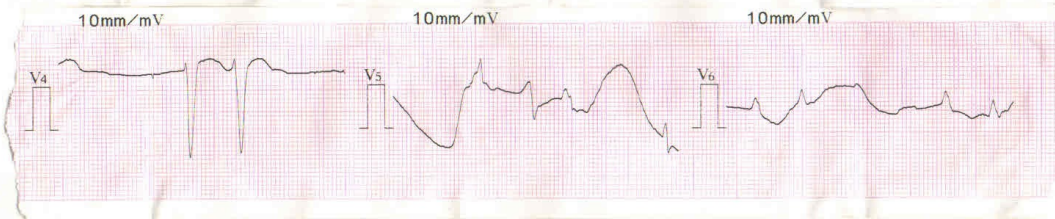
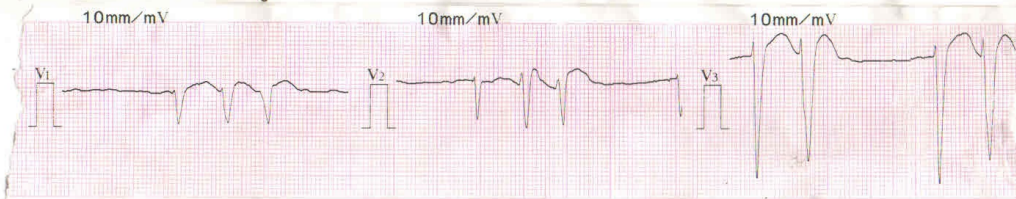
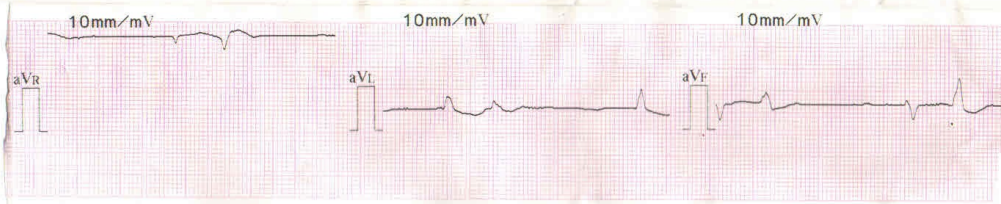
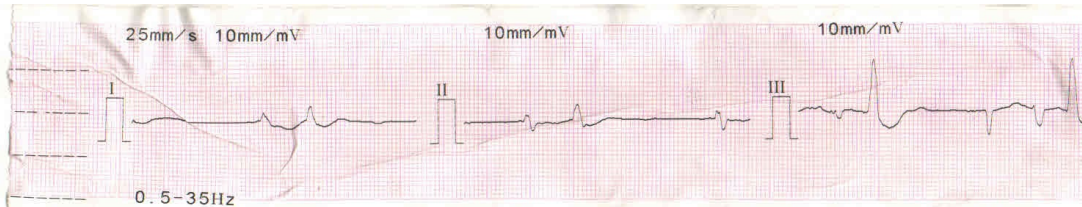


