



Segunda Opinião
Formativa

SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA

Quando está indicado o implante de um marca-passo ressinchronizador?

A terapia de ressinchronização cardíaca surgiu como uma forma de melhorar os sintomas e a sobrevida de alguns pacientes com insuficiência cardíaca sistólica refratários ao tratamento clínico (que mantêm sintomas limitantes a despeito da medicação otimizada), quando há alargamento do QRS com padrão de bloqueio do ramo esquerdo.

O alargamento do QRS é um marcador da ativação elétrica anormal do ventrículo esquerdo. Tal ativação produz uma contração assincronica que é menos eficaz, contribuindo para o curso progressivo da insuficiência cardíaca. O marca-passo ressinchronizador (ou terapia de ressinchronização cardíaca) pode ser atrial-biventricular ou multissítio, e vai promover um menor tempo de condução do estímulo dos átrios para os ventrículos, bem como melhorar a sincronia da contração cardíaca.

Considerando que a prevalência da insuficiência cardíaca é alta, os custos do marca-passo ressinchronizador são bem superiores àqueles dos marca-passos convencionais, e que existem riscos envolvidos, sobretudo de disfunções e infecções associadas a tais dispositivos, é muito importante que a seleção de pacientes candidatos à ressinchronização seja criteriosa e baseada nas melhores evidências científicas.

As principais indicações seguem abaixo: o nível de evidência é A quando foi definida a partir de mais de um estudo randomizado ou uma meta-análise, e o nível B refere-se a uma indicação feita com base em um único estudo randomizado ou estudos observacionais.

Existe apenas uma indicação classe I, ou seja, bem definida, para o implante de um ressinchronizador:

- Pacientes com fração de ejeção do VE $\leq 35\%$, BRE com QRS $\geq 150\text{ms}$ e classe funcional II, III ou IV NYHA, em tratamento medicamentoso já otimizado. (nível de evidência A para as classes funcionais III/IV e B para classe funcional II).

Outras possíveis indicações, onde o benefício é menor, trazem alguma controvérsia (classe IIa). Dentre elas, as principais são aquelas onde há BRE mas o QRS não é tão alargado, ou quando o QRS é muito alargado mas o padrão de distúrbio de condução é de um bloqueio de ramo direito ou distúrbio inespecífico. São elas:

- Pacientes com fração de ejeção do VE $\leq 35\%$, BRE com QRS entre 120 e 149 ms e classe funcional II, III ou IV NYHA, em tratamento medicamentoso já otimizado; (nível de evidência B)
- Pacientes com fração de ejeção do VE $\leq 35\%$, QRS com padrão não-BRE ≥ 150 ms e classe funcional III ou IV NYHA, em tratamento medicamentoso já otimizado; (nível de evidência A)

A ressinchronização em pacientes assintomáticos e BRE com QRS $\geq 150\text{ms}$, ou pacientes com fibrilação atrial e BRE com QRS ≥ 150 ms são ainda mais controversas, não contempladas pelo Sistema Único de Saúde, e por isso não foram listadas aqui.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. JACC 2013; 61 (3):e6 – e75.
- 2) 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 2013; 34: 2281–2329.
- 3) Goldman's Cecil Medicine – 24th ed. Elsevier-Saunders, Philadelphia, 2012; 315.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: médico

DESCRIPTORIOS DeCS – insuficiência cardíaca, ressinchronizador cardíaco

DESCRIPTORIOS CIAP 2 – K77 (Insuficiência cardíaca)