

Indicación de marcapasos transitorio en paciente con BRD en contexto de IAM anterior extenso – 2006

Dra. Flor Ibañez

Estimados amigos de la lista

Soy residente de Cardiología de Perú, quisiera saber si tienen alguna referencia sobre el implante de marcapaso transitorio en pacientes como el que estoy asistiendo, que presentan Bloqueo de Rama derecha de reciente inicio asociado a infarto de miocardio anterior extenso que se intentó reperfundir tanto farmacológicamente y percutáneamente sin resultado exitoso.

¿Cuánto tiempo debe permanecer con este dispositivo, si está indicado?

Gracias

Flor Ibañez

OPINIONES DE COLEGAS

Un saludo Flor, personalmente, creo que como se toman todas las decisiones médicas, le colocaría un marcapasos transitorio sin dudarlo y esperaría unos días hasta que bajan las enzimas y el curso clínico esté definido. Eso es considerando que quizás lo hubieses trombolizado y valorando el riesgo de la punción, y la mano de quién lo realiza y si tiene radioscopía, como trabajo actualmente no nos complicamos con las punciones por lo que no dudo.

Fijate en tu centro si eso es así y en base a eso decidi.

Pero si la punción no es problema y tienen radioscopía no dudes y colócalo.

Aparte no se la situación completa pero vería de hacer Angioplastia de rescate.

Atte

Simón Pero.

Hola Flor

Recibe saludos de México

En Octubre del 2002 fueron publicadas las guías para el uso de marcapasos; en el caso de IAM esta indicado en BAV de 2do o 3er grado, sin embargo hay que tener presente que las guías son solo una orientación, y que cada caso en particular debe resolverse de acuerdo en las condiciones de este, yo en tu lugar también hubiera puesto el marcapaso, pero si en cuanto sea posible valorar la angioplastia y colocación de un stent-

En el arte de la medicina cada paciente es diferente, cada paciente es un reto

Juan Carlos Marty Fernández Casarrubias

México

Buenos días. En mi opinión, no tiene indicación la colocación de un MPT, en este caso en particular, ya que el BCRD y el BCRI, no constituyen generalmente un peligro en sí, ni necesitan tratamiento, pero suelen indicar un compromiso difuso miocárdico, lo que aumenta el mal pronóstico: La bradiarritmia son más frecuentes en los IAM inferiores, dorsales e ínferodorsales, es decir en aquellos en la que la arteria comprometida es la que irriga el Nódulo sinusal, el AV y/o el haz de His.

Ahora bien me quedan algunas dudas:

La 1º ¿ Cuánto tiempo de evolución tenía el IAM cuando se intentó la Trombolisis y cuanto cuando se intentó la ATC?

2º ¿ El paciente tenía Bradicardia extrema? si la tenía era refractaria al Isoproterenol?

Bueno con el gusto de poder haber compartido vuestro caso me despido de Ud

Muy atte

Dr Occhipinti Eduardo Alfredo

Servicio de Emergencia del SOL

San Carlos de Bariloche

Dra. Flor:

En este caso BRDHH + IMA anterior, es de actuar habitual poner un electrodo de MP transitorio por la posibilidad de la progresión hacia trastornos de la conducción más importantes o asistolia.

En nuestro trabajo hemos visto que la mortalidad después del mes es mayor en estos casos que en otros sin este bloqueo; ahora bien no todos mueren en asistolia o en un trastorno del ritmo más severo sino que mueren en FALLO DE BOMBA, debido a que en estos casos existe una extensión considerable del infarto que toma el tejido de conducción y perturba además la función de bomba del VI. Para retirar el electrodo transitorio haríamos lo siguiente:

1- Recoger un hissiograma.

2- Retirarlo después de los primeros 5-6 días de evolución.

Siempre teniendo en cuenta que la mortalidad en estos casos es alta con y si MP permanente.

¡Vivan los residentes!

Profesor Lázaro Ramírez Lana.

Estimada Flor.

