

Asociación entre la supresión en salvas durante inducción fija con propofol y el delirium postoperatorio en pacientes mayores a 65 años sometidos a cirugía cardiaca

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-016>

Tipo de Trabajo

Trabajo Científico

Autores

Esteban Godoy Zumaeta

Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gonzalo Boncompte Lezaeta

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Wilbaldo Salas Morales

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Daniela Biggs Muñoz

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Maximiliano Zamora Helo

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Claudia Carvajal Figueroa

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Shirley Revollo García

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Víctor Contreras Ibacache

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Marcela Carrasco Gorman

Sección de Geriatria, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Juan Cristóbal Pedemonte Trehwela

División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de Farmacología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

El delirium postoperatorio (DPO) es una de las principales causas prevenibles de morbilidad perioperatoria en adultos mayores (1). El patrón electroencefalográfico supresión en salvas (BS) se asocia a DPO en adultos mayores sometidos a cirugía cardiaca (2). Se desconoce si esta asociación es secundaria a la administración excesiva de anestésicos o es resultado de las características neurofisiológicas predeterminadas (3). Determinar si esta relación se mantiene tras una inducción estandarizada con Propofol permitiría eliminar la dosificación como factor confundente.

Objetivo(s)

Pregunta: ¿La asociación entre BS y DPO es secundaria a la administración excesiva de anestésicos o a las características neurofisiológicas predeterminadas del paciente? Objetivos: Determinar la asociación y capacidad predictiva de BS, posterior a una inducción estandarizada con Propofol, y el DPO en pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía cardíaca.

Material y Métodos

Estudio de cohorte prospectivo (C. Ética200923005 - NCT04713644) realizado en Santiago (marzo 2021 a febrero 2024). Criterios inclusión: pacientes > 65 años, ASA II-III, sometidos a cirugía cardíaca electiva con CEC. Criterios exclusión: IMC > 35 o < 18 Kg/m², disfunción ventricular grave, antecedente de enfermedad neurológica y delirium preoperatorio. Se realizó inducción estandarizada con Propofol 0,5 mg/kg (rescate de 0,5 mg/kg si necesario) más Fentanilo y Vecuronio en dosis/Kg fijas. Se recolectaron factores de riesgo para delirium y se registró electroencefalograma (EEG) frontal durante 20 minutos post inducción. Se evaluó la presencia de DPO las primeras 72 horas postoperatorias, 2 veces al día (AM/PM), mediante CAM-ICU y revisión de ficha clínica. Para el análisis EEG, se cuantificó la presencia de BS según la tasa de isoelectricidad (variabilidad eléctrica <10 μ V por > 1 seg). Estadística descriptiva: test de Student no pareado, Wilcoxon Rank-Sum y exacto de Fisher. Estadística analítica: regresión logística univariable y multivariable (con factores de riesgo conocidos para DPO), generación de curvas ROC y AUC. Valor-p < 0,05 estadísticamente significativo.

Resultados

Se reclutaron 78 pacientes y 4 fueron excluidos (incompletos). 37/74 presentaron DPO. Pacientes con DPO(+) presentaron mayor edad [75 años (69,78)] vs 71 años (68, 73) (Tabla 1). Se excluyeron 12 pacientes por calidad de EEG insuficiente. La regresión logística univariada basada en la tasa de isoelectricidad presentó un OR 1,23 (IC95% 1,00-1,76, p = 0,046) y tuvo un AUC de 0.58 (0.43-0.72). La tasa de isoelectricidad (BS) fue predictor de aparición de DPO independiente de que la dosis de Propofol utilizada fue estandarizada en todos los pacientes. Al agregar la tasa de isoelectricidad, edad, MiniCog y antecedente de DPO al modelo multivariable, la AUC fue 0.70 (0.57-0.83) (Figura 1).

Conclusiones

La tasa de isoelectricidad (BS) post inducción estandarizada con Propofol se asoció y fue predictor de DPO en pacientes mayores sometidos a cirugía cardíaca con CEC. Estos hallazgos sugieren que la aparición de DPO en esta población sería secundario a características neurofisiológicas predeterminadas de los pacientes y no a la sobredosificación por Propofol.

Contacto

Nombre: Juan Cristóbal Pedemonte

Correo electrónico: jcpedemo@uc.cl / jcpedemo@gmail.com