

Sedación inhalatoria con isoflurano en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos: ¿una alternativa segura?

Raúl Calvo Córdoba(1), Aday Monzón Melián(1), Macarena López Vázquez(1), Ester Mínguez de la Guía(1), Julia Piñana Sendra(1), Lidia Laguía Zarco(1), Mateo Jiménez García(1), Álvaro Rodríguez-Lescure González(1), Sonia Cebrián López(1), Pablo Valentín García(1), Cristina Ramírez Guijarro(1), Javier Navarro Cuartero(1), Isabel López Neyra(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 (UCCV) se ha realizado tradicionalmente mediante sedantes intravenosos, asociados a efectos adversos relevantes como hipotensión, efecto inotrópico negativo y acumulación tisular. El isoflurano inhalado presenta ventajas farmacocinéticas de interés, aunque su perfil de seguridad en el paciente cardiológico crítico (especialmente sobre el intervalo QT y la estabilidad hemodinámica) no está bien establecido. El objetivo de este estudio es describir la factibilidad y seguridad de la sedación inhalatoria
con isoflurano en una UCCV de alta complejidad.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo unicéntrico de 31 pacientes (p) consecutivos ingresados en la UCIC de nuestro centro durante 2024 y 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 31 pacientes (26 varones, 83.9%), con edad media de 69.1 ± 10.5 años. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron HTA (74.2%), dislipemia (58.1%) y diabetes mellitus (51.6%). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron PCR (11 p, 35.5%), IAMCEST (8 p, 25.8%) e IC (3 p, 9.7%). La dosis mediana de isoflurano fue de 4 ml/h [IQR 3-4.5], sin necesidad de sedantes intravenosos adicionales en 20 pacientes (64.5%). La mediana de duración de ventilación mecánica fue de 96 horas. Se observó un alargamiento significativo del intervalo QT tras el inicio de la sedación (371 ± 46 ms vs 406 ± 70 ms; ?QT +34 ms, p=0.029), con QT >500 ms en el 13.8% de los casos, pero solo se suspendió el isofluorano en un paciente sin haber presentado arritmias. Los requerimientos de vasopresina aumentaron significativamente durante las primeras 6 horas (16.1% al inicio vs 38.7% a las 6h; p=0.007). La mortalidad global fue del 54.8%.

Conclusiones: La sedación inhalatoria con isoflurano es factible en pacientes cardiológicos críticos de alta complejidad, permitiendo prescindir de sedantes intravenosos en casi dos tercios de los casos. No obstante, se observó un alargamiento significativo del intervalo QT y un aumento en los requerimientos de vasopresina, hallazgos que obligan a una monitorización electrocardiográfica estrecha. Son necesarios estudios prospectivos con

grupo control para establecer su perfil de seguridad definitivo en la UCCV.