

INDICAÇÕES PARA ESTUDOS ELETROFISIOLÓGICOS INTRACARDÍACOS—1988

RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO E DO GRUPO DE ESTUDOS DE ARRITMIAS E ELETROFISIOLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

EDUARDO A. SOSA*, ADALBERTO M. LORGA**, ANGELO A. V. PAOLA***, IVAN G. MAIA****, JOÃO PIMENTA*****, JULIO C. GIZZI*****, SERGIO G. RASSI*****

Os estudos eletrofisiológicos intracardíacos (EEF) são procedimentos invasivos para diagnóstico e terapêutica de algumas arritmias cardíacas, que utilizam técnicas de cateterismo com o intuito de registrar potenciais elétricos extracelulares intracavitários, em condições de ritmo espontâneo ou induzidos por estimulação elétrica programada.

Por sua natureza invasiva, estes estudos devem ser realizados: 1) em laboratórios com instalações apropriadas e por pessoal médico e auxiliares treinados em técnicas de cateterismo, ressuscitação cardiovascular e com conhecimentos adequados de eletrofisiologia e estimulação artificial; 2) de acordo com indicações precisas, feitas com elevado senso crítico e que, obviamente, deverão resultar em claros benefícios para o paciente.

Animados por esta intenção, a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo e o Grupo de Estudos de Arritmias e Eletrofisiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia reuniram um conjunto de experientistas especialistas com o intuito de normatizar indicações para os EEF. Estas representam um consenso atualizado entre os participantes, que por sua vez ressaltam a natureza flexível das mesmas e admitem modificações e adendos, toda vez que o desenvolvimento do conhecimento científico assim o justifique.

De um modo geral, os EEF são utilizados em clínica para: esclarecer mecanismos e orientar terapêutica de certas síndromes taquicárdicas; avaliar prováveis causas arritmogênicas em pacientes “ressuscitados” ou com sintomas, tais como síncope, pré-síncope e palpitações; determinar risco de síncope ou morte súbita em pacientes assintomáticos; avaliar pré-excitação assintomática (com onda delta), em situações especiais;

selecionar local e modo de estimulação cardíaca artificial definitiva.

INDICAÇÕES EM SÍNDROMES TAQUICÁRDICAS

Estas síndromes não incluem a fibrilação e o flutter atrial, a não ser em circunstâncias especiais. O intervalo RR é, geralmente, regular e o complexo QRS pode ser estreito (inferior a 0,12s) ou largo (igual ou superior a 0,12s).

1. Taquicardias sustentadas com QRS estreitos—Características, isoladas ou associadas, exigidas para indicar o EEF:

- a) difícil controle clínico (profilaxia ineficaz);
- b) de alto risco e/ou com sintomas limitantes;
- c) associadas a cardiopatia cirúrgica;
- d) recorrentes e/ou com opção para terapêutica não farmacológica

2. Taquicardias sustentadas com QRS largos—Características, isoladas ou associadas, exigidas para indicar o EEF:

- a) com mecanismo e/ou origem mal definidos por métodos não invasivos;
- b) difícil controle-clínico (profilaxia ineficaz);
- c) de alto risco e/ou com sintomas limitantes;
- d) associadas a cardiopatia cirúrgica;
- e) recorrentes e/ou com opção para terapêutica não farmacológica;
- f) taquicardia ventricular.

3. Indicações para EEF seriados:

- a) fibrilação ou flutter atrial com pré-excitação (onda delta), em pacientes sem condições para tratamento cirúrgico e para avaliação de resposta à terapêutica farmacológica, quando es-

* Instituto do Coração, HCFMUSP, São Paulo, SP

** Instituto de Moléstias Cardiovasculares, S. J. Rio Preto, SP

*** Escola Paulista de Medicina, UFSP, São Paulo, SP

**** Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, Rio de Janeiro, RJ

***** Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP

***** Instituto “Dante Pazzanese” de Cardiologia, São Paulo, SP

***** Hospital São Salvador, Goiânia, GO.

ta arritmia não pode ser induzida por outros métodos;

- b) taquicardia ventricular monomórfica sustentada de alto risco, em que se optou por tratamento farmacológico e quando se pode antecipar probabilidade de seleção eficaz de drogas antiarrítmicas^{1,2};
- c) para avaliar resultados de terapêutica não farmacológica (cirurgia, fulguração, MP antitaquicardia e desfibriladores).

