

# Manifestaciones clínicas post supresión de sedoanalgesia en pacientes adultos de una terapia intensiva.

## Clinical manifestations after suppression of sedoanalgesia in adult patients in intensive care.

## Manifestações clínicas após supressão da sedoanalgesia em pacientes adultos em terapia intensiva.

Autores:

Benitez, Graciela <sup>(1)</sup>,  
Escudero Alderete, Dana M <sup>(2)</sup>,  
Ojeda, Alejandra <sup>(3)</sup>,  
Sanchez, Aymara <sup>(4)</sup>,  
Avalos, Daisi <sup>(5)</sup>.



DOI:

10.59843/2618-3692.v25.n43.45422

### RESUMEN

**Introducción:** en la unidad de cuidados intensivos (UCI), las personas asistidas con patologías relevantes se encuentran bajo sedación, una vez que estas se encuentran bajo los principios de supresión de la sedación, es importante identificar cuáles son las manifestaciones que presentan, propias de las sedaciones. **Objetivo:** describir las manifestaciones clínicas del síndrome de supresión de la sedoanalgesia presentes en pacientes asistidos en un Hospital Público de la Ciudad de Corrientes de enero a diciembre del 2022. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. La muestra incluyó pacientes adultos de UCI. El cálculo del tamaño muestral se realizó a través del método probabilístico aleatorio simple resultando de éste una muestra de 100 historias clínicas. Para la recolección de datos se utilizó la observación y como instrumento un formulario semiestructurado, de carácter anónimo. Cada formulario contenía datos específicos donde se categorizan las variables en estudio como ser edad, sexo, comorbilidades, tiempo de sedoanalgesia, tipo de sedación, sedoanalgesia utilizada, agitación, confusión, alucinación, diaforesis, taquicardia. **Resultados:** en cuanto a la edad se obtuvo un promedio de 49 años, el sexo predominante fue el masculino con 52%, en cuanto a las comorbilidades más frecuentes, el 20% presentó Insuficiencia Respiratoria Aguda y el 16% Insuficiencia renal. El motivo de ingreso a UCI en mayor medida con el 33% fue por dificultad respiratoria y Post Quirúrgicos complicados 32%. Los fármacos de mayor elección fueron midazolam 94%, seguido del fentanilo 80%. En cuanto al tiempo de sedación de los pacientes, se encontró una media de 1265 horas. Las manifestaciones clínicas que se observaron en la muestra en mayor medida corresponden a taquicardia 70%, agitación 52%, un 37% confusión e hipertensión y un 24% alucinación. **Conclusión:** las manifestaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron taquicardia, agitación, confusión, hipertensión y con menor frecuencia alucinación.

**Palabras Clave:** manifestaciones, supresión, sedación, analgesia, monitoreo.

### ABSTRACT

**Introduction:** in the intensive care unit (ICU), people treated with relevant pathologies are under sedation. Once they are under the principles of sedation suppression, it is important to identify the manifestations they present, typical of sedations. **Objective:** To describe the clinical manifestations of sedation suppression syndrome present in patients treated at a Public Hospital in the City of Corrientes from January to December 2022. **Methodology:** quantitative, descriptive, cross-sectional and observational study. The sample included adult ICU patients. The calculation of the sample size was carried out through the simple random probabilistic method, resulting in a sample of 100 medical records.

(1). Enfermera residente de Cuidados Críticos del Adulto del hospital Dr. José Ramón Vidal, CP 3400  
Correo: gracebenitez.unne@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6438-5611>

(2). Enfermera CP3503

(3). Enfermera CP3400

(4). Enfermera residente de Cuidados Críticos del Adulto Hospital Dr. José Ramón Vidal CP 3400  
ORCID: <https://orcid.org/0009-1482-4389>

(5). Docente de la asignatura Taller de Investigación de la Facultad de Medicina. UNNE CP 3400  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6386-2705>

Observation was used to collect data and a semi-structured, anonymous form was used as an instrument. Each form contained specific data where the variables under study were categorized, such as age, sex, comorbidities, sedation time, type of sedation, sedation used, agitation, confusion, hallucination, diaphoresis, tachycardia. **Results:** regarding age, an average of 49 years was obtained, the predominant sex was male with 52%, regarding the most frequent comorbidities, 20% presented Acute Respiratory Failure and 16% Renal failure. The reason for admission to the ICU to a greater extent with 33% was due to respiratory difficulty and complicated Post-Surgeries 32%. The drugs of greatest choice were midazolam 94%, followed by fentanyl 80%. Regarding the sedation time of the patients, an average of 1265 hours was found. The clinical manifestations that were observed in the sample to a greater extent correspond to tachycardia 70%, agitation 52%, confusion and hypertension 37% and hallucination 24%. **Conclusion:** the manifestations that occurred most frequently were tachycardia, agitation, confusion, hypertension and, less frequently, hallucination.

