

RECOMENDACIÓN MARZO 2019

UN ABRAZO RÁPIDO AL PACIENTE CRÍTICO “EL MÉTODO FAST HUG”

Dra Daniela García
NOBLE Cía de Seguros

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) define la calidad de la asistencia sanitaria como aquella que es segura, oportuna, efectiva, eficiente, sigue los principios de justicia y está centrada en el paciente.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) son ámbitos de alto riesgo para la aparición de errores y continuamente se buscan estrategias para disminuirlos y como podrían prevenirse.

Dentro de las estrategias preventivas, el empleo de listas de verificación ha cobrado gran valor debido a su probada eficacia, bajo costo y disponibilidad, un claro ejemplo es la lista de verificación o “checklist quirúrgico”).

En el año 2005 Jean-Louis Vincent describió y publicó el acrónimo “FAST HUG” (“Abrazo Rápido” en español) como un método estandarizado para ayudar a identificar y verificar con facilidad una secuencia de procedimientos esenciales que deben cumplirse al menos diariamente en la atención de los pacientes en estado crítico internados en las UCIs. Cada una de las letras recuerda una intervención a realizar, la cual influye en la evolución y el pronóstico del paciente y está avalada por la evidencia de numerosas revisiones sistemáticas. La revisión de estos componentes la debe realizar todo el equipo de salud, todos los días una o más veces a los efectos de mejorar la seguridad y la calidad de la atención del paciente crítico.

F: Alimentación¹

Mejores prácticas:

“Los pacientes deben ser alimentados por vía oral o enteral dentro de las 48 horas de ingreso a la UCI”

¹ del inglés “ Feeding”

La malnutrición complica la situación del paciente crítico y empeora su pronóstico, aumenta la incidencia de infecciones, retrasa la curación de heridas y aumenta la estadía hospitalaria.

Siempre que sea posible, la vía de elección es la oral, luego la enteral y por último la parenteral.

La vía enteral cumple funciones nutritivas, tiene impacto positivo en el mantenimiento de la integridad de la barrera intestinal, reduce la incidencia de hemorragia digestiva, la posibilidad de translocación intestinal y el riesgo de infecciones, con un impacto positivo más allá de la cantidad y tipo de nutrientes aportados.

Se ha demostrado que el inicio de la nutrición del paciente dentro de las 48 horas del ingreso a la UCI disminuye la mortalidad y la incidencia de infecciones.

El inicio tardío de la nutrición parenteral se asocia con una recuperación más rápida y menos complicaciones en comparación con el inicio temprano ^{2,3}.

El tipo de nutrición será acorde a la severidad del cuadro y la situación clínica del paciente.

A: Analgesia⁴

Mejores prácticas:

“Los pacientes deben tener evaluado y documentado el dolor cada 6 horas”

El control del dolor es clave en el manejo del paciente en UCI, ya que el mismo impacta negativamente en la recuperación fisiológica y psicológica del paciente (ej: en el paciente neurocrítico los episodios de dolor aumentan significativamente la presión intracraneal).

La analgesia debe ser “reglada” y no “según dolor”, además de evaluada y documentada por lo menos cada 6 horas. Uno de los grandes mitos es creer que aquellos pacientes que están sedados no experimentan dolor.

Los pacientes en UCI experimentan dolor por la propia patología y también por los procedimientos de rutina que reciben (rotación, cambio de apósitos, aspiraciones, etc).

Preguntas que nos deberíamos hacer:

-Además de la hidratación parenteral, ¿recibe el paciente algún tipo de aporte nutricional?

-¿El valor energético de dicho aporte alcanza a cumplir los requerimientos estimados para el paciente?

