

# Recomendaciones de **NO HACER**

## DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA SEMICYUC

### GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA

1. No practicar limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) sin una valoración completa de la situación clínica, pronóstico y valores del paciente.
2. No considerar los cuidados paliativos ajenos a la medicina intensiva.
3. No tratar al paciente crítico sin su consentimiento ni sin consultar las voluntades vitales anticipadas en casos de incapacidad.
4. No retirar medidas de soporte vital en muerte encefálica sin ofrecer la posibilidad de donación.
5. No olvidar la protección de la intimidad como un pilar fundamental de la dignidad de tus pacientes.

### GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS Y RCP

1. No retrasar la indicación de asistencia mecánica circulatoria en pacientes con shock cardiogénico que no se controla con vasoactivos.
2. No indicar aminas para normalizar parámetros hemodinámicos aislados sin tener en cuenta la situación clínica y los signos de bajo gasto o vasoplejia postoperatoria.
3. No monitorizar con catéter de arteria pulmonar todos los casos de insuficiencia cardiaca aguda o shock cardiogénico.
4. No poner marcapasos provisionales en todos los pacientes con bradiarritmias.
5. No parar de realizar compresiones torácicas en una reanimación cardiopulmonar salvo en actuaciones predeterminadas.

### GRUPO DE TRABAJO CUIDADOS INTENSIVOS NEFROLÓGICO

1. No utilizar en ningún caso la dopamina, a dosis renales, como profilaxis de la disfunción renal aguda (DRA) ni como tratamiento de la misma.
2. No utilizar en ningún caso la furosemida, como profilaxis de la DRA, ni como tratamiento de la misma.
3. No descartar la DRA en pacientes críticos con factores de riesgo y cifras de creatinina en sangre normales sin confirmarlo con un aclaramiento medido.
4. No utilizar en ningún caso exploraciones radiológicas con contraste hiperosmolar.
5. No utilizar nefrotóxicos en pacientes críticos que se han recuperado de un episodio de DRA salvo que sea imprescindible por completo.

### GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SEPSIS

1. No emplear dopamina en la resucitación del paciente en shock séptico.
2. No utilizar soluciones coloides en la resucitación de los pacientes sépticos.
3. No modificar la dosis de carga inicial de amikacina en el paciente séptico aunque exista una disfunción renal.
4. No mantener dispositivos invasivos cuando no son necesarios.
5. No usar antibióticos de amplio espectro o de uso restringido cuando es posible desescalar.

### GRUPO DE TRABAJO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. No utilizar los datos obtenidos a partir de los sistemas de información clínica para su uso secundario (investigación o gestión clínica) sin asegurar su calidad.
2. No adquirir tecnología sanitaria sin haber consultado informes independientes que evalúen su efectividad, seguridad y coste/beneficio.
3. No recoger datos de investigación sin un diseño previo metodológicamente riguroso.
4. No validar en la historia clínica datos de monitorización extremos o discordantes sin examinar su congruencia con la situación clínica del paciente.
5. No adquirir un Sistema de Información Clínica sin constituir un equipo que evalúe las características del mismo y planifique las necesidades de informatización del servicio.

### GRUPO DE TRABAJO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

1. No mantener saturaciones arteriales de oxígeno mayores de 95% en el paciente crítico ni PO<sub>2</sub> superiores a 100 mmHg, excepto en situaciones clínicas especiales.
2. No utilizar la ventilación intermitente mandatoria sincronizada (SIMV) como método de desconexión de la ventilación mecánica.
3. No utilizar ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en pacientes con hipoxemia grave si existe fallo de otro órgano y no se realiza monitorización que permita comprobar su éxito.
4. No utilizar una estrategia liberal de resucitación con fluidos en pacientes con SDRA que no tienen hipoperfusión tisular.
5. No considerar ECMO en insuficiencia respiratoria aguda si no se optimiza la ventilación mecánica, el nivel de PEEP y se testa la respuesta a decúbito prono.

### GRUPO DE TRABAJO DE METABOLISMO Y NUTRICIÓN

1. No retrasar el inicio de la NE en pacientes con estabilidad hemodinámica después de la resucitación de un shock con fluidos y con al menos un fármaco vasopresor o inotrópico.
2. No retrasar ni interrumpir la NE por el solo hecho de que el paciente esté en posición de decúbito prono.
3. No iniciar soporte nutricional artificial sin haber evaluado la posibilidad de que se desarrolle un Síndrome de Realimentación y haber tomado las medidas adecuadas para prevenirlo.
4. No limitar el aporte proteico en los pacientes críticos con riesgo de desnutrición e IRA para controlar el síndrome urémico y retrasar las TDE.
5. No esperar a que se ausculten ruidos hidroaéreos para iniciar la nutrición enteral si se considera indicada.

