

Caso clínico

Mujer, 76 años

AP: HTA mal controlada, DM tipo II en tto con antidiabéticos orales, Insuficiencia renal leve.

IQ: Implantación de prótesis total de cadera dcha por coxartrosis.

Datos preoperatorios: Hb: 9 gr/dl y microcitososis, creatinina: 1,9 mg/dl, glucemia 189 mg/dl. ECG: patrón de sobrecarga moderada de VI. RX torax: cardiomegalia.

Premedicación: 1,5 mg midazolam, 100 ug fentanilo, 0,6 mg atropina

Inducción: 300 mg de pentotal, 75 mg succinilcolina. Se procede a IOT y tras ello se administran 7 mg de vecuronio.

Mantenimiento: Isoflurano, fentanilo 100 ug cada hora y vecuronio 2 mg cada hora.

Se mantuvo una hipotensión controlada a 90 mm HG durante la fase central de la IQ, mediante la utilización y manejo del isoflurano según necesidades en cada momento (pero no se superó nunca 1,5 CAM).

La hemorragia intraoperatoria fue de 600 ml y no hubo ninguna otra incidencia intraoperatoria.

20 min antes de finalizar IQ se suspendió el vecuronio y cuando terminó IQ el isoflurano.

La paciente permaneció sin despertar de la anestesia, a pesar de revertir el posible efecto residual de los opiáceos con naloxona, de las benzodiacepinas con flumacénilo y del vecuronio con prostigmina y administrar 2 concentrados de hemáties. Durante este periodo, la exploración neurológica de la paciente no presentaba focalidad y la analítica era normal. A los 80 min de finalizar la anestesia, la paciente inició la recuperación de la consciencia y la ventilación espontánea, por lo que pudo ser extubada a las 2h. Al día siguiente, la paciente estaba asintomática y su evolución postoperatoria fue correcta.

PREGUNTAS

- 1- Posibles causas de retraso en el despertar de esta paciente
- 2- Cuáles crees que son los beneficios de la hipotensión controlada, para qué puede servir durante una IQ
- 3- Si la causa es farmacológica que consideraciones hay que tener en cuenta
 - a. La etiología más frecuente es la acción prolongada de los fármacos anestésicos
 - b. La edad avanzada, el hipotiroidismo o la hipotemia justifican una sobredosisificación relativa, es decir, un aumento de la sensibilidad del paciente a los fármacos
 - c. La disminución de la unión a proteínas disminuye el efecto de los fármacos sobre el SNC
 - d. La hipotermia provoca un aumento de la sensibilidad del paciente a los fármacos
 - e. Las acciones de fármacos no anestésicos que aceleren el metabolismo de los fármacos anestésicos pueden provocar retraso en el despertar

- 4- Si la causa fuera un trastorno endocrinometabólico que hechos habría que tener en cuenta para el diagnóstico
 - a. La encefalopatía hepática y la urémica (por insuficiencia hepática y renal) son fácilmente diagnosticables
 - b. La acidosis respiratoria provoca depresión del nivel de conciencia
 - c. La hiponatremia y la hipocalcemia pueden provocar retraso en el despertar
 - d. El coma hipoglucémico y cetoacidótico son frecuentes causas de retraso en el despertar
 - e. El hipotiroidismo y la insuficiencia renal pueden ser causa de coma en el postoperatorio
- 5- Si la causa fuese neurológica, en qué se debe pensar
 - a. La aparición de isquemia cerebral puede ser secundaria a una hemorragia intraoperatoria (hemorragia permitida)
 - b. Un pico de hipertensión podría ser un factor de riesgo para la aparición de coma postoperatorio de causa neurológica
 - c. El coma postoperatorio puede ser la primera manifestación de una malformación arteriovenosa que sangre durante la IQ
 - d. La focalidad neurológica no sirve para orientar el diagnóstico
- 6- En este caso, cuáles fueron las causas
 - a. Disminución de la perfusión cerebral
 - b. Anemia por hemorragia intraoperatoria
 - c. Alteración de la coagulación
 - d. Sobredosis de anestésicos
 - e. Hipoglucemia
- 7- Ante un retraso en el despertar qué es prioritario
 - a. Valorar antecedentes clínicos del paciente
 - b. Revisar los anestésicos administrados intraoperatoriamente
 - c. Realizar exploración neurológica
 - d. Determinar analítica sanguínea
 - e. Realizar TAC craneal urgente
- 8- En qué casos no se debería hacer hipotensión controlada
 - a. Aneurisma cerebral grande
 - b. Cirugía potencialmente sangrante en testigos de Jehova
 - c. Embarazo
 - d. Cirugía traumatológica en paciente diabético descompensado
 - e. Cirugía traumatológica en paciente hipertensivo descompensado
- 9- Si lo hacemos qué monitorización deberíamos hacer?
 - a. Monitorización exhaustiva de TA
 - b. Realizar gasometría, hematocrito y bioquímica antes del inicio de la hipotensión controlada
 - c. Sondaje urinario
 - d. Elevar campo operatorio respecto al resto del cuerpo lo máximo posible.

NOTA: el caso clínico es para realizar en el seminario y se corregirá en clase. No hay que entregar.

Paciente intervenido quirúrgicamente. Se realiza **Hemicolectomía dcha.**

PREGUNTAS:

1. Tras finalizar IQ dónde debe ser trasladado el paciente? Por qué?
2. Cómo se debe trasladar el paciente?
3. Que parámetros se deben monitorizar?
4. Cuánto tiempo debe de estar vigilado?
5. Qué criterios debe de cumplir para ser dado de alta?

NOTA: Estas preguntas son para realizarlas en el Seminario por grupos y entregarlas al finalizar el mismo.