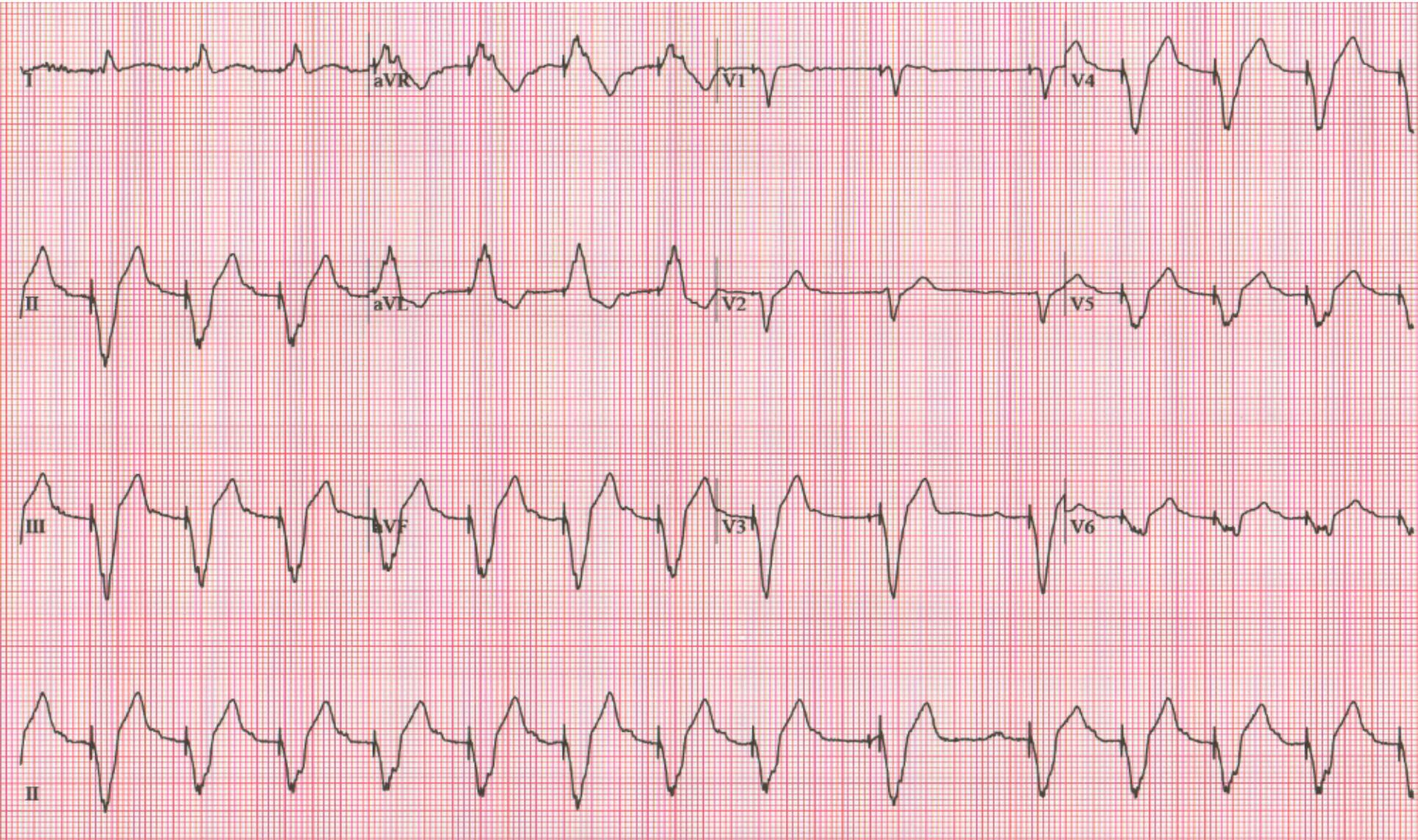
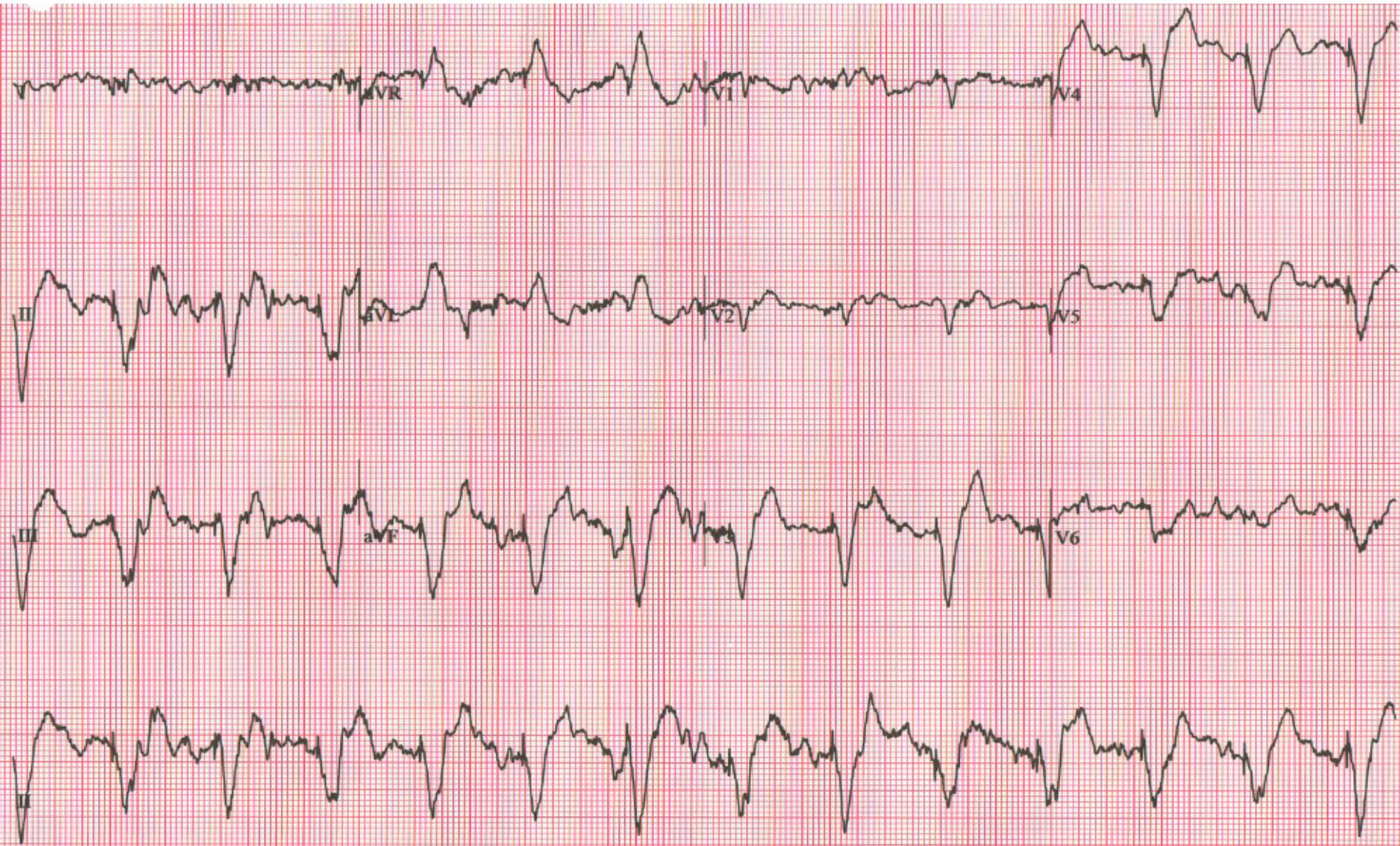


