



CAS CLÍNIC: RETARD DEL DESPERTAR

Joan Banal; Tatiana Dam; Judith Navarro; Martina Quetglas; Maria Masdefiol; Soufiane El Aas Aas

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta

ANTECEDENTS:

Dona 73 anys, 53kg, 152cm, IMC: 22, sense al·lèrgies ni hàbits tòxics. Hipertensió arterial (enalapril), tiroïditis de Hashimoto eutiroidea. Analítica i funció tiroïdal en rang. Amigdalectomia a la infància.

INFROME DEL CAS:

La pacient acut per cirurgia programada de tiroidectomia total per múltiples nòduls calcificats Bethesda II i un Bethesda

III. Preparació prequirúrgica dues hores abans de la cirurgia. Premedicació amb diazepam i famotidina.

Inducció i intubació orotraqueal sense incidències (Dosis inducció: Midazolam 2mg, fentanil 150mcg, propofol 100mg, Succinilcolina 100mg, atropina 0,5mg, dexametasona 4mg, Ketamina 10mg). Manteniment amb TIVA de Propofol a dosis baixes, remifentanil, paracetamol i dexketoprofè.

Retard del despertar de fins 60 minuts que requereix flumazenil, naloxona i neostigmina. Ingressa a UCPA. Recuperació total de vigília la primera hora. Exploració neurològica normal. Sense antecedents personals ni familiars de retard del despertar. Depressió major fa 11 anys; va rebre medicació que no recorda (benzodiazepines o antidepressius) que va suspendre per somnolència diürna. Estudi quantitatiu i qualitatiu de colinesterasa que descarten dèficit o disfunció d'aquesta.

DISCUSSIÓ:

Inducció amb succinilcolina i manteniment amb TIVA per evitar relaxació mantinguda en context de monitorització de nervis laringis recurrents.

CONCLUSIONS:

No vam poder filiar la causa del retard del despertar, sospitem d'una possible hipersensibilitat a benzodiazepines o d'un error de medicació.

Destacar la importància de registrar tot el procés quirúrgic per poder filiar bé la causa. Vam revisar la actuació a reanimació, les proves i seguiment realitzat de la pacient.