

Se presenta típicamente con infecciones de la piel o partes blandas que pueden asociar abscesos pulmonares, hepáticos, meningitis, osteomielitis, endocarditis y progresar rápidamente a disfunción multiorgánica, con alta letalidad^{3,4}.

El tratamiento antimicrobiano óptimo y la duración del mismo no están del todo establecidos, pero puede ser complicado, dado que este microorganismo se caracteriza por presentar resistencia a muchos de los antimicrobianos de uso rutinario, como penicilinas y cefalosporinas⁵. Es generalmente susceptible a fluoroquinolonas, cloranfenicol, tetraciclina, trimetoprim/sulfametoxazol, carbapenemes y aminoglucósidos.

En conclusión, en el manejo de la sepsis por *Chromobacterium violaceum*, la sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y adecuado son aspectos clave para garantizar la supervivencia. Son infecciones inusuales que requieren un alto índice de sospecha, especialmente si el paciente presenta antecedentes de actividades al aire libre, como contacto con aguas estancadas, ríos, lagunas o heridas y/o lesiones que pudieran ser la puerta de entrada⁶.

Bibliografía

1. Mohammed JM, Sajana TM, Raj R, Rachana BA, Paul G, Pillai PR. 'The Violet Killer' — Successful treatment of an infant with *Chromobacterium violaceum* sepsis. *J Trop Pediatr*. 2021;67:fmab076.
2. Chowdhury M, Lee N, Wey EQ. *Chromobacterium violaceum* causing disseminated soft tissue and pulmonary abscesses in a traveller returning from the Azores. *Access Microbiol*. 2021;3:000251.
3. Yang CH, Li YH. *Chromobacterium violaceum* infection: A clinical review of an important but neglected infection. *J Chin Med Assoc*. 2011;74:435–41.
4. Attonito J, Tomasello G, Barrett B, Wauters R, Adams A, Gilbert L. *Chromobacterium violaceum* in a U.S. Marine: A case report. *Mil Med*. 2024;189:e928–31.
5. Saboo AR, Vijaykumar R, Save SU, Bavdekar SB. A rare nonfatal presentation of disseminated *Chromobacterium violaceum* sepsis. *J Microbiol Immunol Infect*. 2015;48:574–7.
6. Anjaneyan G, Bhaskaran P, Vijay S, Shashindran N, Jayakumar C. *Chromobacterium violaceum* sepsis with extensive vesiculobullous eruptions. *Int J Dermatol*. 2022;61:106–8.

Beatriz Morillo Muela, Alejandro José Martín Damián, Adela Fernández Galilea* y Álvaro López López

Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adelafer.90@hotmail.com (A. Fernández Galilea).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.09.006>

0210-5691/ © 2024 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Sedación inhalada en la unidad de cuidados intensivos. Un largo camino aún por recorrer



Inhaled sedation in the Intensive Care Unit. Still a long road ahead

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo especial sobre sedación inhalada del Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirium (GTSAD) de la SEMICYUC¹.

Es indudable que el manejo clínico del uso de la sedación en el enfermo crítico durante tiempo prolongado en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es una cuestión no bien resuelta.

Sin embargo, la incorporación de un medicamento o técnica nueva debe estar sustentada en estudios de seguridad, ensayos clínicos (EC) y estudios de eficiencia económica que permitan afirmar que pueden ser una alternativa a la práctica clínica habitual. Por este motivo, queremos transmitir nuestra cautela a la recomendación publicada por los auto-

res sobre la sedación inhalada como posible tratamiento de primera elección en sedaciones prolongadas debido a la escasa evidencia publicada hasta el momento.

Los metaanálisis citados coinciden en que la calidad de los estudios incluidos es subóptima y con riesgo de sesgo de publicación. Son estudios pequeños con periodos de sedación cortos y desenlaces clínicos limitados. La variable principal habitual es el tiempo de despertar que se acorta en unos minutos comparado con sedación intravenosa con propofol, sin repercutir significativamente en el tiempo de ventilación mecánica. Por lo tanto, esta técnica no parece superior a propofol para sedaciones cortas.

En cuanto al coste/beneficio, las guías NICE reportaron que solo la sedación inhalada con Sedaconda® ACD-S ahorra costes en comparación con el propofol intravenoso cuando la duración de la estancia en la UCI era inferior a 1,5 días². Además, la disponibilidad y el coste de la terapia inhalada en muchos países del mundo sigue siendo un desafío que los fabricantes deben abordar.