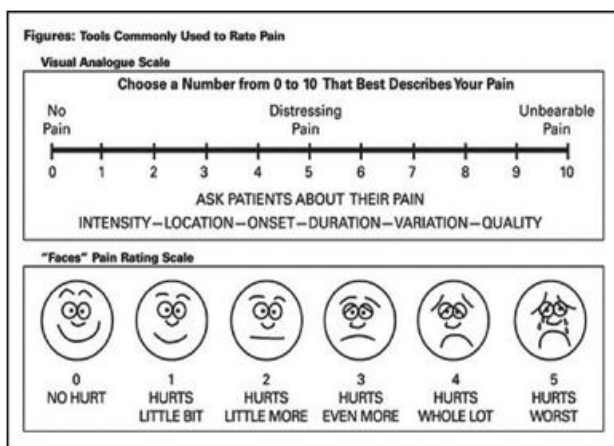
-¿Existe alguna contraindicación absoluta para la alimentación

² Casaer et al. Early versus Late Parenteral Nutrition in Critically Ill Adults. N Engl J Med 2011; 365:506-517.

³ Cove ME, Pinsky MR. Early or late parenteral nutrition: ASPEN vs. ESPEN. Crit Care. 2011;15(6):317.

⁴ del inglés “analgesia”

No siempre es fácil evaluar el dolor en los pacientes críticamente enfermos que no son capaces de expresarse; para la evaluación hay que utilizar escalas de dolor validadas (EVA, CPOT).



The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)
(Gélinas et al., 2006)

Indicator	Score	Description	
Facial expression Caroline Arthur, RN, B.Sc., PhD(candidate) School of Nursing, McGill University	Relaxed, neutral	0	No muscle tension observed
	Tense	1	Presence of frowning, brow lowering, orbit tightening and levator contraction or any other change (e.g. opening eyes or tearing during nociceptive procedures)
	Grimacing	2	All previous facial movements plus eyelid tightly closed (the patient may present with mouth open or biting the endotracheal tube)
Body movements	Absence of movements or normal position	0	Does not move at all (does not necessarily mean absence of pain) or normal position (movements not aimed toward the pain site or not made for the purpose of protection)
	Protection	1	Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements
	Restlessness/Agitation	2	Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/throwing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed
Compliance with the ventilator (intubated patients) OR Vocalization (extubated patients)	Tolerating ventilator or movement	0	Alarms not activated, easy ventilation
	Coughing but tolerating	1	Coughing, alarms may be activated but stop spontaneously
	Fighting ventilator	2	Asynchrony: blocking ventilation, alarms frequently activated
Vocalization (extubated patients)	Talking in normal tone or no sound	0	Talking in normal tone or no sound
	Sighing, moaning	1	Sighing, moaning
	Crying out, sobbing	2	Crying out, sobbing
Muscle tension Evaluation by passive flexion and extension of upper limbs when patient is at rest or evaluation when patient is being turned	Relaxed	0	No resistance to passive movements
	Tense, rigid	1	Resistance to passive movements
	Very tense or rigid	2	Strong resistance to passive movements or incapacity to complete them
TOTAL		0-8	

S: Sedación⁵

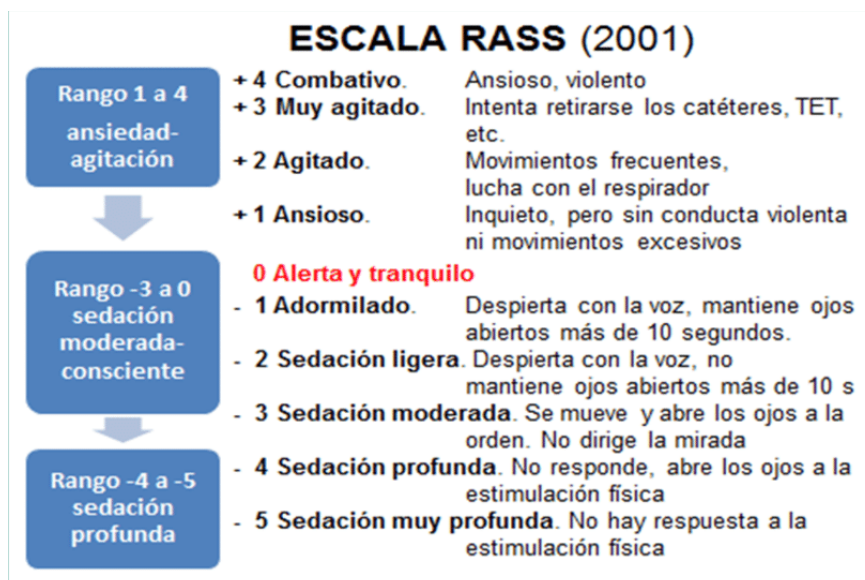
Mejores prácticas:

“Los pacientes deben tener evaluada y documentada la sedación cada 6 horas”

La regla básica es que primero hay que controlar el dolor y luego sedar. La sedación facilita que el paciente esté cómodo, sin estrés y permite un adecuado acople con la

⁵ del inglés “ Sedation”

ventilación mecánica. Para evaluar el grado de sedación necesario se utilizan escalas, la más utilizada es la de Richmond⁶.



Tanto la sedación insuficiente como la excesiva tienen un impacto negativo en el paciente. Es importante asegurar la adecuada sedación pero con la menor dosis posible para mantener a los pacientes despiertos y cooperadores, siendo así capaces de interactuar con el medio.

T: Profilaxis del tromboembolismo⁷

Mejores prácticas:

“Todos los pacientes deben recibir profilaxis para prevenir TVP y TEP”

La enfermedad tromboembólica (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo de pulmón (TEP) siendo la última una complicación potencialmente fatal.

⁶ Escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

⁷ del inglés “ Thromboembolic prophylaxis”

Los pacientes de UCI presentan factores de riesgo tales como inmovilidad, ventilación mecánica, trastornos hemodinámicos, respiratorios, catéteres, cáncer, que los tornan muy susceptibles de desarrollar una ETE.

El riesgo de trombosis es particularmente elevado a mayor edad de los pacientes, y en quienes padecen un ACV isquémico, insuficiencia cardíaca, EPOC crónica, neoplasias activas, enfermedades infecciosas o inflamatorias severas, TVP previa, etc.

Se recomienda iniciar profilaxis tan pronto el paciente ingresa a UCI y emplear el score de Roger o de Capriani para la evaluación del riesgo de sangrado, fundamentalmente en aquellos casos donde existan dudas respecto del riesgo/beneficio de la profilaxis.

Si bien el empleo de cualquier tipo de heparina (heparina de bajo peso molecular-HBPM- o heparina no fraccionada-HNF-)^{8,9,10} sería beneficioso desde el punto de vista de la prevención, la HBPM sería mejor para prevenir el TEP en pacientes críticos, sin aumentar el riesgo de sangrado.

En casos de alteración de la función renal se debe indicar HNF, debido a que la eliminación de la HBPM es por dicha vía.

La tromboprofilaxis está contraindicada en:

-Casos de sangrado activo o un alto riesgo de sangrado por sangrado reciente (absoluta)

-Trastornos de la coagulación (RIN>1,5 y/o KPTT>40) y un bajo recuento de plaquetas (<75.000/ mm³) suelen ser también contraindicaciones en la práctica diaria, aunque podría indicarse tromboprofilaxis con un elevado nivel de vigilancia.

En los casos donde la profilaxis farmacológica

Preguntas que nos deberíamos hacer:

-¿Recibe el paciente heparina subcutánea en forma profiláctica?

-¿Se ha reducido significativamente el recuento plaquetario desde su administración?

-En caso de no recibirla, ¿existe alguna contraindicación para ello (sangrado activo, sangrado reciente)? ¿se aplican métodos mecánicos (vendajes, compresión neumática intermitente)?

⁸ Alhazzani W, Lim W, Jaeschke RZ, Murad MH, Cade J, Cook DJ. Heparin thromboprophylaxis in medical-surgical critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Crit Care Med. 2013;41(9):2088-98.