**Keyword:** manifestations, suppression, sedation, analgesia, monitoring.

### **RESUMO**

**Introdução:** na unidade de terapia intensiva (UTI), as pessoas tratadas com patologias relevantes estão sob sedação. Uma vez sob os princípios da supressão da sedação, é importante identificar as manifestações que apresentam, típicas das sedações. **Objetivo:** Descrever as manifestações clínicas da síndrome de supressão da sedação presentes em pacientes atendidos em um Hospital Público da Cidade de Corrientes no período de janeiro a dezembro de 2022. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo, transversal e observacional. A amostra incluiu pacientes adultos internados em UTI. O cálculo do tamanho amostral foi realizado pelo método probabilístico aleatório simples, resultando em uma amostra de 100 prontuários. A observação foi utilizada para a coleta de dados e um formulário semiestruturado e anônimo foi utilizado como instrumento. Cada formulário continha dados específicos onde foram categorizadas as variáveis em estudo, como idade, sexo, comorbidades, tempo de sedação, tipo de sedação, sedação utilizada, agitação, confusão, alucinação, sudorese, taquicardia. **Resultados:** em relação à idade obteve-se uma média de 49 anos, o sexo predominante foi o masculino com 52%, quanto às comorbidades mais frequentes, 20% apresentavam Insuficiência Respiratória Aguda e 16% Insuficiência Renal. O motivo de internação na UTI em maior proporção com 33% foi por dificuldade respiratória e pós-cirúrgicos complicados 32%. Os medicamentos de maior escolha foram midazolam 94%, seguido de fentanil 80%. Quanto ao tempo de sedação dos pacientes, foi encontrada uma média de 1265 horas. As manifestações clínicas mais observadas na amostra correspondem a taquicardia 70%, agitação 52%, confusão e hipertensão 37% e alucinação 24%. **Conclusão:** as manifestações que ocorreram com maior frequência foram taquicardia, agitação, confusão, hipertensão e, menos frequentemente, alucinação.

**Palavras-chave:** manifestações, supressão, sedação, analgesia, monitorização.

### **INTRODUCCIÓN**

Para establecer las características que debe reunir una Unidad de Terapia Intensiva o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es conveniente analizar previamente qué se entiende por paciente

crítico y cuáles son los objetivos de la Medicina Intensiva<sup>1</sup>.

Los pacientes críticos son aquellos que se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica en la cual pequeños cambios funcionales pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte. El monitoreo, intermitente o continuo, está destinado a detectar estos cambios precozmente, a fin de proveer un tratamiento adecuado y restablecer una situación fisiológica más estable<sup>1</sup>.

Por lo cual existen dos aspectos que definen a un paciente crítico. El primero es el que establece la necesidad de ejercer sobre él una serie de controles estrictos, lo que se conoce como monitoreo. El segundo es el que reconoce la necesidad del empleo de tratamientos especiales e inmediatos<sup>1</sup>.

Entre las patologías más frecuentes y de mayor importancia que son atendidas en la UCI se encuentran los traumas craneoencefálicos, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), definidos como una de las enfermedades más comunes de los pulmones que causa dificultad para respirar y sus posibles complicaciones, cuadros cardiovasculares, edemas pulmonares, hemorragia digestiva, neumonía adquirida en la comunidad, traumas de tórax, pancreatitis, insuficiencia renal aguda, infecciones adquiridas en la UCI, patologías neuromusculares, entre otros<sup>2</sup>.

Teniendo en cuenta las patologías que se atienden con mayor frecuencia surge la necesidad de que estos pacientes reciban tratamientos especiales. Estos tratamientos pueden ser urgentes, como el empleo de drogas vasoactivas en pacientes en shock; intermitentes, como la diálisis; o continuos, como la ventilación mecánica y la sedoanalgesia<sup>1</sup>.

La sedoanalgesia es un elemento fundamental en la unidad de cuidados intensivos, tiene como objetivo proporcionar un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad, agitación y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor de la persona que lo requiere. El 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos<sup>3</sup>.