Las indicaciones clínicas para el uso de la sedación inhalada reportadas por los autores resultan controvertidas debido a que la calidad de la evidencia es baja. Hasta la fecha, los EC han demostrado una buena calidad de sedación con desenlaces clínicos limitados como un despertar más rápido, menor inflamación y menor uso de opioides, especialmente en enfermos con estatus asmático, estatus epiléptico o sedación difícil³. Actualmente

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.04.007>

existen varios EC en curso que aumentarán la evidencia en esta área (NCT05327296, NCT05312385, NCT04341350 y NCT04415060).

En un reciente ensayo clínico que incluyó 79 enfermos con ventilación mecánica durante 48 h, principalmente postoperados, los enfermos fueron aleatorizados a recibir sedación inhalada durante 6 días de media comparado con propofol y midazolam. Los enfermos del grupo sedación inhalada recuperaron la consciencia antes, pero el tiempo de ventilación fue similar⁴. Por lo tanto, para sedaciones prolongadas en enfermos estables esta técnica tampoco parece superior que la sedación intravenosa.

El verdadero dilema en nuestro ámbito es la necesidad de sedación prolongada en enfermos inestables o con insuficiencia respiratoria aguda grave debido a la sobreutilización del midazolam⁵. Estamos de acuerdo en que este escenario requiere explorar una alternativa clínica donde la sedación inhalada podría resultar útil. Sin embargo, no hay EC en esta población de enfermos y, por lo tanto, para sedaciones prolongadas no puede realizarse ninguna recomendación.

Los efectos farmacológicos de los anestésicos inhalados a largo plazo sobre los pulmones dañados y otras funciones, como la función renal, la seguridad de los profesionales por exposición ambiental prolongada y la contaminación atmosférica son aún aspectos relevantes no resueltos.

Finalmente, llama la atención que no se incluya la declaración de conflicto de intereses (DCI) de los autores en el manuscrito principal. La DCI es una responsabilidad colectiva para cumplir los estándares internacionales de transparencia, calidad y credibilidad, por lo que defendemos que los DCI deben ser fácilmente accesibles pues mejorará la valoración crítica de los lectores.

En conclusión, el uso de anestésicos volátiles en la UCI ofrece ventajas como un inicio y un final rápidos de la acción que permiten una titulación precisa. Sin embargo, deben considerarse las contraindicaciones específicas, la selección de enfermos, los requisitos de equipos especializados y los riesgos de contaminación ambiental. Por tanto, creemos que hay poca justificación para utilizar este modo de sedación como elección de primera línea en las UCI fuera de la investigación clínica.

Bibliografía

1. Contreras S, Giménez-Esparza Vich C, Caballero J. Sedation, analgesia and Delirium Working Group (GTSAD) of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medi-

cine and Coronary Units (SEMICYUC). Practical approach to inhaled sedation in the critically ill patient. Sedation, analgesia and Delirium Working Group (GTSAD) of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC). *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2024;48:467–76, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2024.05.011>.

2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Sedaconda ACD-S for sedation with volatile anaesthetics in intensive care Medical technologies guidance. NICE Guid. 2022 [consultado 20 Ago 2024]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/mtg65>
3. Gorsky K, Cuninghame S, Jayaraj K, Slessarev M, Francoeur C, Withington DE, et al. Inhaled volatiles for status asthmaticus, epilepsy, and difficult sedation in adult ICU and PICU: A systematic review. *Crit Care Explor*. 2024;6:e1050.
4. Soukup J, Michel P, Christel A, Schitteck GA, Wagner NM, Kellner P. Prolonged sedation with sevoflurane in comparison to intravenous sedation in critically ill patients - A randomized controlled trial. *J Crit Care*. 2023;74:154251.
5. Caballero J, García-Sánchez M, Giménez-Esparza Vich C. Current role of midazolam in the sedation of the ventilated critically ill patient: Against. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2024;48:177–9.

Hernán Aguirre-Bermeo^{a,b}, Pedro D. Wendel-García^c,
Óscar Peñuelas^{d,e}
y Ferran Roche-Campo^{f,g,*}

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador

^b Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

^c Institute of Intensive Care Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^e CIBER de Enfermedades Respiratorias, CIBERES, España

^f Servicio de Medicina intensiva, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona, España

^g Pere Virgili Institute for Health Research, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ferranroche@gmail.com
(F. Roche-Campo).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.09.007>

0210-5691/ © 2024 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.