



## OPINIONES DE COLEGAS

Respetado foro, creo que la espiga auricular coincide simplemente con una extrasístole ventricular, la espiga ventricular no captura por refractariedad de la extrasístole y que el marcapasos sensa y estimula adecuadamente.

Luis Fernando Pava Molano, MD-PhD  
Unidad de electrofisiología cardiaca  
Fundación Valle del Lili, Cali-Colombia

---

Estimado Oswaldo: como siempre tus casos ejercitan las neuronas, agradecido por esto.

Para esto al menos yo lejos de tu experiencia debo analizar todo el trazado.

1er Latido auricular sensado y captura ventricular adecuada.

2do latido es una EV senado que inhibe la TRC.

3er latido luego de el tiempo mayor de PP del paciente, hay una P estimulada y descarga ventricular con adecuada captura de acuerdo a lo que pienso tenes programado el intervalo AV alrededor de 160 mseg.

4to y 5to latidos onda P sensada con adecuada captura ventricular.

6to latido (tu flecha) es anticipado y presenta la espiga de marcapaseo, que interpreto debe ser una función del marcapasos de mantener los intervalos PP de acuerdo a los sensados previamente, y latido de fusión de la EV y descarga de la captura ventricular.

¿Por qué interpreto esto?

Luego los intervalos PP son similares y el último latido es anticipado también presenta fusión ventricular por descarga de la captura ventricular.

Desconozco si es una de las funciones del dispositivo, como por ejemplo la respuesta de detección ventricular.

Lo que no comprendí de tu descripción y me gustaría conocer es que te referís a un trazado de marcapasos en modo DDD-R y la paciente tiene implantado un TRC-P. ¿El cambio de modo es una función del equipo o vos anulaste la descarga en VI por algún motivo?

Un saludo

Martín Ibarrola

---

Creo que el segundo complejo QRS es una extrasístole ventricular que tiene la misma morfología del marcado con la flecha por lo que considero que la espiga que aparece antes de no es responsable de la despolarización ventricular y corresponde a la espiga auricular y la P está enmascarada en la extrasístole con un estimulación ventricular posterior en el periodo refractario absoluto. Esto se confirma en el último latido.

Además me llama la atención lo ancho del QRS para ser un resincronizador

Guillermo Mora Pabon

---

Hola amigos

De acuerdo, son CPV que aparecen coincidentemente con la espiga atrial (los 3 descritos, el latido 2, el de la flecha y el último)

En los 3, la segunda espiga (ventricular) no captura por encontrarse el tejido en período refractario; la pregunta es: ¿por qué esta segunda espiga no se inhibió si ya existe una despolarización ventricular?

El QRS es muy ancho para ser un CRT-P. El electrodo del VI es viejo, unipolar y tiene umbrales elevados, probablemente no esté capturando el VI

Los intervalos AP-VS ó AS-AP son muy parecidos (0,78-0,8 s); ¿por qué no son 1 s si la frecuencia programada es 60 lpm?

No recuerdo en cuánto está programado el cambio de modo (en estos dispositivos, la mayoría viene en 175 lpm), lo cual significa que si aparece una taquiarritmia atrial el dispositivo cambia a modo DDI

Un abrazo

Oswaldo Gutiérrez

---

Estimados: en mi opinión creo que lo que estamos observando en este trazado es la activación de la programación presente en marcapasos Medtronic conocida como *Ventricular safety pacing*.

Carlos Brambilla