Para lograr una adecuada sedoanalgesia en el enfermo grave se requiere de la adecuada selección de los medicamentos, también optimizar la dosis y mantener niveles óptimos para minimizar los riesgos de la sobredosificación, infradosificación y los efectos colaterales de los medicamentos. Los síndromes de supresión secundarios a la suspensión de benzodiazepinas, opioides y propofol son frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos<sup>4</sup>.

Los medicamentos sedantes y analgésicos que se administran rutinariamente a los pacientes con ventilación mecánica para reducir el dolor y la ansiedad permiten que los pacientes toleren los procedimientos invasivos en la UCI. El 42% de los pacientes reciben sedantes y esta proporción se incrementa al 85% cuando los pacientes se encuentran sometidos a ventilación mecánica<sup>5</sup>.

Cuando la sedación o la analgesia prolongadas se suspenden abruptamente puede aparecer un síndrome de abstinencia<sup>6</sup>.

El síndrome de abstinencia es un grupo de síntomas que se presentan con la suspensión del medicamento o reducción en su dosis, principalmente cuando se usó a altas dosis y por tiempo prolongado<sup>7</sup>. La incidencia del síndrome de abstinencia en las UCI de adultos puede llegar hasta el 62% y, a pesar de esto, esta complicación es subestimada, lo que se refleja en que sólo el 23,5% de los centros disminuyen de manera progresiva la dosis de los medicamentos empleados rutinariamente en la sedación<sup>6</sup>.

Los síndromes de abstinencia inducido por sedantes (benzodiazepinas y propofol), se caracterizan por temblor, diaforesis, ansiedad, agitación, depresión, náusea, mialgias,

alteraciones cognitivas, distorsión perceptual, taquicardia, hipertensión y dificultad en el retiro del ventilador<sup>4</sup>. Por su parte el síndrome de abstinencia asociado a opioides se caracteriza por epífora, mialgias, escalofríos y cólicos abdominales. Estos síntomas pueden presentarse aun en las primeras 48 horas de suspendido el medicamento<sup>4</sup>.

Además, la abstinencia después de medicamentos como el isoflurano puede observarse a las primeras dos horas y se caracteriza por agitación, confusión, convulsiones, alucinaciones, diaforesis, taquicardia, hipertensión y diarrea<sup>7</sup>.

El Fentanilo, Sulfentanilo y Remifentanilo, por su gran afinidad por los receptores opioides, tienen un mayor riesgo de inducir tolerancia y abstinencia que los opioides no sintéticos como la morfina. Por ello, debe de pautarse cuidadosamente su dosificación<sup>7</sup>. Las manifestaciones suelen comenzar a las 12-24 horas tras la disminución o cese de la perfusión<sup>8</sup>.

Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo al tipo de agente usado y pueden presentarse en corto tiempo si el medicamento tiene una vida media corta (propofol, fentanilo) o días después si el medicamento se caracteriza por una vida media larga (ej. diazepam)<sup>9</sup>.

Por ende, la tendencia actual es imitar procedimientos de estudios que sugieren beneficios en suspender diariamente las infusiones de sedantes y protocolos estrictos, con vigilancia estrecha de las necesidades del enfermo y a partir del despertar, reevaluar la necesidad de continuar con ventilación mecánica y sedación. Según las necesidades individuales, algunos pacientes pueden liberarse más tempranamente de la ventilación mecánica y los que aún la requieren al menos permiten que se ajuste la sedación a los requerimientos reales evitando sedación profunda y posiblemente mayor acumulación<sup>6</sup>.

Existen escasos estudios que abordan esta temática compleja, uno de ellos se realizó en el mes de octubre 2018 en Canadá, fue un estudio observacional en dos UCI (Hospital General de Montreal y Hospital Royal Victoria) en donde se llevó al cabo un seguimiento de pacientes en estado crítico, ventilados mecánicamente que reciben opioides regulares durante más de 72 horas para detectar la aparición de síntomas de abstinencia al retirar los opioides. El objetivo fue identificar signos y síntomas específicos de abstinencia asociada a opioides en adultos críticamente enfermos. Se analizó el porcentaje de evaluaciones diarias asociadas con cada uno de los siguientes signos y síntomas experimentados por pacientes con y sin abstinencia (inquietud, escala de agitación-sedación de Richmond = 1), agitación (RASS > 1), ansiedad, alucinaciones y Presión arterial sistólica (PAS) > 140 mmHg. Los resultados fueron: RASS 1 28,6%, RASS + 1 28,6%, Ansiedad 57,1%, alucinaciones 28,6%, PAS +140 mmhg, 95,7%<sup>10</sup>.

