

Sedación inhalatoria, ¿una alternativa en los pacientes ingresados en la unidad de críticos cardiológicos?

Raúl Calvo Córdoba(1), Aday Monzón Melián(1), Ester Mínguez de la Guía(1), Macarena López Vázquez(1), Julia Piñana Sendra(1), Lidia Laguía Zarco(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Mateo Jiménez García(1), Sonia Cebrián López(1), Pablo Miguel Valentín García(1), Isabel López Neyra(1), Sofía Calero Núñez(1), Cristina Ramírez Guijarro(1), Francisco Manuel Salmerón Martínez(1) y Miguel José Corbi Pascual(1) de (1)Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España

Introducción: La sedación en las unidades de críticos cardiovasculares se ha realizado tradicionalmente mediante sedantes intravenosos (propofol, midazolam), asociados a efectos adversos relevantes como hipotensión, efecto inotrópico negativo y acumulación tisular. En este contexto, surge la pregunta de si la sedación inhalada es segura en este grupo de pacientes, dado su perfil de efectos adversos, entre los que destacan la hipotensión y la prolongación del intervalo QT.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un total de 710 pacientes ingresados en la UCCV de nuestro centro en el año 2024 de los cuales 31 pacientes fueron tratados con isoflurano inhalado mediante dispositivo Sedaconda ACD. Se recogieron variables demográficas, clínicas, hemodinámicas y electrocardiográficas al inicio y a las 6 horas de sedación.

Resultados: Se incluyeron un total de 31 pacientes, de los cuales 26 eran varones (83,9%) y 5 mujeres (16,1%), con una edad media de 69,1 ± 10,5 años. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, el 74% presentaba hipertensión arterial, el 52% diabetes mellitus y el 58% dislipidemia. Respecto a la enfermedad vascular previa, el 26% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica y el 13% de ictus.
Entre los diagnósticos al ingreso, los más frecuentes fueron la parada cardiorrespiratoria (11 pacientes; 35,5%), el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (8 pacientes; 25,8%) y la insuficiencia cardiaca (3 pacientes; 9,7%). Otros diagnósticos incluyeron el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, el bloqueo auriculoventricular y la taquicardia ventricular.
La mortalidad global fue del 58%. Entre los pacientes supervivientes, destaca que en 6 casos no fue necesario el uso de otros sedantes. La dosis media de isoflurano fue 4 ml/h [IQR 3-4.5] y la duración mediana de la ventilación mecánica en los extubados fue de 4 días [IQR 2-5].

Conclusiones: En nuestra experiencia consideramos la sedación inhalatoria como una alternativa segura a la

sedación convencional, siendo una alternativa en aquellos pacientes en los que se prevea una necesidad de sedación prolongada por su corto periodo de acción.