En pacientes con infarto agudo ánteroseptal, la aparición de bloqueo de rama derecho (BRD) (habitualmente completo) se atribuye a la isquemia causada por obstrucción coronaria proximal a las ramas septales que suplen al sistema de conducción. En pacientes con infarto agudo inferior, que involucra el VD, la aparición de BRD incompleto, habitualmente transitorio, es probablemente causado por conducción lenta en el miocardio ventricular derecho isquémico (bloqueo periisquémico).

El análisis de casi 300000 pacientes del registro nacional de infarto al miocardio en USA (Go A, Ann Intern Med, 1998) reportó una prevalencia de 6% de BRD asociado con infarto agudo al miocardio. Comparando pacientes con infarto sin BRD y sin elevación del ST, el BRD está asociado con un incremento de riesgo de muerte intrahospitalaria de 69% . En el estudio de Moreno y cols (Circulation, 1997), 74 de 681 pacientes consecutivos con infarto agudo al miocardio bajo terapia trombolítica tenían BRD. Estos pacientes eran más viejos y tenían un gran infarto. En el 46% de los pacientes en que la aparición del BRD era reciente, 84% de los BRD se resolvían a las 12 hrs del ingreso. Pacientes con BCRD de nueva aparición y que no revertía tenían un pobre pronóstico con 73% de mortalidad al año de seguimiento.

Enfocado en el caso presentado por usted, la aparición del BRD refleja la extensión del infarto de pared anterior y su alta mortalidad. Por sí misma no tiene indicación de marcapasos transitorio a menos que haya un bloqueo alternante que puede hacernos presumir de un alto riesgo de BAV completo, cuya presencia en un infarto de pared anterior es de mal pronóstico (necrosis tras mural extensa), a diferencia de lo que ocurre en infartos de pared inferior. Por lo mismo, los esfuerzos por recuperar al miocardio por cualquier técnica de reperfusión deben ser realizadas a la brevedad.

Espero haberle ayudado un poco.

Saluda desde Chile,

Dr Mario Zapata M

Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

El paciente debuta con SICA STE anterior y BCRDHH, a los 50 minutos de iniciado el evento se tromboliza con criterios de reperfusión y desaparición del BCRDHH y a las 24 horas se realiza PCI con DES a DA. AL 7º día paciente reinfarta con trombosis proximal al Stent y nuevo BCRDHH sin lograr reperfundirse ni química ni mecánicamente permaneciendo en Falla cardíaca sintomática con FC elevada; actualmente en 2º día de reevento.

Flor Ibañez

Hola, disculpen mi interrupción, pero no está decrito marcapaso temporales en BARDHH durante el curso de un IM.

Oscar Geraldino

Por lo menos las guías y si te parece el Braunwald viejo (6ta edición) lo pone como clase IIB, claro que eso es una guía y cada uno tiene frente al paciente que decidir

Simón Pero

Por supuesto Clase IIB indica casi un clase III o sea tiene que haber muchísima justificación para tomar esa conducta

Oscar Geraldino

Estimada Flor, cada centro tiene sus directrices al respecto, y por cierto apoyadas en la evidencia científica. En nuestro medio la incidencia de BCRD o BCRI es del 10-15%. Recuerdate que la progresión a bloqueo AV completo está en estrecha relación al nivel de afectación del sistema de conducción y la presencia de uno o más de los siguientes grados de trastornos de conducción: BAV 1° grado, BAV 2° grado tipo I, BAV 2° grado tipo II, HBAI, HBPI, BCRD o BCRI, te incrementan proporcionalmente el riesgo de BAVC.

Así, cuando no están presente ninguna de estas variables, la progresión al BAVC es de alrededor del 1 %, mientras que esta puede alcanzar el 35 %, cuando se asocian 3 o más.

Nuestras directrices al respecto son:

- HBAI: observación
- HBPI: observación
- BCRD: observación
- BCRD + HBAI o HBPI: MCP transitorio.
- BCRI (agudo): MCP transitorio.

Espero haber podido aportarte algo al respecto.

Un saludo.

Tomás Campillo

Argentina (Córdoba).