Otro estudio realizado en el Centro Médico Asan, Corea de tipo retrospectivo evaluó datos de pacientes críticos con edad  $\geq$  18 años que ingresaron a la UCI. Se observaron 185 pacientes adultos ingresados en la UCI, 102 pacientes (55,1%) recibieron remifentanilo y 83 (44,9%) recibieron otros opioides. De los 102 pacientes del grupo de remifentanilo, 58 pacientes (56,9%) cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de los pacientes fue de 68,3 años ( $\pm$  14,1 años), y el 85,0% eran hombres. El síntoma más común en todos los pacientes fue un cambio en la frecuencia del pulso. En el grupo de remifentanilo, un cambio en la frecuencia respiratoria (RR) tuvo la sensibilidad más alta (94,4 %) de los 11 síntomas, pero la especificidad fue baja (52,6 %). El tiempo de inicio del cambio en RASS en el grupo de remifentanilo (4,5 horas) fue significativamente más temprano que en el grupo

de fentanilo (9,9 horas). Hubo muchas diferencias en el tiempo de aparición de los síntomas entre los tres grupos. El grupo de remifentanilo mostró un tiempo de inicio más alto en la frecuencia del pulso (4,1 horas) que en el grupo de fentanilo<sup>11</sup>.

Agregado a lo anterior, en Ecuador se llevó a cabo una investigación cualitativa el cual utilizó artículos científicos publicados en revistas indexadas desde el año 2018 hasta 2022; con el objetivo de establecer la prevalencia del delirio y su síndrome en pacientes de cuidados intensivos y asociarla con el uso de la sedoanalgesia. Es así que la sedoanalgesia más utilizada fue el fentanilo (43,3%), seguida de midazolam (36,9%), propofol (14%)<sup>12</sup>.

En resumen, las manifestaciones clínicas varían de acuerdo al tipo de agente usado y pueden presentarse en corto tiempo o días después del retiro de la sedoanalgesia.

El presente trabajo busca describir los signos presentes en los pacientes de una unidad de cuidados intensivos luego del retiro de la sedación y analgesia. Es así que, cuando el paciente cumple con los criterios para el retiro de la misma se ven evidenciadas las manifestaciones provocadas por los fármacos utilizados en la sedoanalgesia.

Como objetivos específicos se planteó - caracterizar a los pacientes según edad, sexo, comorbilidades, -identificar los motivos de ingresos a la unidad de cuidados intensivos de las personas que requieren sedación, - describir los medicamentos utilizados con mayor frecuencia, - identificar el tiempo y nivel de sedación utilizado en los pacientes e identificar las manifestaciones de síndrome de supresión presentes en los pacientes según sexo, tiempo de sedación, comorbilidades.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. La población en estudio estuvo conformada por pacientes adultos ingresados en UCI de un hospital público de Corrientes, en el año 2022; la muestra se compuso por 100 historias clínicas obtenidas mediante un muestreo aleatorio simple. El método de recolección de datos utilizado fue un formulario semiestructurado de carácter anónimo y de elaboración propia. Previo a la aplicación de los formularios, se llevó a cabo una prueba piloto del instrumento de medición con una muestra de iguales características que las en estudio, realizando las adecuaciones necesarias.

El investigador recolectó los datos obtenidos de las historias clínicas para medir las variables en estudio. Cada formulario contiene datos específicos donde se categorizan las variables en estudio como ser edad, sexo, comorbilidades, tiempo de sedoanalgesia, tipo de sedación, sedoanalgesia utilizada, agitación, confusión, alucinación, diaforesis, taquicardia. Para acceder a las unidades de análisis se solicitó la autorización correspondiente al director del comité de Ética y del servicio de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Dr. José Ramon Vidal respondiendo de manera favorable. (Resol N°3056/19)

Para el análisis de los datos se utilizó la herramienta de Microsoft Excel y epidat 4.0, se organizaron las variables y se volcaron en la matriz de datos los respectivos resultados obtenidos, mediante medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Los resultados obtenidos del análisis estadístico se presentaron en tablas y gráficos.

## ASPECTOS ÉTICOS

Para la elaboración del presente Proyecto de Investigación se tuvieron en cuenta los Principios Éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2013) y las Pautas de CIOMS (4ª Edición 2016); también se tuvieron en cuenta los siguientes documentos fundamentales “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación y los documentos y Pautas Internacionales en los que la misma se basa, Código Civil y Comercial argentino). Se respetará bajo todo concepto la Ley General de datos personales “Habeas Data N.º 25326/00”.

Se completó una declaración jurada de confidencialidad y se reservó la información la cual fue firmado por cada investigador.

