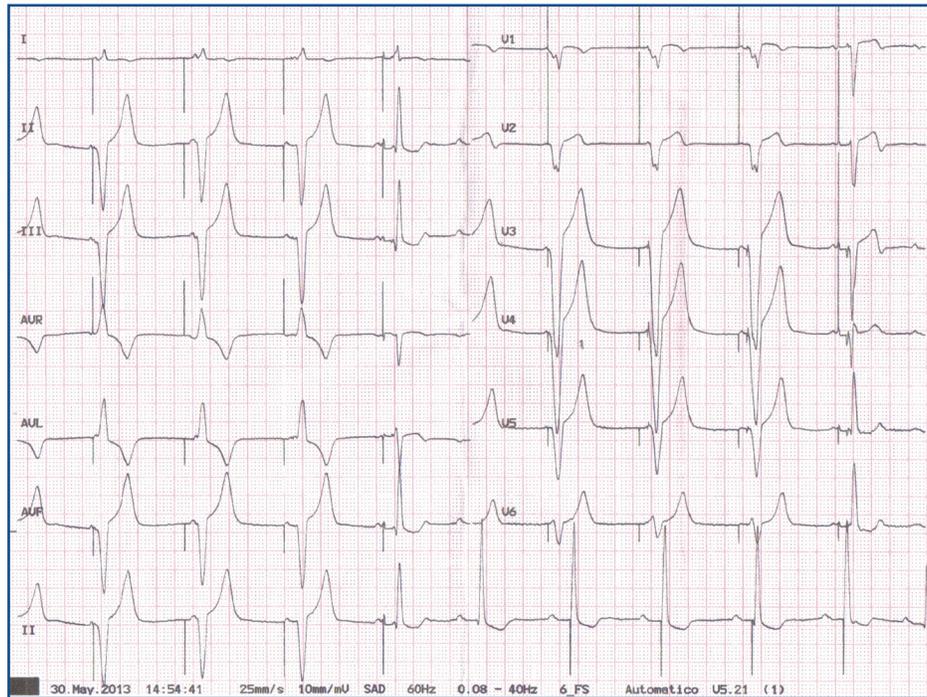


Dra. Vivien Araya Gómez
Centro Cardiológico Integral
Teléf. 2221-29-21 • 8990-0830
E-mail: vivien@ice.co.cr

El trazo que a continuación se presenta es de un paciente masculino de 79 años de edad, portador de HTAS. En 2011 presentó un bloqueo AV intermitente, sintomático. Le colocaron un marcapaso permanente unicameral en modo VVIR. Actualmente acude para revisión de rutina de su marcapaso. Solamente refiere cansancio a veces, por lo demás se encuentra asintomático, tolera esfuerzos moderados.

Antes de realizar la revisión del marcapaso se realizó un electrocardiograma de rutina que se muestra a continuación.



En relación a este paciente y el EKG, señale la o las opciones correctas:

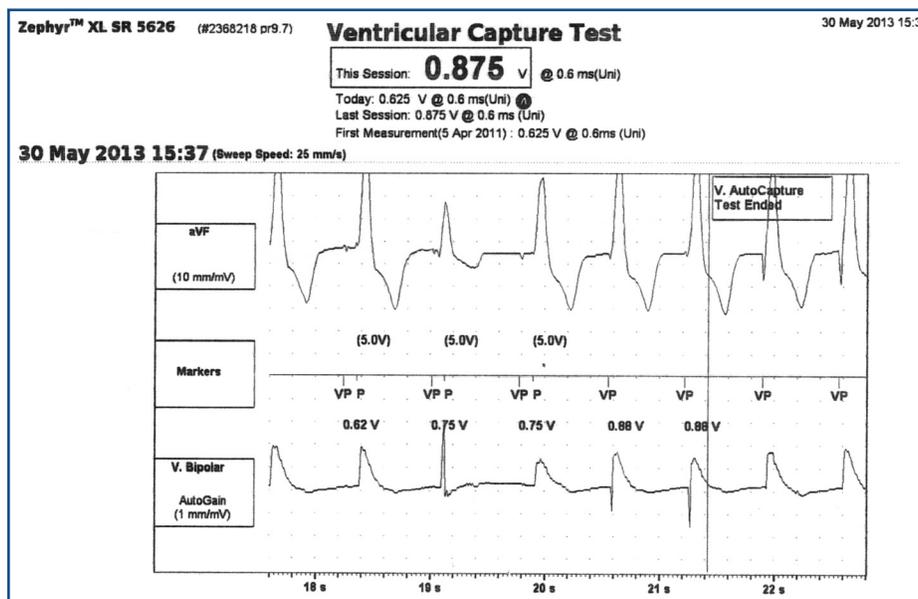
- A. El marcapaso tiene la función de auto-captura activa y por lo tanto cuando se tomó el EKG estaba justamente en una de estas pruebas automáticas de umbral de captura.
- B. El marcapaso tiene disfunción por la evidencia de espigas que no capturan (segundo, tercero y cuarto latidos en el trazo DII largo) y que no tienen relación con el QRS, siendo que es un marcapaso ventricular.
- C. Hay una doble espiga en V4, posiblemente el paciente está equivocado y en realidad le pusieron un marcapaso bicameral.
- D. Este paciente tenía indicación para un marcapaso bicameral ya que a pesar de su bloqueo AV intermitente tiene ritmo sinusal, por lo que el sensado de la actividad atrial mantendría una buena coordinación en la actividad atrio-ventricular.

Ver Respuesta en página 43

RESPUESTA

El paciente realmente tiene un marcapaso unicameral con un solo cable en el ventrículo derecho y está en modo VVIR. Hay una doble espiga que se observa mejor en V4, pero no es porque tenga otro cable en atrio (bicameral), sino porque está haciendo el “test de auto-captura”, en este tipo de marcapaso cuando se activa esta función, en forma automática mide el umbral de captura y cuando se pierde la estimulación (espigas sin relación al QRS), de inmediato (algunos milisegundos después) envía un nuevo impulso con un voltaje mayor, en este caso 5.0V (como se puede ver en el registro que se muestra luego de este texto y que corresponde a la información obtenida de la programadora de marcapasos correspondiente).

Con respecto a la indicación del tipo de marcapaso en este caso, realmente lo ideal sería un marcapaso bicameral (Clase IIa evidencia A), ya que tiene actividad atrial que sería recomendable tenerla coordinada con la actividad ventricular cuando desarrolla el bloqueo AV. Sin embargo en un paciente como éste cuyo bloqueo AV es intermitente y no tiene disfunción sistólica, se puede utilizar el marcapaso unicameral ventricular (Clase IIb evidencia C). Si el bloqueo es permanente o tiene datos de falla cardiaca si es muy importante asegurarnos de mantener la coordinación atrio-ventricular con un marcapaso bicameral, para no provocar un deterioro hemodinámico del paciente.



Guidelines for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy.

European Heart Journal 2007.

Agradecimiento: A la Ing. Grace Vargas de St Jude Medical por su asesoría técnica en este caso.