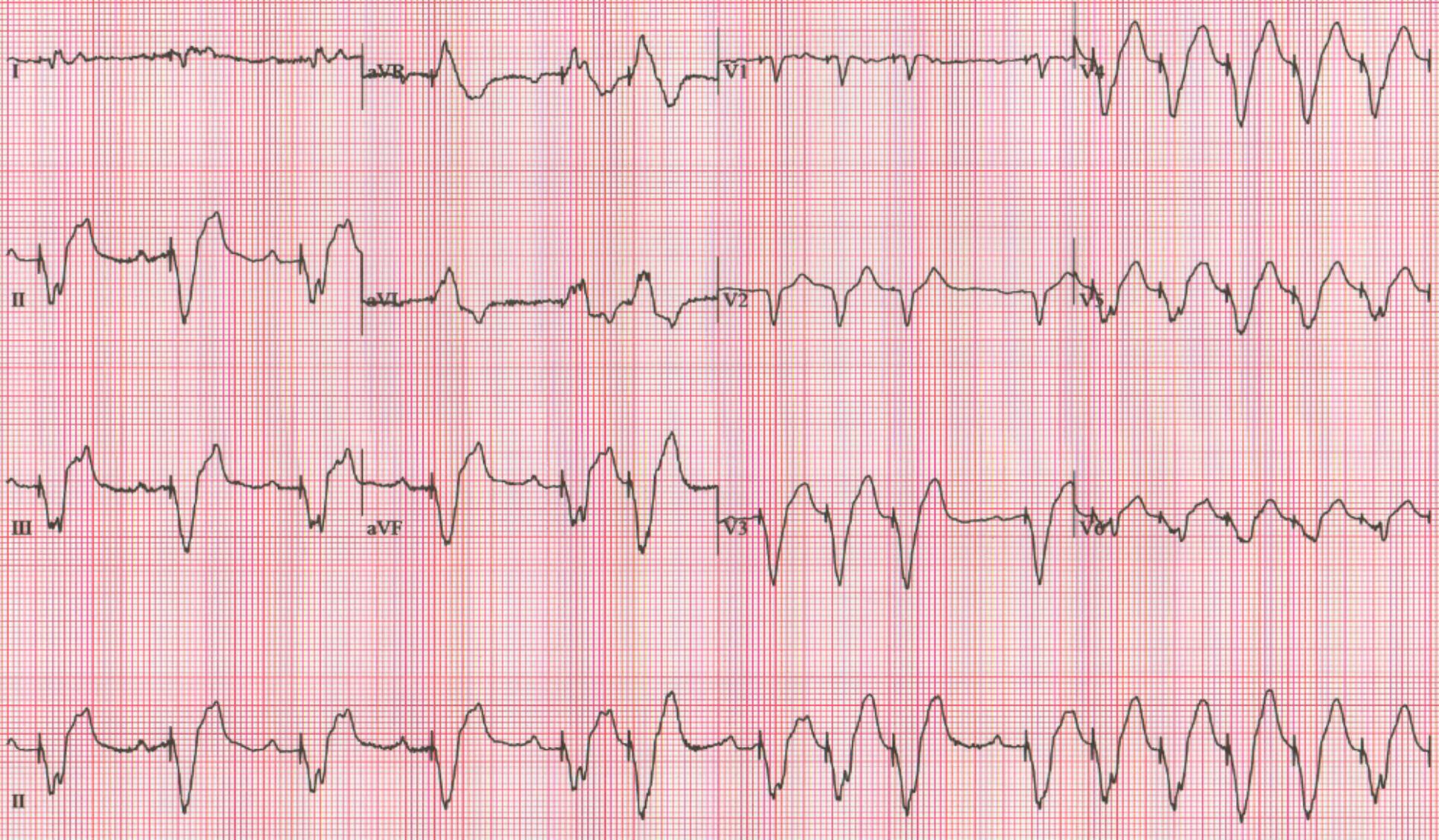
Paciente masculino de 75 años, hipertenso, hace ejercicio. Se le implantó un marcapasos DDD hace 8 meses por bloqueo AV completo paroxístico. Sin embargo, el paciente aún aqueja fatiga y mala tolerancia al ejercicio. Protocolo de Bruce, trazado basal.