## RESULTADOS

En el marco de la investigación Manifestaciones clínicas del síndrome de supresión de la sedoanalgesia presentes en pacientes asistidos en una unidad de cuidados intensivos de un Hospital Público de la ciudad de Corrientes, de enero a diciembre del año 2022; se utilizó una muestra de 100 historias clínicas que fueron procesadas y analizadas.

Al caracterizar a la muestra estudiada en cuanto al sexo, se observó que 52% pertenecían al sexo masculino y el 48% al sexo femenino. Con respecto a la variable edad, el rango etario osciló de los 18 a los 92 años de edad, se obtuvo un promedio de 49 ( $DE \pm = 20$ ) y una moda de 62.

Se pudo observar que, respecto a las comorbilidades de los pacientes, el 20% presentaba Insuficiencia Respiratoria Aguda, el 16% insuficiencia renal y el 14% neumonía. Cabe destacar que existieron pacientes que presentaron más de una comorbilidad y es importante mencionar que del total de pacientes hubo un 4% que no presentó ninguna comorbilidad. (Ver tabla 1).

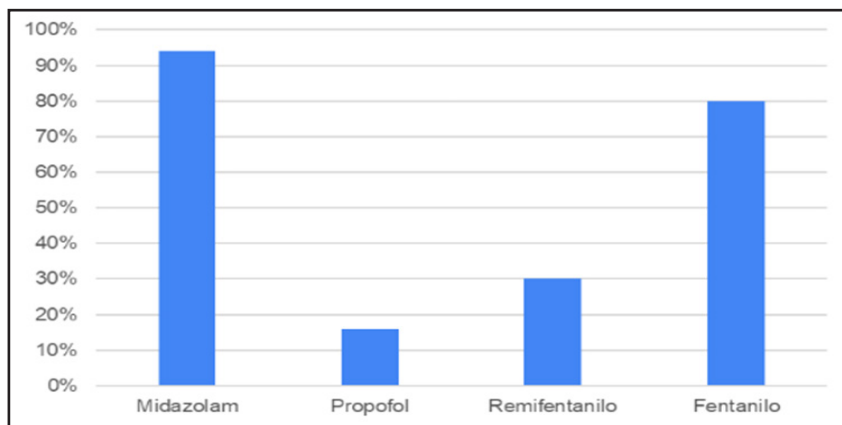
**Tabla 1:** Distribución de pacientes asistidos en UCI según comorbilidades de un Hospital Público de la Ciudad de Corrientes Capital en el año 2022 (n=100).

Comorbilidades	
Consumo de estupefaciente	3%
Insuficiencia Respiratoria Aguda	20%
Neumonía	14%
Neumonía Adquirida de la Comunidad	4%
Asma	6%
Enfermedad obstructiva crónica	1%
Insuficiencia Renal	16%
Hemorragia digestiva alta	9%
Diabetes	11%
Obesidad	12%
Sin comorbilidades	4%
Total	100%

Fuente: elaboración propia.

Según la variable motivo de ingreso, los pacientes ingresados en UCI fueron en mayor medida 33% por dificultad respiratoria y post quirúrgicos complicados 32%, inestabilidad hemodinámica 24% e Insuficiencia renal 11%.

En cuanto a los fármacos utilizados para la sedoanalgesia, se encontró que el Midazolam fue el más usado en un 94%, seguido del Fentanilo 80%. Es necesario aclarar que estos fármacos son utilizados en simultáneo. (Ver gráfico n°1).



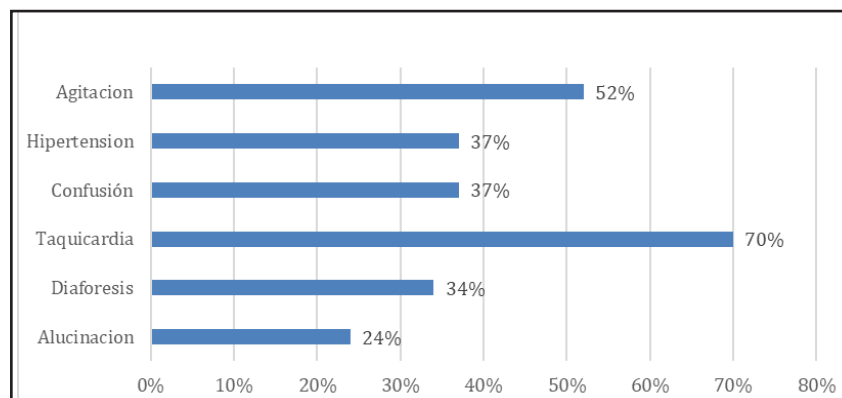
**Gráfico n° 1:** distribución de fármacos de elección en la inducción a la sedoanalgesia en pacientes asistidos en una UCI de un Hospital Público de la Ciudad de Corrientes Capital en el año 2022 (n=100).