### GRUPO DE TRABAJO DE NEUROINTENSIVISMO Y TRAUMA

1. No administrar metilprednisolona a dosis elevadas en la lesión medular aguda traumática de modo rutinario.
2. No administrar soluciones hipotónicas en el paciente neurocrítico.
3. No emplear la hipotermia profiláctica como medida para mejorar el pronóstico de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave con daño cerebral difuso.
4. No emplear la hiperventilación en el paciente con traumatismo craneoencefálico grave sin datos de herniación cerebral.
5. No administrar fármacos antiepilépticos en pacientes con ictus reciente que no hayan tenido crisis.

### GRUPO DE TRABAJO DE PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

1. No suspender intervenciones quirúrgicas programadas por falta de cama en el Servicio de Medicina Intensiva.
2. No realizar altas precoces o no planificadas de los Servicios de Medicina Intensiva.
3. No producir retrasos en el alta de los enfermos críticos que reúnen criterios clínicos para ser trasladados a una planta convencional.
4. No demorar el ingreso de un paciente crítico en el Servicio de Medicina Intensiva.
5. No prescindir de un intensivista en presencia física las 24 horas en los Servicios de Medicina Intensiva.

### GRUPO DE TRABAJO DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y DELIRIUM

1. No iniciar la sedación en los pacientes hasta no asegurar un nivel de analgesia correcto y adecuado según escalas validadas.
2. No mantener al paciente en sedación profunda si no presenta distrés respiratorio grave, hipertensión intracraneal, estatus epiléptico activo o bloqueo neuromuscular.
3. No sedar sin objetivos individualizados y terapéuticos adaptados a la situación clínica, mediante escalas validadas; y transmitir la información a los profesionales implicados en el cuidado.
4. No utilizar únicamente medidas farmacológicas para tratar y prevenir el delirium, evitando las benzodiacepinas y las sujeciones mecánicas.
5. No indicar el bloqueo neuromuscular prolongado hasta haber asegurado la sedación profunda (RASS - 4 / - 5) y la analgesia adecuada.

### GRUPO DE TRABAJO DE TOXICOLOGÍA

1. No admitir la ausencia o incorrección de los registros de los datos de cualquier episodio de intoxicación aguda y de su atención.
2. No administrar tiamina a todo paciente con intoxicación alcohólica aguda sin antecedentes de alcoholismo crónico o desnutrición severa.
3. No descartar la sospecha de otras causas concomitantes de disminución del nivel de conciencia en la intoxicación aguda.
4. No administrar flumazenilo en pacientes con alto riesgo de crisis comiciales o arritmias.
5. No evaluar el tratamiento de la intoxicación por paracetamol con los niveles plasmáticos antes de las 4 horas postingesta, dado que no puede valorarse bien la gravedad del paciente.

### GRUPO DE TRABAJO DE TRANSFUSIONES Y HEMODERIVADOS

1. No realizar analíticas sanguíneas rutinarias, únicamente en situaciones clínicas específicas, extrayendo el mínimo volumen de sangre necesario.
2. No transfundir concentrados de hematíes en pacientes críticos, hemodinámicamente estables no sangrantes y sin disfunción orgánica con concentración hemoglobina > 7 g/dL.
3. No utilizar plasma fresco congelado (PFC) para restaurar los niveles de fibrinógeno en pacientes sangrantes.
4. No utilizar plasma fresco congelado para revertir la anticoagulación de los antagonistas de la vitamina K en pacientes con hemorragia grave o necesidad de cirugía urgente.
5. No realizar la transfusión profiláctica de plaquetas en pacientes antiagregados no trombocitopénicos, con hemorragia cerebral no quirúrgica o que vayan a ser intervenidos de cirugía cardíaca.

### GRUPO DE TRABAJO DE TRASPLANTES

1. No descartar un posible donante de órganos y/o tejidos sin una causa objetivamente documentada, tras una evaluación sistemática y exhaustiva.
2. No considerar al Servicio de Medicina Intensiva como la única unidad generadora de donantes.
3. No descartar un donante pulmonar sólo por una PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 mm Hg, si no se han hecho previamente maniobras de reclutamiento con PEEP elevada.
4. No descartar un donante cardíaco solo por una FEVI < 45 %, si no se ha hecho previamente un manejo hemodinámico y metabólico óptimo.
5. No considerar la opción de la donación en asistolia controlada, si previamente no se ha tomado la decisión de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV).