

ASOCIACION GREMIA CRITICALL UCI GROUP  
Bogota Mayo 31 de 2022

**Documento de consenso para la adaptación y adopción de “Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo”**

**Equipo Revisor:**

Doctor: Mario Gómez Duque - Jefe del programa de postgrado en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Director General UCI Hospital de San Jose, Hospital Infantil de San Jose, Coordinador UCI Clínica Azul, Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Mario A. Villabón Gonzalez – Coordinador UCI Clínica Azul

Doctor: Edgar Beltrán Linares- Coordinador UCI Hospital San Jose Centro

Doctor: Ronald Medina Lombo – Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Daniel L. Molano Franco - Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Carlos E. Rojas Murcia - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Silvio A. Vidal Bonilla – Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

**Metodología de la revisión:**

El documento fue enviado a los expertos junto con formato de evaluación para puntaje AGREEII. El equipo revisor consideró que la guía puede ser implementada en la unidad de cuidados intensivos con modificaciones. Se llevó a cabo discusión de los puntos y se presenta a contiución el consolidado.

**Recomendaciones:**

1. Recomendamos tener en cuenta la sedación por vía inhalatoria, con isoflurano o sevoflurano en todos los pacientes críticamente enfermos, en quienes no se encuentre una contraindicación. Se presenta como soporte el anexo técnico presentado por la asociación de medicina crítica y cuidados intensivos.

2. Se define dentro del protocolo tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

a. Siempre se debe priorizar el reconocimiento y el control del dolor. En nuestras unidades la escala análoga de dolor, se registra como un signo horario con un plan de evaluación e intervención por el Médico de turno cuando supera los 3 puntos.

b. El uso de dexmedetomidina se restringe como una terapia de transición, sin reconocer beneficio cuando se emplea para sedación profunda. Reconocemos utilidad en:

\* Ventilación mecánica no invasiva cuando se detecta agitación que dificulta el procedimiento.

\* Fase final del destete ventilatorio, cuando aparezca agitación que requiera sedación pero no se beneficie de fármacos que depriman el centro respiratorio.

\* En el manejo del episodio agudo de delirio, teniendo en cuenta que primero se deben evaluar posibles causas como hipoxemia, infección, efectos derivados de fármacos y luego definir si requiere sedación. Una vez superada la fase aguda se puede considerar el uso de antipsicóticos atípicos.

c. Siempre que se empleen relajantes musculares, se debe garantizar sedación profunda que evite que el paciente se encuentre relajado y despierto. El monitoreo de la relajación es deseable pero no lo tenemos disponible en todos los centros.

e. Los bolos de relajante deben ser la última medida para corregir el desacoplamiento entre el paciente y el ventilador

MARIO GOMEZ DUQUE

CESAR O ENCISO OLIVERA

MARIO A VILLABON GONZALEZ

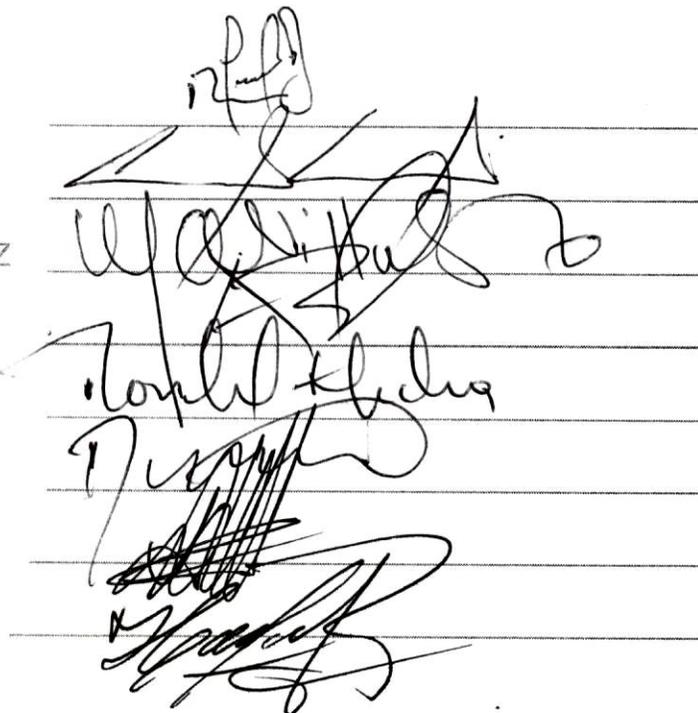
EDGAR A BELTRAN LINARES

RONALD A MEDINA LOMBO

DANIEL L. MOLANO FRANCO

SILVIO A. VIDAL BONILLA

CARLOS E. ROJAS MURCIA

A series of horizontal lines with handwritten signatures written over them. The signatures are in black ink and appear to be the names of the individuals listed to the left. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page.