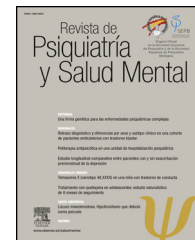




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL BREVE

Propofol y pentotal como agentes anestésicos en la terapia electroconvulsiva: un estudio retrospectivo en el trastorno depresivo mayor

Erika Martínez-Amorós^{a,*}, Verónica Gálvez Ortiz^b, Montserrat Porter Moli^a,
Marta Llorens Capdevila^a, Ester Cerrillo Albaigés^b, Gemma Garcia-Parés^a,
Narcís Cardoner Álvarez^{b,c} y Mikel Urretavizcaya Sarachaga^{b,c}

^a Salut Mental Parc Taulí, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí - UAB (IUFPT-UAB), España

^b Grupo de Neurociencias [Institut Recerca Biomèdica Bellvitge] IDIBELL, Unidad clínica e investigación de trastornos afectivos, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari de Bellvitge-ICS, L'Hospitalet de Llobregat, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Cibersam (CIBER en Salud Mental), Barcelona, España

Recibido el 3 de diciembre de 2012; aceptado el 22 de enero de 2013

Disponible en Internet el 11 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Propofol;
Pentotal;
Terapia
electroconvulsiva;
Trastorno depresivo
mayor

Resumen

Objetivo: Determinar la influencia de la utilización de propofol y pentotal como anestésicos en la terapia electroconvulsiva (TEC), en relación con la duración de la crisis, la dosis eléctrica, la eficacia clínica, el perfil cardiovascular y la aparición de efectos cognitivos.

Método: Estudio retrospectivo sobre 127 pacientes que recibieron TEC bilateral como tratamiento de un episodio depresivo mayor.

Resultados: La duración media de la convulsión eléctrica en el grupo de propofol fue significativamente más corta que en el de pentotal ($21,23 \pm 6,09$ versus $28,24 \pm 6,67$ s; $p < 0,001$). La dosis de estímulo media fue de 348,22 mC en el grupo de propofol y de 238 mC en el grupo de pentotal ($p < 0,001$). Propofol se asoció a un menor incremento de la tensión arterial. No se encontraron diferencias en la respuesta clínica al tratamiento ni en la aparición de otros efectos adversos.

Conclusiones: El anestésico utilizado en la TEC puede determinar diferencias en parámetros como la duración de la crisis o la carga eléctrica aplicada. Sin embargo, estas diferencias no parecen traducirse en la eficacia clínica ni en el patrón de efectos adversos.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: emartineza@tauli.cat, akirema22@hotmail.com (E. Martínez-Amorós).

KEYWORDS

Propofol;
Thiopental;
Electroconvulsive
therapy;
Major depression

**Propofol and thiopental as anesthetic agents in electroconvulsive therapy:
A retrospective study in major depression****Abstract**

Objective: To determine the influence of propofol and thiopental as anesthetics in electroconvulsive therapy (ECT), as regards, seizure duration, electrical charge, clinical efficacy, cardiovascular profile, and presence of adverse cognitive effects.

Methods: A retrospective design including 127 patients who received bilateral ECT for the treatment of a major depressive episode.

Results: The mean seizure duration in the propofol group was significantly shorter than in the thiopental group (21.23 ± 6.09 versus 28.24 ± 6.67 seconds, $P < .001$). The mean stimulus charge was 348.22 mC in the propofol group, and 238 mC in the thiopental group ($P < .001$). Propofol was associated with a lower increase in blood pressure. There were no differences between groups in treatment response or presence of adverse effects.

Conclusions: The anesthetic agent used in ECT might determine differences in parameters such as seizure duration or electrical charge. However, this does not seem to be translated into differences in clinical efficacy or the pattern of adverse effects observed.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La terapia electroconvulsiva (TEC) requiere sedación con un anestésico de corta duración que interfiera lo menos posible en el umbral convulsivo y en la duración y calidad de la convulsión, y que a su vez garantice la estabilidad hemodinámica del paciente¹. En las guías se acepta, a pesar de que es motivo de controversia, que el efecto terapéutico de la TEC depende de la producción de una convulsión generalizada con una duración adecuada^{2,3}. En este sentido, se ha postulado que la elección del anestésico podría tener importantes consecuencias en la realización de la TEC, al poder afectar el umbral convulsivo y modificar la duración de la convulsión^{4,5}.

Varios agentes anestésicos como metohexital, pentotal, propofol, etomidato y ketamina, caracterizados por una acción corta, son utilizados como inductores en la TEC. A pesar de que no existe un anestésico de elección, metohexital parece ser el de uso más generalizado^{3,6,7}; sin embargo, no está disponible en España, donde propofol y pentotal son los utilizados^{2,8,9}.

Propofol ha demostrado tener un mejor perfil hemodinámico y facilitar una recuperación poscrisis más rápida¹⁰⁻¹⁴. Sin embargo, podría acortar las crisis comiciales^{4,10,15-25} e incrementar el umbral convulsivo¹⁷, hecho que comportaría la aplicación de un mayor estímulo eléctrico^{15,17,20}. Consecuentemente, el uso de propofol podría estar asociado a un mayor número de sesiones de TEC, así como a diferencias en la eficacia clínica y a una mayor aparición de efectos adversos^{26,27}.

El objetivo del estudio es analizar las posibles diferencias entre propofol y pentotal respecto a parámetros de la TEC, respuesta clínica y efectos adversos.

Método**Muestra**

Un total de 196 pacientes fueron reclutados entre los ingresados en los Servicios de Psiquiatría del Hospital Universitari

de Bellvitge (pentotal) y el Hospital de Sabadell (propofol) durante el período 2005-2010. Cumplían criterios diagnósticos DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor y habían recibido un curso agudo de TEC. Fueron excluidos los que padecían otro trastorno en el eje I (excepto dependencia de la nicotina) o en el eje II. Finalmente, se incluyeron para el análisis 127 pacientes (el 32,3% recibieron propofol y el 67,7% pentotal).

Variables recogidas

A través de revisión de historias clínicas, se recogieron variables demográficas, de curso del trastorno y relativas al episodio. Durante la hospitalización se administraron escalas psicométricas -Hamilton Depression Rating Scale de 21 ítems (HDRS₂₁) y GAF (Global Assessment of Function)- antes del inicio y la finalización del curso de TEC.

Respecto a la TEC, se recogieron el número de sesiones, la dosis de estímulo, la duración de la convulsión por sesión y la duración acumulada (clínica y electroencefalográfica), la necesidad de reestímulo, la impedancia, los parámetros cardiovasculares (tensión arterial y frecuencia cardíaca), y la aparición de otros efectos adversos agudos (cefalea y efectos cognitivos).

Las características demográficas, clínicas y de tratamiento han sido resumidas en la [tabla 1](#).

Procedimiento**Terapia electroconvulsiva**

La TEC fue administrada usando Thymatron™ DGx y System IV (programas DGx y 2 xdose) siguiendo las guías clínicas^{2,3}. La anestesia incluyó: pentotal (1,5-2,5 mg/kg) o propofol (0,75-1,5 mg/kg) y succinilcolina (0,5 mg/kg). Los pacientes fueron preoxigenados y ventilados manualmente. El emplazamiento de los electrodos fue bifrontotemporal³. Los datos correspondientes a la TEC están descritos en la [tabla 2](#).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4191143>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4191143>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)