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al tiempo de sedación de los pacientes internados en la UCI, se encontró una media de 1265 horas. Un rango de 168 horas a 2688 horas.

En cuanto al nivel de sedación que presentaban los pacientes considerando la escala de RASS fue en un 57% de sedación moderada; 29% sedación profunda, 8% sedación ligera, 6% sedación muy profunda y 1% adormilado.

Las manifestaciones clínicas post sedoanalgesia que se observan en la muestra en mayor medida corresponden a taquicardia 70%, agitación 52%, un 37% confusión e hipertensión y un 24% alucinación. Cabe destacar que estas manifestaciones pueden presentarse en simultáneo. (Ver gráfico n° 2).



**Gráfico n° 2:** distribución de pacientes asistidos según manifestaciones clínicas en un hospital público de la ciudad de Corrientes año 2022. (n=100).

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, en cuanto a las manifestaciones clínicas según el sexo, se observó que el sexo masculino presentó en un 71% taquicardia, 62% agitación, 42% diaforesis, 35% confusión, 29% hipertensión y 21% alucinación. El sexo femenino 69% taquicardia, 44% hipertensión, 42% agitación, 40% confusión, 27% alucinación y 25% diaforesis.

En cuanto al tiempo de sedación y las manifestaciones clínicas, se observó que en gran medida los pacientes que estuvieron inducidos por sedoanalgesia en un tiempo mayor a 1265 horas presentaron 66% taquicardia, 40% confusión, 38% hipertensión, 36% diaforesis, 30% agitación y 26% alucinación. Para aquellos que tuvieron una

sedación menor a 1265 horas presentaron 88% taquicardia, 82% agitación, 48% hipertensión, 28% diaforesis, 22% alucinación y 18% confusión.

Continuando con la distribución de manifestaciones clínicas según comorbilidades en pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda se presentó en 95% taquicardia, 60% agitación, 45% hipertensión, 25% confusión y diaforesis; y 15% alucinación.

Los pacientes que presentaban obesidad la manifestación observada con mayor frecuencia fue taquicardia 67%, seguido de hipertensión 58%, agitación 33%, diaforesis 25%, confusión y alucinación 17%. En pacientes con Neumonía, el 64% presentó taquicardia y agitación, 50% confusión, 43% diaforesis, 29% hipertensión y 14% alucinación.

La comorbilidad diabetes, obtuvo como manifestación predominante en un 75% taquicardia, 42% hipertensión y agitación, 25% confusión, 17% alucinación y diaforesis.

La Insuficiencia Renal, esta comorbilidad contó con 63% taquicardia, 56% hipertensión y agitación, 44% de confusión y diaforesis, 13% alucinación.

En la hemorragia digestiva alta se pudieron observar las siguientes manifestaciones clínicas, un 78% agitación, 56% confusión y taquicardia, 33% diaforesis, 22% hipertensión y alucinación.

En cuanto, a la comorbilidad neumonía adquirida de la comunidad el 100% de estos pacientes presentó confusión, 75% diaforesis y agitación y 25% taquicardia es así que estos pacientes no presentaron hipertensión ni alucinación.

En cuanto a los pacientes que consumían estupefacientes se pudo observar que el 100% de estos presentó agitación, el 67% alucinación y taquicardia, el 33% hipertensión, confusión y diaforesis.

En las personas diagnosticadas con asma las manifestaciones que se presentaron fueron 67% confusión y taquicardia, 33% hipertensión y agitación. Estos pacientes no presentaron alucinación ni diaforesis. Teniendo en cuenta que solo existió un paciente con enfermedad obstructiva crónica, el mismo presentó alucinación, taquicardia, diaforesis y agitación luego de la supresión de la sedo analgesia.

A partir de estos resultados es importante destacar que en cuanto a la distribución de pacientes según comorbilidad las manifestaciones clínicas que se presentaron con mayor frecuencia y porcentaje fueron taquicardia seguida de agitación e hipertensión, las mismas fueron de pacientes que padecían Insuficiencia respiratoria aguda, diabetes, insuficiencia renal asma y neumonía. A su vez se notó que, en pacientes con otras comorbilidades como consumo de estupefacientes y hemorragia digestiva alta entre otras, las manifestaciones más frecuentes fueron la agitación, diaforesis y alucinación.