Parámetros: modo DDD, 60 lpm, SAV=240 ms, PAV=240 ms, Máx. Trak. Rate=130 lpm, algoritmo de búsqueda del intervalo AV (MVP) "on". Interrogación: umbrales, impedancias y batería ok. Tazado del máximo esfuerzo (8 minutos) con el síntoma:



Tazado del post-esfuerzo inmediato:



OPINIONES:

Creo que en el ECG #1 detección en modo VAT 90 x', pero en el 9° latido hay subsensado de P, por eso el 10° es DDD, continúa con VAT.

ECG #2: máximo esfuerzo seguimiento VAT 78 x', no alcanza el 85% de FC max.

ECG #3: posesfuerzo, hay taquicardia auricular, algunas P caen en PVAPR por lo tanto no son seguidas por espiga V. Otras lo hacen después de este período y son seguidas por estimulación ventricular originando taquicardia y síntomas al paciente. Programaría un PVAPR más prolongado y vería la sensibilidad auricular.

Juan Carlos Manzardo
Mendoza Argentina

Interesante caso. Candidato al MVP no es. Apagarla ese algoritmo. Aprecio que es una falla de sensado auricular. Con que sensibilidad está programado?

Saludos

Martín Lardone

Estimados: Lindo caso para el café de la tarde, les doy mi impresión; basado en la programación del dispositivo podemos deducir en principio que no es un candidato para el uso de MVP dado que por el ECG no tiene la conducción AV CONSERVADA.

Segundo se observa claramente que tiene fallas de sensado auricular luego del ejercicio; con lo cual cuando pierde sensado y pierde la sincronía AV y se comporta como un VVI; seguramente no tiene una adecuada posición el electrodo dependiente del decubito y por otro lado tiene clara evidencia de retroconduccion. Con lo cual el fenómeno de taquicardia corresponde a un fenómeno de taquicardia mediada por marcapasos. Excelente estrategia del colega que sugirió la colocación de un iman en la guardia.

Saludos a todos.