INDICAÇÕES PARA AVALIAR PROVÁVEIS CAUSAS ARRITMOGÊNICAS EM PACIENTES “RESSUSCITADOS” OU COM SINTOMAS

1. “Ressuscitados” com suspeita de causa arritmogênica primária (afastar embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, intoxicações exógenas, etc).

2. Pacientes com síncope ou pré-síncope recorrentes que permanecem inadequadamente explicadas, apesar de exaustiva investigação prévia não invasiva (clínica, neurológica e cardiológica)³.

3. Síncope ou pré-síncope associada à arritmia, cuja origem foi esclarecida por meios não invasivos, porém, para a decisão terapêutica, são necessárias informações sobre as propriedades eletrofisiológicas do coração e a possibilidade de arritmias associadas.

4. Pacientes com sintomas de palpitações recorrentes: a) cuja origem arritmica não possa ser documentada por meios não invasivos, sejam sugestivas de taquicardias sustentadas e mal toleradas; ou b) que estejam associadas a pré-excitação manifesta durante ritmo sinusal.

DETERMINAÇÃO DO RISCO DE SÍNCOPE OU MORTE SÚBITA EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS³

As indicações neste grupo estão sujeitas a controvérsias e em alguns casos devem ser feitas sob protocolos institucionais de investigação.

1) Transtornos de condução de ocorrência intermitente ou permanente que deixem dúvidas com relação ao local e magnitude da lesão, incluindo casos de:

- a) bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º grau tipo I com QRS largo (igual ou superior a 0,12s) com características de lesão no sistema His-Purkinje;
- b) BAV de 2º grau tipo II;

- c) BAV de 2º grau tipo 2:1 ou avançado;
- d) BAV de 3º grau com QRS estreito e frequência cardíaca inferior a 40 bpm e sem resposta cronotrópica adequada à atropina e/ou ao esforço;
- e) BAV total de 3º grau com QRS largo.

2) Arritmias ventriculares em situações especiais: infarto antigo do miocárdio ou miocardiopatias com arritmias ventriculares freqüentes e complexas, disfunção ventricular esquerda e potenciais elétricos tardios detectados com eletrocardiografia de alta resolução (signal averaging)⁴.

PRÉ-EXCITAÇÃO ASSINTOMÁTICA (COM ONDA DELTA), EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

1) Associada a cardiopatia cirúrgica, para programar interrupção cirúrgica da via anômala.

2) Requerendo medicação digitalica e quando a condução anterógrada pela via anômala não possa ser avaliada por outros meios.

AVALIAÇÃO PRÉ-IMPLANTE DE MARCAPASSO

Para definir local e modo mais adequado de estimulação cardíaca artificial definitiva, quando essa avaliação não puder ser feita por outros meios⁵.

REFERÊNCIAS

1. Spileman SR, Schwartz JZ, McCarthy DM, Horowitz LN, Greenspan AM, Sadowski LM, Josephson ME, Waxman HL—Predictors of the success or failure of medical therapy in patients with chronic recurrent sustained ventricular tachycardia: a discriminant analysis. *J Am Coll Cardiol*, 1: 401, 1983.
2. Swerdlow CD, Gong G, Echt DS, Winkle RA, Griffin JC, Ross DL, Mason JW—Clinical factors predicting successful electrophysiology-pharmacologic study in patients with ventricular tachycardia. *J Am Coll Cardiol*, 1: 409, 1983.
3. Lorga AM, De Paola AV, Sosa EA, Maia IG, Pimenta J, Gizzi J, Rassi S—Diretrizes para implante de marcapasso cardíaco definitivo. Comissão do Grupo de Estudos de Arritmias e Eletrofisiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*, 50: 209, 1988.
4. Gomez P—A New Non Invasive Index to Predict Sustained Ventricular Tachycardia and Sudden Death in the First Year After Myocardial Infarction: Based on Signal Averaged Electrocardiogram, Radionuclide Ejection Fraction and Holter Monitoring. *J Am Coll Cardiol*, 10: 349, 1987.
5. Lorga AM, De Paola AAV, Sosa EA, Maia I, Pimenta J, Gizzi JC, Rossi SG—Escolha de Modo de Estimulação Cardíaca Artificial Definitiva. Recomendações da Comissão do Grupo de Estudos de Arritmias e Eletrofisiologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*, 51: 288, 1988.