

ASOCIACION GREMIAL CRITICALL UCI GROUP  
Bogota Mayo 31 de 2022

**Documento de consenso Guia #1 – Acta # 1 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: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

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: Carlos Mario González Garzón – Medico General - Residente

**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. En conceso se acuerda que la sedación inhalada será una alternativa en pacientes seleccionados para disminuir el uso de narcóticos.

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