Compartint l'Anestesiologia a les Tres Nacions
Una Comarca, un Hospital, tres Idiomes...
HOSPITAL DE CERDANYA / HÔPITAL DE CERDAGNE
Palau d'Esports i Congressos d'Alp, Girona
XIV Congrés de la Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor
8 i 9 de novembre de 2018
WWW.CONGRESSCARTD.ORG

BLOQUEO AV 2:1 EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA TRANSANAL

Lidia Vazquez Valenzuela; Maria Campos Meneses; Luis Barbero Roldán; Judith Saludes Serra; Diosdado Pelegrí Grau
Hospital universitari Joan XXIII

INTRODUCCIÓN
Se presenta el diagnóstico y manejo perioperatorio de paciente que desarrolla un bloqueo AV 2:1previo al inicio de cirugía transanal.

MATERIAL Y MÉTODOS
Varón 65 años con antecedentes de DM2, HBP, hipotiroidismo y síndrome de Lynch. Antecedentes quirúrgicos de tiroidectomía total, hemicolectomía derecha y posterior colectomía subtotal. No alergias. Tratamiento habitual: metformina, eutirox y tamsulosina. El electrocardiograma muestra RS 54lpm, BRDHH y hemibloqueo anterior. Rx tórax y analítica preoperatoria sin hallazgos.

En quirófano presenta FC 39 lpm, TA 160/70 mmHg y SatO2 98%. Inducción anestésica con atropina, fentanest, propofol y rocuronio. Laringoscopia directa (TET 8.5). A continuación, bradicardia de hasta 32 lpm asintomática, observándose bloqueo AV 2:1 en ECG de 12 derivaciones. Educción en quirófano e ingreso en Cardiología descartándose diselectrolitemias, causas farmacológicas e isquémicas de arrítmias y programación de implantación de marcapasos. Alta de Cardiología al día siguiente y reprogramación para cirugía.

Previa reintervención se visualiza ECG con ritmo marcapasos a 60lpm con captura auricular y ventricular. Acto anestésico previa colocación de imán sobre marcapasos con estimulación asincrónica a frecuencia fija de 85lpm.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Descartar etiología secundaria como causa de arritmia

Los pacientes con anormalidades en la conducción auriculoventricular pueden permanecer asintomáticos o experimentar síntomas relacionados como bradicardia, arritmias ventriculares o ambas. Las decisiones para la implantación de marcapasos son una recomendación clase I evidencia C.

Reprogramar/colocar un imán sobre el marcapasos ante la posibilidad de interferencias con fuentes eléctricas externas.