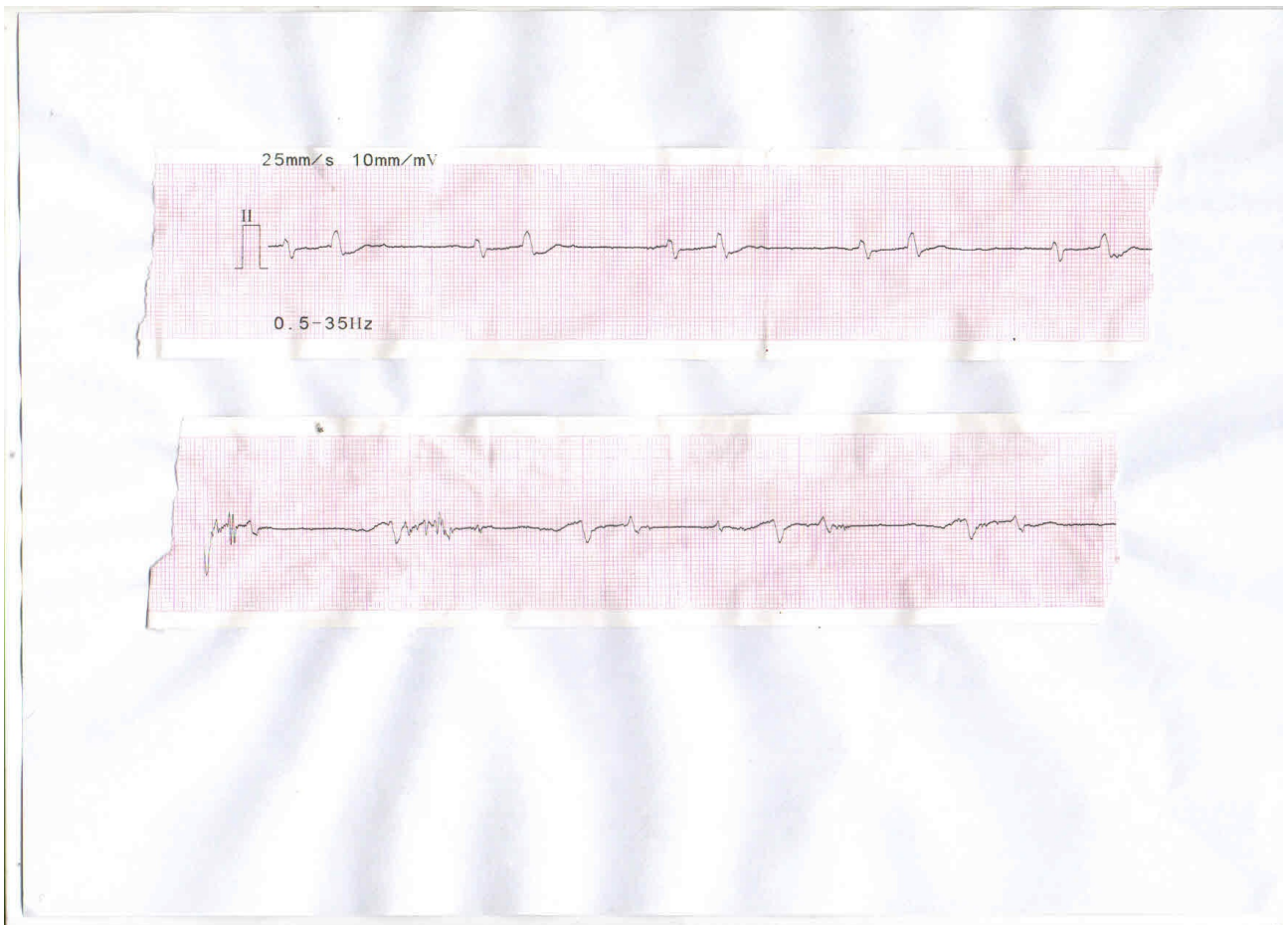
Paciente femenina de 90 años con bradicardia sintomática – 2012

Dr. Héctor Hugo Gómez

Paciente de 90 años reside en geriátrico, con antecedentes patológicos de EPOC, Insuficiencia cardíaca e HTA, había sido trasladada hace 20 días por presentar cuadro de bradicardia sintomática y se le colocó MPC definitivo, evolucionando sin complicaciones hasta que comenzó con disnea y ortopnea, cianosis, bradicardia 30 x min con ECG Bloqueo AV 3er Grado con arritmia compensadora, no se observan espigas del marcapaso, se le coloca microgoteo de Dopamina evoluciona con mejoría clínica y elevación de la frecuencia cardíaca aproximadamente 50 x min, se la trasladó a centro de alta complejidad donde fue recibida en el shock room y se le colocó MCP transitorio transcutáneo expectante y la derivaron a UCO para evaluación del funcionamiento del MCP definitivo.

Héctor Hugo Gómez





OPINIONES DE COLEGAS

Hola Héctor

No se ve "output" del MP, para una evaluación rápida del MP (indistintamente del tipo y programación) se puede:

1. Hacer una RX de tórax para ver la posición de los cables
2. Poner un IMAN sobre el generador, para ver la respuesta magnética ante la inhibición del sensado (todos los parámetros vuelven a la normalidad al quitar el imán).
3. Conocer de que MP se trata también ayuda mucho.

Podremos tener esos datos antes de avanzar con la interrogación del equipo?

Adrián Baranchuk

Eso suena como dislocación subaguda de los cables de MP. radiografía ayuda muchísimo. Twiddler syndrome.

Dardo Ferrara

Bradycardia

AP: HTA

ICC

ex TBQ

TEP; se le había suspendido el acenocumarol previa a la colocación de MPD VVI y

se lo suspendieron (Prótesis en vena cava inferior)

Ingresa por cuadro de Bradicardia extrema con desorientación en tiempo y espacio, disnea, en CF IV, mala mecánica respiratoria al examen físico, signos de insuficiencia cardíaca; se realiza balance negativo. Se interpreta en un primer momento como síndrome de bajo volumen minuto cardíaco secundario a la bradicardia. El ECG con disociación auriculoventricular, no censado del MCP, con ritmo de escape ventricular infrahisiano. se decide recambio de cable de MCP VVI por presentar umbrales elevados.

La mejoría hemodinámica se completa con Dobutamina, levosimendan, furosemida; posteriormente se logra suspender la Dobutamina y pasar diuréticos via oral y se reinicia acenocumarol vo.

Héctor Hugo Gómez