Luis Jurado

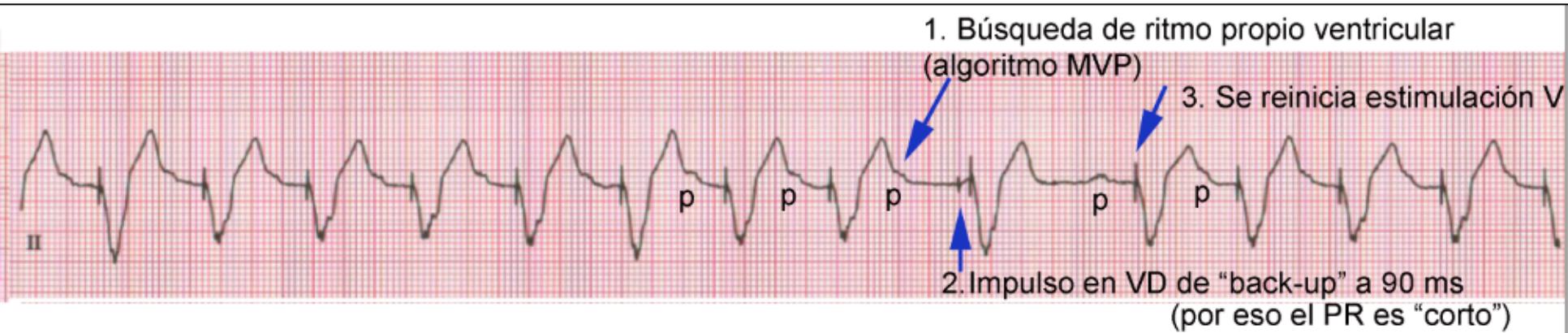
Uy parece un caso de una FA (paroxística) que es sensada para dar paso a una estimulación ventricular, y de ahí la frecuencia tan alta, no? Si está en insuficiencia cardíaca le pondría un imán en guardia a la espera de la consulta con el EP

Saludos,

Leo Krsticevic

Propuesta de explicación de los hallazgos

Trazado basal:

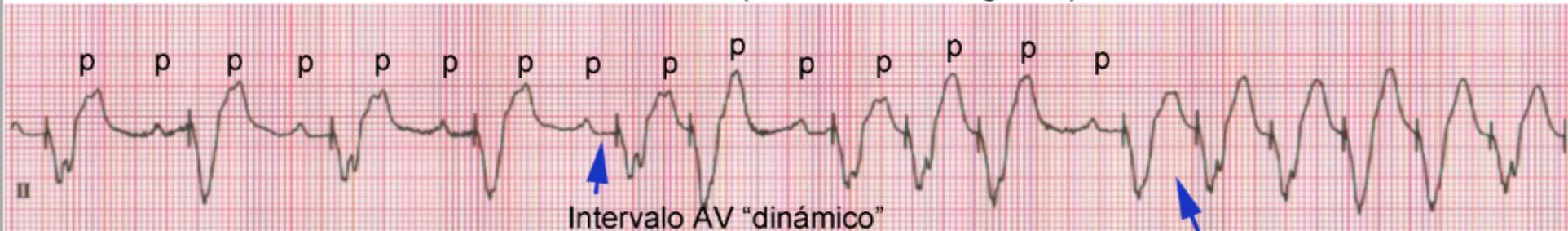


Parámetros: modo DDD, 60 lpm, SAV=240 ms, PAV=240 ms, Máx. Trak. Rate=130 lpm, algoritmo de búsqueda del intervalo AV (MVP) "on".

Trazado del post-esfuerzo inmediato:

Postesfuerzo: intervalo PP regular, 130 lpm:

El marcapasos NO PUEDE seguir el atrio por encima de 130 lpm, porque es su máxima frecuencia de seguimiento ("maximun tracking rate"). Le llaman "Wenckebach electrónico"



Intervalo AV "dinámico"
(más corto que el basal)

El PVARP es dinámico, poco probable que la P sinusal se inscriba durante él

A medida que disminuye la Fc, se recupera la relación 1:1 (tracking del atrio)

Conclusión:

- No necesita MVP
- Debe programarse un intervalo AV más fisiológico
- Debe incrementarse el MTR y comprobar que durante el ejercicio se mantiene la relación AV 1:1

Páginas web a consultar:

<http://bhhs.com/files/files/Physiologist%20-%20Presentations/11-Introduction%20to%20Cardiac%20Device%20Function%20and%20Troubleshooting.pdf>

<https://www.medtronicacademy.com/features/managed-ventricular-pacing-mvp-feature>

<https://www.medtronicacademy.com/features/non-competitive-atrial-pacing-ncap-feature>