatro resultados posibles. Primero, pueden ocurrir síntomas típicos que coinciden con la documentación de la arritmia que los producen. Este hallazgo es de mucha utilidad para dirigir la terapéutica. Segundo, pueden ocurrir los síntomas aunque no se logran registrar arritmias en el Holter. Este hallazgo también tiene importancia ya que demuestra que los síntomas no se correlacionan con alteraciones del ritmo. Tercero, un paciente permanece asintomático a pesar de la aparición de arritmias en el registro. Este hallazgo puede llevar a confusión ya que la arritmia puede o no tener relación con los síntomas. Cuarto, el paciente permanece asintomático durante el estudio y no se registran arritmias. Este hallazgo no es de utilidad.

Indicaciones de ECG ambulatorio en pacientes con sospecha de disfunción del nodo sinusal y bloqueo A-V

Clase I

Pacientes con síncope de origen inexplicado, presíncope o mareos en quienes la causa de estos síntomas no resulta clara.

Clase II

1. Pacientes asintomáticos con evidencia de trastornos de la conducción eléctrica, bradicardia o pausas significativas en el ECG.
2. Pacientes con episodios de síncope, presíncope y mareos en quienes se identificó una probable causa no arritmica pero los síntomas continúan a pesar de haberse iniciado el tratamiento de la otra causa.

Clase III

1. Pacientes con episodios de síncope, presíncope y mareos en quienes se identificaron otras causas mediante la historia, examen físico o pruebas de laboratorio.

Recomendaciones para Estudios Electrofisiológicos (EEF) en pacientes gerontes, con Disfunción del Nódulo Sinusal

Clase I

Pacientes sintomáticos en los cuales se sospecha disfunción del nódulo sinusal como causa de los síntomas pero no ha podido ser establecida dicha relación en la evaluación con ECG y Holter.

Clase II

1. Pacientes en los cuales es evidente la disfunción sinusal pero los síntomas son vinculables a otras arritmias.
2. Pacientes sintomáticos, con bradicardia sinusal evidente vinculada con los síntomas en quienes el EEF puede ayudar a decidir el modo de estimulación definitiva.

Clase III

1. Pacientes con disfunción sinusal documentada electrocardiográficamente, donde se desea saber si las anomalías son debidas a una enfermedad intrínseca, disfunción autonómica, ó al efecto de drogas.
2. Pacientes sintomáticos en quienes se ha establecido una vinculación entre síntomas y bradiarritmias y el EEF no puede cambiar la elección de la terapéutica.
3. Pacientes asintomáticos con disfunción del nódulo sinusal, o pausas observadas sólo durante el sueño, incluyendo la apnea del sueño.

Recomendaciones para EEF en pacientes con Bloqueo A-V crónico adquirido

Clase I

1. Pacientes sintomáticos en quienes se sospecha un bloqueo intraventricular como causa de los mismos, pero no se ha podido establecer dicha vinculación.
2. Pacientes con bloqueo A-V de segundo o tercer grado tratados con MPD en quienes por persistencia de los síntomas se sospecha otra arritmia involucrada.

Clase II

Pacientes asintomáticos con bloqueos A-V (A-V de 1º grado, 2º grado Mobitz I, o bloqueos bifasciculares) que requieran drogas depresoras de la conducción.

Clase III

1. Pacientes sintomáticos en quienes el síntoma está asociado a trastornos de conducción A-V documentados por estudios previos.

2. Pacientes asintomáticos con bloqueos A-V transitorios vinculables a disturbios neurovegetativos (hipertono vagal durante el sueño con bloqueo A-V de 1º grado o de 2º grado tipo Wenckebach)

Recomendaciones para la indicación del estudio no invasivo del haz de His

Clase I: no hay

Clase II: en aquellos pacientes en los que esta indicado un estudio electrofisiológico y existe algún impedimento para poder realizarlo

Clase III: no hay.

Indicaciones de Implante de Marcapasos Bloqueo Aurículo Ventricular

Clase I

1. Bloqueo de 3er. grado en cualquier nivel anatómico, irreversible
2. Bloqueo A- V de 2do. grado de cualquier tipo (Mobitz I o Mobitz II) o nivel asociado con bradicardia y sintomático.
3. Bloqueo A-V de 2do grado Mobitz II asintomático

Clase II

1. Bloqueo A-V de 1er. grado con síntomas sugestivos de asincronía aurículo-ventricular y mejoría documentada con estimulación A-V transitoria.

Clase III

1. Bloqueo A-V de 1er. grado asintomático
2. Bloqueo A-V de 2do. grado tipo I asintomático a nivel suprahisiano
3. Bloqueo A-V por drogas que se resuelve y no presenta recurrencia.

Indicaciones de Implante de Marcapasos en el Bloqueo Bifascicular o Trifascicular crónico

Clase I

1. Bloqueo A-V de 3er. grado intermitente
2. Bloqueo A-V de 2do. grado tipo II

Clase II

1. Hallazgo de marcada prolongación del intervalo HV (> 100ms) en un estudio EEF realizado por otras causas, en pacientes asintomáticos.
2. Hallazgo de bloqueo infrahisiano no fisiológico inducido por marcapaseo en EEF realizado por otras causas en pacientes asintomáticos.

Clase III

1. Bloqueo fascicular con o sin bloqueo A-V de 1er. grado asintomático.

Indicaciones de Implante de Marcapasos en la Disfunción del Nódulo Sinusal

Clase I

1. Disfunción del nódulo sinusal con bradicardia sintomática documentada, incluyendo pausas sinusales frecuentes que producen síntomas. En algunos pacientes la bradicardia es iatrogénica y puede ocurrir como consecuencia de una terapéutica imprescindible y prolongada sin alternativas aceptables.
2. Incompetencia cronotrópica sintomática.

Clase II

1. Disfunción sinusal que se presentan de manera espontánea o como resultado de un fármaco

necesario con frecuencias cardíacas < a 40 lpm cuando una asociación clara entre los síntomas y la bradicardia no puede ser documentada.

Clase III

1. Disfunción sinusal en pacientes asintomáticos, incluyendo aquellos con bradicardia sinusal importante (< 40 lpm) como consecuencia de tratamiento prolongado con drogas.
2. Disfunción sinusal en pacientes con síntomas sugestivos de bradicardia asociada con una frecuencia cardíaca baja.
3. Disfunción del nódulo sinusal con bradicardia sintomática inducida por terapéutica medicamentosa no necesaria.