CARACTERIZACIÓN DE COHORTE DE PACIENTES CON ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS EN CHILE

Yasna Carrillo-Belmar[1], Alejandra Palma[1], Veronica Rojas[1], Veronica Aliaga[1], Carlos Romero[1], Nicolás Medel[1], Carolina Ruiz[2], Fernando Ihl[1], Guillermo Lorca[1]

1. HCUCH
2. Hospital Sotero del Rio

Introducción En las últimas décadas se ha demostrado tanto la efectividad de unidades de pacientes críticos (UPC) para recuperar pacientes graves, como una creciente medicalización del proceso de morir. Reportes internacionales muestran un aumento de la mortalidad de pacientes adultos en UPC, o en períodos breves posteriores a estadías en UPC, con 60 -70% de los fallecimientos ocurridos después de la decisión de no iniciar y/o retirar terapias de soporte vital (TSV), proceso denominado adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). En nuestro conocimiento no existen datos publicados sobre AET en UPC chilenas. Objetivo Describir una cohorte de pacientes adultos hospitalizados en UPC chilenas con planes de manejo que incluyen AET. Método Análisis descriptivo de cohorte prospectiva de pacientes con AET reclutados en un estudio multicéntrico ejecutado entre diciembre 2024 y agosto 2025 en 5 UPC de Chile (ClinicalTrials NCT06483958).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

?18 años, estadía en UPC ?48 hrs y definición de no inicio y/o retiro de TSV. Se excluyeron pacientes en muerte encefálica, ausencia de representante o familiar responsable y barrera de lenguaje. Resultados Se reclutaron 290 pacientes (Tabla1). Diagnósticos de ingreso principales: falla respiratoria 99 (34,1%), sepsis 68 (23,4%) y daño neurológico 34 (11,7%).

ÍNDICES DE INGRESO:

Charlson 5 (rango 4-7), APACHE II 20 (rango 15-26), SOFA 8 (rango 5-10). Del total de pacientes con AET, 288 (99,3%) correspondió a no inicio de TSV y 20 (6,9%) a retiro de TSV, incluyendo 18 casos (6,2%) en que coexistieron ambas decisiones. Las TSV más frecuentemente no iniciadas fueron: reanimación cardiopulmonar (RCP) 250 (86,8%), intubación 177 (61,5%), diálisis 73 (25,3%) y drogas vasoactivas 45 (15,6%). Las TSV retiradas fueron: drogas vasoactivas 10 (50%), tubo orotraqueal 5 (25%), diálisis 4 (20%) y ventilación mecánica no invasiva 1 (5 %). Sólo en 2 casos (0,7%) la AET consistió exclusivamente en retiro de TSV. Fallecieron 97 (33,4%) pacientes del total reclutado durante el período seguimiento en UPC, 83 (28,8%) del grupo de no inicio de TSV y 14 (70%) del grupo de retiro de TSV. Conclusión En UPC chilenas la mayoría de las definiciones de AET se basan en no inicio de TSV y los casos de retiro de TSV son minoritarios. Las TSV más frecuentemente limitadas son RCP e intubación orotraqueal. La mortalidad de pacientes con AET es proporcionalmente mayor en el grupo de retiro de TSV, en comparación con el grupo en que se definió no inicio de TSV.