En cuanto al tiempo de inicio de manifestaciones clínicas, se observó que el 55% de éstas aparecieron en un lapso de 24 a 48 horas posterior a la supresión de la sedoanalgesia, 25% en un lapso de 0 a 24 horas y entre 48 a 72 horas un 20%.

## **DISCUSIÓN**

En el marco de la investigación realizada sobre manifestaciones clínicas del síndrome de supresión de la sedo analgesia, presentes en pacientes asistidos en una unidad de cuidados intensivos de un Hospital Público de la ciudad de Corrientes de enero a diciembre del año 2022 se identificaron las características de los pacientes según edad, sexo, y motivo de ingreso a UCI. En cuanto al sexo se logró evidenciar que la distribución de esta variable fue de 52% hombres y 48% mujeres. Los resultados obtenidos en este estudio



difieren de lo observado por Hyun D et al<sup>11</sup> donde el 85,0% eran hombres del mismo modo que en la variable edad ya que la edad media de los pacientes fue de 68,3 años ( $\pm$  14,1 años) con respecto a nuestro estudio que se observó una edad media de 44 años.

Continuando, se identificaron los motivos de ingresos a la UCI de las personas que requieren sedación. Se logró constatar que el 20%, de los pacientes que ingresaron a UCI, se encontraban con insuficiencia respiratoria aguda y 16% con insuficiencia renal. Es así que coincide con el autor Delgado Macias, J<sup>2</sup> quien menciona que la Insuficiencia Respiratoria representa una de las principales causas de ingreso en UCI, y requiere generalmente la conexión al respirador.

En esta investigación se describieron los medicamentos utilizados con mayor frecuencia. Arribando a los siguientes datos significativos; entre los fármacos más utilizados se encuentra el midazolam con un 95%, posteriormente el fentanilo con un 80%. Y en menor medida remifentanilo 30% y propofol 16%. Estos resultados nos indican que la sedoanalgesia más frecuentemente en pacientes que requieren ventilación mecánica son midazolam y fentanilo, los mismos son utilizados en simultáneo. Los resultados obtenidos, coinciden parcialmente con el estudio publicado por el autor Vicente G<sup>12</sup> en donde la sedoanalgesia más utilizada fue el fentanilo 43,3%, seguida de midazolam 36,9%, propofol 14%. Sin hacer mención al remifentanilo. Por otra parte, Roa, Albeiro E<sup>3</sup> afirma que el midazolam se utiliza como sedante preferido con un porcentaje del 63% y que el fármaco de excelencia para la analgesia es el fentanilo con un 33% lo anterior coincide con nuestro estudio, pero considerando que el porcentaje fue mayor en esta investigación realizada.

Por consiguiente, se identificaron las manifestaciones clínicas post sedoanalgesia presentes en los pacientes. El 70% presentaba taquicardia, 52% agitación, 37% confusión e hipertensión, 34% diaforesis y 24% alucinación. En contraposición al estudio Delisle M<sup>10</sup> cuyos resultados arrojaron 28.6% de alucinaciones y una PAS +140 mmHg de 95.7%. Coincidiendo con la investigación antes mencionada de Hyun D et al<sup>11</sup> donde hace referencia en que el síntoma más común en todos los pacientes fue un cambio en la frecuencia del pulso.

Haciendo referencia al tiempo en que los usuarios comenzaron las manifestaciones clínicas luego de la supresión de la sedoanalgesia un 55% iniciaron a las 24 a 48 horas, seguido de 25% que lo hicieron en las primeras 0 a 24 horas y 20% de 48 a 72 horas. Con este resultado se observó similitudes con el estudio realizado por Fernández G<sup>5</sup> hace alusión que la clínica se origina entre las 12 y 24 horas tras la disminución o cese de la perfusión. En cambio, Carrión FI<sup>8</sup> alega que las manifestaciones asociadas a opioides pueden presentarse aún en las primeras 48 horas de suspendido el medicamento encontrando diferencias con esta investigación.

## **CONCLUSIONES**

Ha sido posible extraer una serie de conclusiones a partir del análisis e interpretación de los datos de este estudio. Como primera medida es pertinente responder al objetivo general en cuanto a las manifestaciones clínicas del síndrome de supresión de la sedoanalgesia presentes en pacientes asistidos, permitiéndonos arribar que las manifestaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron taquicardia, agitación, hipertensión, diaforesis y confusión.

