IMPACTO DEL TIPO Y DOSIS DE SEDACIÓN EN PACIENTES EN EL ÉXITO PARA PASAR DE UNA VM CONTROLADA A UN A VM DE SOPORTE, SIN RETROCESOS EN EL CUIDADO

Tomas Regueira-Heskia[1], Victoria Gatica[2], Daniela Pinto[2], Rojas Verónica[2], Marco Hormazabal[1], Eduardo Correa[2], María Idalia Sepúlveda[2]

1. Clinica Santa María
2. SIGMA I+D

Introducción Los determinantes del éxito en el paso de una VM controlada bajo sedación profunda a una VM de soporte (transición) han sido pobremente estudiados. La suspensión o disminución de la sedación de manera prematura o tardía puede asociarse a resultados desfavorables. Chile posee un déficit de camas críticas y escaso número de especialistas en UCI lo que realza la importancia de este problema. El objetivo es determinar el impacto del tipo y dosis de sedación en el éxito durante la fase de transición. Métodos Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico (8 UCI) de Nov 23 a Jul 25. Se incluyeron adultos en VM controlada, bajo sedación profunda por al menos 24 horas. Se excluyeron pacientes neurocríticos y con AET. Se registró demografía, severidad, drogas e intervenciones en el tiempo. Se estableció como "hito" el momento en que se suspendió o disminuyó las drogas sedantes con intención de despertar al paciente. Denominamos “Éxito” cuando el paciente posterior a las 48 horas del hito se encontraba evolucionando sin retrocesos y “Fracaso” cuando requirió volver a sedación por cualquier razón. Para variables continuas se emplearon test no paramétricos y para la asociación entre sedación y variables clínicas se aplicaron modelos mixtos generalizados binomiales. Los análisis se realizaron con R. Estudio aprobado por respectivos Comité Ético-Científicos. Resultados Se reclutaron 343 pacientes, 45,7% mujeres, APACHE II 19.4, SOFA ingreso 10.1. Diagnósticos de ingreso Insuficiencia respiratoria (46%) y shock séptico (27%). El 89.8% requirió vasoactivos y un 12% Inótropos, y la mortalidad fue de un 30.1%. El tiempo promedio en sedación profunda fue 5,3 días y en VMI controlada 4,6 días. La dosis promedio de Fentanil, Propofol, midazolam y dexmedetomidina fue de 1.82 ± 0.93 ug/kg/h, 0.95 ± 0.8 mg/kg/h, 0.06 ± 0.27 mg/kg/h y 0.1 ± 0.18 ug/kg/h, respectivamente. El 37% de los pacientes recibió bloqueo neuromuscular y el 30% antipsicóticos. Los pacientes que fracasaron, respecto de aquellos con éxito, tuvieron un APACHE II más alto 20.3 ± 7 vs. 18.4 ± 8 (p=0.04), estuvieron más tiempo en sedación profunda 6.29 ± 3 vs. 4.35 ± 2.7 (p<0.001)y eran más frágiles (p=0.002). Aquellos que fracasaron se asociaron a mayores dosis diarias promedio de fentanil, propofol y midazolam (p=0.001). En particular, para fentanil, por cada unidad (ug/kg/h) aumenta un 13.6% la posibilidad de fracaso. Una mayor dosis de dexmedetomidina y ketamina se asociaron a una mayor tasa de éxito (p=0.001). El uso de BNM y antipsicóticos no impactó en la tasa de éxito. Conclusiones El éxito en la tasa de transición depende de la gravedad, fragilidad y días de sedación previos, pero dosis diarias mayores de midazolam, propofol, y principalmente fentanil, pueden contribuir al fracaso en esta fase. Financiamiento. CORFO PI5010