PATRONES DE SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO Y COMPARACIÓN CON RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Víctor Ovalle-Meneses[1], Isabel Lamas-Rivera[1]

1. Hospital San Pablo de Coquimbo

Introducción La sedación y la analgesia constituyen pilares fundamentales en el manejo del paciente crítico, ya que permiten garantizar confort, seguridad y estabilidad clínica. Una titulación adecuada contribuye a prevenir complicaciones como delirium, prolongación de la ventilación mecánica y aumento de la estancia hospitalaria. En este sentido, las guías internacionales más recientes (Devlin et al., 2018; Wise & Seoane, 2022; Aldrich et al., 2025) recomiendan privilegiar niveles de sedación superficial y el empleo de agentes no benzodiacepínicos como primera elección. En Chile, la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) también ha destacado la relevancia de implementar protocolos estandarizados que orienten la práctica clínica en sedación y analgesia (Tobar et al., s.f.). Objetivo Describir los patrones de indicación médica y valoración clínica de la sedación, el grado de utilización del neuromonitoreo y las tendencias en el uso de fármacos en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital San Pablo, comparando la práctica local con las recomendaciones clínicas nacionales e internacionales vigentes. Metodología Se realizó un estudio retrospectivo basado en 355 registros clínicos de pacientes hospitalizados, de los cuales se excluyeron aquellos con epilepsia refractaria en tratamiento con altas dosis de midazolam, obteniéndose una muestra final de 280 mediciones. Se analizaron cuatro dimensiones: (1) indicación médica de sedación según Sedation Agitation Scale (SAS), (2) valoración clínica de la sedación por enfermería, (3) uso de neuromonitoreo y (4) frecuencia y dosis de fármacos empleados. Resultados En relación con las indicaciones médicas, se observó predominio de sedación profunda: SAS 1 en 71%, SAS 2 en 8%, SAS 3 en 9% y SAS 4 en 13%. Todas las indicaciones incluyeron registro de SAS. En cuanto a la valoración clínica de enfermería, el 79% correspondió a SAS 1, 7% a SAS 2, 1% a SAS 3, 6% a SAS 4, y en 6% no hubo registro. El neuromonitoreo se aplicó solo en un 26% de los casos. Respecto al uso de fármacos, se identificó un predominio de fentanilo (93%) y propofol (74%), seguido de midazolam (30%), dexmedetomidina (10%) y ketamina (3%). El análisis de tendencias mostró una disminución de la sedación profunda del 86% en la medición diagnóstica inicial a 77% en la final. En contraste, los niveles de sedación superficial aumentaron de 12% a 23%, acercándose a lo recomendado por PADIS y SOCHIMI. La concordancia entre la indicación médica y la valoración clínica fue parcial, ya que, pese a que un 21% de las indicaciones apuntaban a sedación más ligera, la práctica mostró un predominio de SAS 1. El bajo uso de neuromonitoreo constituye una brecha importante. En cuanto a farmacología, se evidenció reducción progresiva de dosis de fentanilo (3,93 a 2,92 mcg/kg/hr), uso seguro de propofol (2,27 mg/kg/hr), empleo de midazolam aún por sobre lo recomendado aunque dentro de rangos seguros, incremento de dexmedetomidina (10%) y uso incipiente de ketamina en casos complejos. Conclusiones Los hallazgos muestran que, aunque en la práctica persiste un predominio de sedación profunda, existe una tendencia creciente hacia la sedación ligera, lo que refleja una aproximación progresiva a las recomendaciones internacionales. La baja utilización de neuromonitoreo y la alta frecuencia relativa de midazolam representan áreas de mejora prioritarias. La consolidación de protocolos guiados por enfermería, junto con una mayor diversificación de esquemas farmacológicos, permitiría optimizar la seguridad del paciente crítico, mejorar los desenlaces clínicos y favorecer la alineación con las guías PADIS y SOCHIMI.