Cabe resaltar que las manifestaciones clínicas frente a la supresión de sedación, no presentan diferencias significativas según el sexo,

ni las comorbilidades o el tiempo de sedación que presentan los pacientes, las mismas varían y pueden presentarse en corto tiempo o días después del retiro de la sedoanalgesia.

La interrupción de la sedoanalgesia es un gran paso para la recuperación óptima y el egreso del paciente de la UCI, esto favorece la rehabilitación, el autocuidado y el contacto con la familia.

Finalmente, los hallazgos suponen un punto de partida para la continuación de investigaciones en las unidades de cuidados intensivos sobre sedación, analgesia, manifestaciones clínicas y todo lo relacionado con el cuidado del paciente tanto en la sedoanalgesia como supresión de la misma.

**Conflicto de interés:** Los autores no declaran conflicto de interés de ninguna índole.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lovesio, C. La Unidad de Terapia Intensiva. En C. Lovesio, *Medicina Intensiva*. 2008 [Internet] *Enfermeriabuenosaires.com* [citado 16 de diciembre del 2023] Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/wp-content/uploads/2021/05/Medicina-Intensiva-Lovesio-6-ed.pdf>
2. Delgado, Macías, Jean Carlos. *Patologías Específicas de Importancia en la U.C.I* [Internet] *Reciamuc.com*. [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/360/459>
3. Jereb Silvia, Asus Nazarena, Diluca Julia, Glejzer Maia, Magnifico Lorena, Massa Valeria et al. *Impacto de la sedación en el gasto energético del paciente neurocrítico*. *Diaeta* [Internet]. 2017 Mar [citado 16 de diciembre del 2023]; 35(158): 38-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372017000100006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372017000100006&lng=es)
4. Esper RC, Raúl J, Córdova C, Daniel L, Carlos A. *Síndrome de supresión secundaria a la suspensión de la sedoanalgesia en el enfermo grave* [Internet]. *Com.mx*. [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://ortopedia.medicasur.com.mx/userfiles/pdf/carrillo/ti103f.pdf>
5. Albeiro E, Roa P. *Costos médicos directos en la sedación de pacientes adultos con apoyo ventilatorio mecánico en UCI en Colombia* [Internet]. *Edu.co*. [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/619/?sequence=1>
6. Celis-Rodríguez E, Besso J, Birchenall C, de la Cal MÁ, Carrillo R, Castorena G, et al. *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo*. *Med Intensiva* [Internet]. 2007 [citado 16 de diciembre del 2023];31(8):428-71. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000800003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000800003)
7. S. Fernández-Gonzalo. *¿Contribuyen la sedación y la analgesia a la disfunción cognitiva a largo plazo en los sobrevivientes de cuidados intensivos?* [Internet] *www.medintensiva.org* [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-do-sedation-analgesia-contribute-long-term-articulo-S0210569117302164>
8. Carrión FF, Pérez A. *Síndrome de abstinencia en la UCIP* [Internet]. *Aeped.es*. [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01\\_sindrome\\_ucip.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_sindrome_ucip.pdf)
9. Arruebla Serna, Wilder S. *Relación entre factores del paciente, del profesional de enfermería y de la institución con el logro de un objetivo de sedoanalgesia en una UCI de adultos de Medellín, Colombia 2010* [Internet] *bibliotecadigital.udea.edu.co* [citado 16 de diciembre del 2023] Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/25938/2/ArrueblaWilder\\_2020\\_PacienteSedoanalgesiaEnfermeriaObjetivo](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/25938/2/ArrueblaWilder_2020_PacienteSedoanalgesiaEnfermeriaObjetivo)
10. Delisle-Marie S. *Signs and Symptoms of Opioid-associated Iatrogenic Withdrawal in Critically Ill Adults - Full Text View - Clinicaltrials.gov* [Internet]. *Clinicaltrials.gov*. [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/>
11. Hyun DG, Huh JW, Hong SB, Koh Y, Lim CM. *Síndrome de abstinencia de opioides iatrogénico en pacientes críticos: un estudio de cohorte retrospectivo*. [Internet]. 2020 [citado 16 de diciembre del 2023];35(15):e106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e106>
12. Vicente Flores, Geomaira Estefanía. *Universidad regional autónoma de los andes "uniandes" facultad de ciencias médicas programa de maestría en enfermería con mención en enfermería de cuidados críticos artículo científico previo a la obtención del grado académico de magister en enfermería con mención en enfermería de cuidados críticos tema prevalencia del delirio en pacientes con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos*. [Internet]. *edu.ec*. [citado 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/15572/1/UA-MEC-EAC-017-2022.pdf>