



O.M.29. Experiencia con la sedación inhalada con isoflurano en UCI.

Alfredo Rubio Martín¹, María Mora Moreno¹, Pablo Adell García¹, Rocío Asensi Díez¹, Guillermo Gómez Gallego¹, Emilio Curiel Balsera¹.

1. HRUM Málaga

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave

Isoflurano, Sedación inhalada y UCI.

Introducción

Recientemente hemos incluido la sedación inhalada en nuestra UCI con Isoflurano. Previamente se hacía en algunos casos con sevoflurano y mediante el sistema SEDACONDA.

Objetivos

Mostrar nuestra experiencia en el primer año del uso de sedación inhalada en una UCI de tercer nivel.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes a los que se le inicio sedación mediante isoflurano en algún momento de su ingreso desde octubre 2023 hasta septiembre 2024. Las variables cualitativas se expresan en número absoluto y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan mediante meda y desviación típica o mediana y rango intercuartílico para variables asimétricas. Se han utilizado el test de Chi cuadrado y de U de Mann Whitney según necesidad con un error alfa máximo del 5%.



Resultados

Se han analizado 30 pacientes siendo un 76,7% (23) varones. La gravedad al ingreso mediante APACHE II fue de $19,2 + 6,21$ puntos. La indicación fue como primer sedante en 11 pacientes (36,7%) y como rescate de sedación intravenosa en 19 pacientes (63,6%). En todos los casos se usó en posición estándar, justo después del tubo endotraqueal. El motivo de ingreso más frecuente fue postoperatorio en 11 pacientes (36,7%) seguido de SCA en 7 (23,3%) y traumatismos en 4 (13,3%). Se combinó con sedación IV en el 50% de los casos, generalmente Propofol (10 casos, 33,3%) o dexdor (7 casos, 23,3%). Solamente precisaron relajación un 30% de pacientes. En el 96,7% de los casos se usaron opioides concomitantemente. El 50% (15) acabaron en traqueostomía. Fallecieron 9 pacientes (30%) Conseguimos un RASS objetivo de -5 en 29 de los 30 pacientes y la profundidad de la sedación medida mediante el algoritmo PSI (dispositivo Sedline de Masimo ®) fue de $20 + 12,47$. Solo en 6 casos (20%) se registró delirio en las siguientes 24 h de la retirada de la VM. Encontramos eventos adversos relacionados con el isoflurano en 4 casos (13,3%) que fueron alucinaciones, pesadillas y un caso de hipertermia maligna. Los pacientes permanecieron sedados una mediana de 12,5 días (RIQ 6,25-23,7), de los cuales con isoflurano 5,6 días + 3,9. La mediada de días en VM fue 15,5 (RIQ 6,25- 31,25). Las dosis máximas de ISO cuando se usó fueron de $5,15 + 2,27$ ml y el End Tidal de isoflurano medido mediante el monitor de gases, de $0,67 + 0,16$. Encontramos diferencias en las dosis de fentanilo antes del uso de isoflurano y durante su uso en los pacientes traqueostomizados $5,07 + 3,9$ vS $4,8 + 2,5$ ($p=0,039$). También se apreció disminución del uso de otros opioides como la morfina pero no de manera significativa. $21,6 + 9,8$ vS $5,66 + 3,6$ ($p=0,743$). No encontramos diferencias en las dosis o la duración de otros sedantes en el grupo de pacientes donde se utilizó isoflurano como sedación principal respecto a cuando se utilizó como rescate. No encontramos diferencias en los tiempos de despertar, obedecer órdenes o extubar en los pacientes donde se usó como indicación principal y en los que se usó como rescate.

Conclusiones

El uso de la sedación inhalada con isoflurano después del primer año se ha mostrado efectiva, permitiendo la reducción de relajación continua en pacientes con VM compleja. Nos ha permitido rebajar el uso de traqueostomía como medida de weaning solo al 50%. Se han registrado muy pocos efectos adversos. El reto será mejorar el uso en indicación principal y no tanto como rescate para aprovechar algunas de sus bondades en cuanto a farmacocinética y valorar con mayor casuística si hay influencias en los tiempos de despertar y desconectar de VM.