



**Decisiones
Acertadas**

Cuidando desde
el conocimiento

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados
Intensivos



**Cinco cosas que los pacientes y los médicos deben tener
en cuenta**



No demorar el traslado de pacientes de la UCI a salas de hospitalización una vez superadas las disfunciones de órganos o riesgos mayores, siempre que el cuidado pueda ser brindado de manera individualizada y segura en una estancia de hospitalización

El retraso en el traslado de pacientes críticamente enfermos que cumplen criterios de recuperación a una sala de hospitalización, después de haber superado la fase crítica, se asocia con un aumento en la morbilidad y mortalidad, infecciones asociadas a la atención sanitaria, y el desarrollo de delirium. Además, prolongar la estancia en la UCI incrementa los costos de atención y reduce la disponibilidad de camas para otros pacientes críticos. Esta demora también afecta negativamente la relación con la familia, generando ansiedad y estrés emocional. El planteamiento de no mantener a pacientes en la UCI una vez que no lo requieren se basa en varios factores. En primer lugar, la sobrecarga de recursos: la UCI es un recurso limitado y costoso, y los pacientes que ya no necesitan cuidados intensivos ocupan camas y recursos que podrían ser utilizados por otros en situaciones más críticas. En segundo lugar, riesgos de complicaciones: estos pacientes pueden estar expuestos a riesgos adicionales, como infecciones nosocomiales, úlceras por presión y trombosis venosa profunda debido al reposo prolongado. Tercero, los costos económicos: la estancia prolongada en la UCI genera gastos innecesarios tanto para el sistema de salud como para los pacientes y sus familias. Por último, el impacto en la calidad de vida: la prolongación de la estancia en la UCI puede afectar la calidad de vida del paciente, provocando ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, y afectando también a la familia, además de generar fatiga por compasión en el personal asistencial. La decisión de trasladar a un paciente de la UCI debe basarse en una evaluación multidisciplinaria y una gestión adecuada de camas. La identificación temprana de pacientes que no requieren cuidados intensivos y su transferencia a unidades hospitalarias, junto con la implementación de protocolos médicos estandarizados y



No realizar rehabilitación integral estandarizada y rutinaria para todos los pacientes en la UCI sin una evaluación adecuada y fundamentación interdisciplinaria que establezca las verdaderas necesidades del paciente.

El éxito de las estrategias de rehabilitación en pacientes críticos, tales como el entrenamiento muscular, la movilización temprana y la restauración de la deglución, entre otras, no depende de decisiones individuales, sino que requiere un enfoque multidisciplinario integral. En el complejo entorno de la unidad de cuidados intensivos (UCI), las decisiones e intervenciones relacionadas con la rehabilitación deben ser analizadas, tomadas y ejecutadas de manera colaborativa por todo el equipo de la UCI que interviene en el cuidado del paciente, incluyendo medicina, terapia respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, nutrición y enfermería. Además, las mediciones y resultados de los procesos de rehabilitación deben ser compartidos e interpretados conjuntamente para potenciar su impacto en los desenlaces de los pacientes en estado crítico. Las rondas multidisciplinarias proporcionan un escenario óptimo para facilitar esta comunicación y la ejecución de intervenciones de rehabilitación como la movilización temprana implica la participación de una amplia parte del equipo, lo que resalta la importancia de un enfoque colaborativo y coordinado en la atención al paciente crítico; así mismo las alteraciones de la deglución y comunicación del paciente crítico deben ser tratadas tempranamente para mejorar la calidad de vida. 1-5



NO administrar nutrición hipercalórica o hiperproteica a todos los pacientes críticamente enfermos dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos en los primeros 5 días de su condición crítica. El requerimiento calórico debe ser individualizado, por vía enteral, siempre que esta vía esté disponible, temprano y avanzar de forma gradual

La nutrición enteral (NE) deberá iniciarse tempranamente, en las primeras 24-48 horas de inicio de la enfermedad o condición crítica, la medida tiene una alta recomendación como estándar de calidad en las guías ASPEN (American society of parenteral and enteral nutrition) y ESPEN (European society of parenteral and enteral nutrition) de terapia nutricional en el paciente crítico. Estudios sugieren que la nutrición hipercalórica no mejora significativamente los principales resultados clínicos, como las tasas de infección, la duración de la estancia en la UCI o la mortalidad, pero la ingesta óptima de proteínas y la terapia nutricional personalizada son cruciales para mejorar la recuperación a largo plazo y los resultados funcionales en los pacientes críticos. La ruta enteral es la primera elección, situaciones como la posición prona, circulación extracorpórea, terapia de reemplazo renal, empleo de vasoactivos y/o abdomen abierto no la contraindican, aunque se debe tener en cuenta la condición clínica y la estabilidad hemodinámica. La NE temprana se asocia con beneficios como el mantenimiento de la microbiota, funciones de barrera de la mucosa intestinal, cambio en las respuestas de las citoquinas inflamatorias, mayor sensibilidad a la insulina, menor permeabilidad intestinal y optimización de la función del tracto gastrointestinal. El suministro temprano de macro y micronutrientes disminuye las complicaciones de la malnutrición en el pacientes crítico, lo cual permite menor uso de recursos en salud y menores complicaciones en el seguimiento. La incidencia de malnutrición en UCI se asocia con aumento de la estancia hospitalaria, recuperación deficiente de la enfermedad, retraso en la cicatrización de heridas, mayor costo de atención y aumento de mortalidad. Los beneficios de la NE



No tomar hemocultivos de control en todos los pacientes con bacteremia si hay resolución de los signos y síntomas de la infección, salvo en condiciones particulares, como bacteremia complicada por *Staphylococcus aureus*, fungemia o endocarditis.

El tratamiento de los pacientes con sepsis y choque séptico se centra en la administración oportuna de antibióticos y el control de la fuente de infección. La terapia antimicrobiana debe iniciarse precozmente tras el reconocimiento de la sepsis o de manera inmediata ante la sospecha de choque séptico, obteniendo previamente muestras para hemocultivos, siempre que esto no retrase el inicio de los antibióticos. La terapia antimicrobiana empírica de amplio espectro debe seleccionarse según el sitio anatómico de la infección, la prevalencia de patógenos en la comunidad y el hospital, los patrones de resistencia bacteriana y la presencia de comorbilidades. No se recomienda realizar hemocultivos de control de rutina en pacientes con sepsis y choque séptico que han mostrado una respuesta clínica favorable o cuando la fuente de la infección ha sido controlada. La decisión de repetir hemocultivos debe basarse en los hallazgos microbiológicos y en la fuente de la infección. Se recomienda su repetición en casos de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* o *S. lugdunensis*, debido a la alta frecuencia de bacteriemia persistente y la relevancia clínica de estos patógenos, así como en casos de fungemia. También es necesaria la toma de hemocultivos de control cuando se sospechan infecciones endovasculares, como endocarditis. No se aconseja repetir hemocultivos en bacteriemias causadas por microorganismos gramnegativos ni en infecciones de origen urinario, biliar o pulmonar. En casos que probablemente representen contaminación del hemocultivo, la decisión debe ser individualizada. La reducción en la toma rutinaria de hemocultivos en pacientes con bacteremia y sepsis, fuera de los escenarios indicados, no ha demostrado incrementar el riesgo de reingresos ni la mortalidad en la UCI. 1-3



No utilizar estrategias de soporte respiratorio no invasivo en pacientes críticos sin un objetivo terapéutico claro, como corregir la hipoxemia, la acidosis respiratoria, el esfuerzo respiratorio o mejorar el estado de conciencia. El uso inadecuado o prolongado de soporte respiratorio no invasivo sin un propósito bien definido puede llevar al sobreuso de recursos, pero también puede retrasar la intubación orotraqueal, incrementando el riesgo de desenlaces adversos.

El uso inadecuado o prolongado de soporte respiratorio no invasivo sin un propósito clínico bien definido puede llevar al sobreuso de recursos, lo que no solo es ineficiente, sino que también puede retrasar la intubación necesaria en casos graves, incrementando el riesgo de desenlaces adversos, como empeoramiento de la insuficiencia respiratoria, aumento de la mortalidad o complicaciones asociadas al retraso en la intervención. Un manejo apropiado debe estar basado en una evaluación continua del estado respiratorio del paciente y en la determinación de cuándo una estrategia más invasiva es necesaria para optimizar los resultados clínicos. Retrasar la intubación en pacientes que no responden adecuadamente a las estrategias no invasivas empeora significativamente los desenlaces en condiciones críticas. La hipoxemia y la acidosis respiratoria persistentes pueden llevar a un deterioro hemodinámico y metabólico grave. Además, el aumento del trabajo respiratorio no solo puede causar disfunción muscular, sino también provocar lesión pulmonar auto infligida y un mayor deterioro respiratorio. La intubación oportuna es crucial para resolver la disfunción pulmonar y prevenir complicaciones severas y potencialmente fatales. Para esto, es fundamental llevar a cabo un monitoreo riguroso de los signos vitales del paciente. Herramientas como la relación SaO_2/FiO_2 , el índice de ROX, la evaluación del trabajo respiratorio, la escala HACOR y la evaluación de la disnea son esenciales para una valoración precisa y oportuna de la condición respiratoria del paciente. Utilizar estas herramientas de manera continúa permite una intervención temprana y adecuada, mejorando así los resultados clínicos y reduciendo el riesgo de complicaciones graves. 1-5