⁹ Wein L, Wein S, Haas SJ, Shaw J, Krum H. Pharmacological venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized medical patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med. 2007;167(14):1476-86.

¹⁰ Nurmohamed MT; Rosendaal FR; Buller HR; et al. Low-molecular-weight heparin versus standard heparin in general and orthopaedic surgery: a meta-analysis. Lancet. 1992;340(8812):152-6

esté contraindicada, se recomienda la terapia mecánica (vendajes compresivos o la compresión neumática intermitente), la cual se debe continuar hasta que el paciente pueda deambular.

H: Cabecera de la cama¹¹

Mejores prácticas:

“Los pacientes deben mantenerse en una posición semireclinada con elevación de la cama 30-45 grados para

En comparación con el decúbito, la elevación de la cabeza y el tronco reduce la presencia de reflujo gastroesofágico y la aspiración de secreciones por parte del paciente. Es recomendada por numerosas revisiones y guías para la prevención de Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), probablemente por la implicancia que esto conlleva en la morbilidad de pacientes en unidades críticas. Además, en el caso de los pacientes con injuria cerebral aguda resulta en la disminución de la presión intracraneal (PIC) .

Esta simple estrategia no cuenta con la adhesión que debería esperarse del equipo de salud, aún tratándose de una medida de bajo costo. Este bajo nivel de cumplimiento se debe principalmente a la falta de recurso de enfermería y a la falta de concientización del grupo tratante.

U: Úlceras por estrés¹²

Mejores prácticas:

“Los pacientes deben recibir profilaxis de úlceras por estrés para prevenir las hemorragias digestivas.”

La prevención de las úlceras por estrés ha sido un pilar en el tratamiento de pacientes críticos durante décadas. Un ensayo de 1994 identificó los factores de riesgo más significativos para las úlceras por estrés: la ventilación mecánica durante más de 48 h, las coagulopatías, antecedentes de úlceras gastrointestinal o hemorragia digestiva, etc. A

¹¹ del inglés “ Head of bed”

¹² del inglés “ Stress ulcer prophylaxis”

pesar de que esta profilaxis ha sido utilizada por años, su indicación es un tema altamente controvertido y continúa siendo motivo de cuestionamiento ya que la incidencia de hemorragia gastrointestinal clínicamente significativa secundaria a las úlceras por estrés ha disminuido significativamente en los últimos tiempos. Además, los agentes más utilizados (Ant H2 e inhibidores de la bomba de protones) para la profilaxis se han asociado con un número creciente de efectos adversos, que incluyen infarto de miocardio, infección por *Clostridium difficile*, osteoporosis y neumonía asociada a ventilación mecánica. Numerosos estudios han demostrado que la profilaxis de úlceras por estrés en pacientes críticos tal vez se encuentre sobreindicada; incluso muchos pacientes continúan con la indicación aún después de ser trasladados a una sala general o luego del alta médica.

G: Glucemia¹³

Los niveles altos de glucemia se relacionan con un mal pronóstico.,El control adecuado de la misma disminuye la estadía en la UCI, las infecciones, las polineuropatías y la mortalidad.

Cuando se desarrolló el FAST HUG , el rango de glucemia recomendado era de 80-110 mg/dL .

Estudios posteriores del grupo de investigadores del NICE SUGAR demostraron que si bien tratar la hiperglucemia es beneficioso y disminuye la mortalidad, el control excesivamente estrecho expone a los pacientes a hipoglucemias que también aumentan la mortalidad, especialmente en aquellos con afectación neurológica, en los cuales un breve período de hipoglucemia podría resultar en un daño grave, justo en el momento en que el cerebro lesionado necesita más azúcar. Los valores que han resultado en una disminución de la mortalidad son aquellos que están en 180 mg/dl o menos.

¹³ del inglés “ Glucose control

FASTHUG Best Practice Checklist											
<i>Please complete 1 checklist / shift worked. See back for instructions.</i>											
Date: <i>month by name</i>	Bed#:	RN ID#									
Feeding <i>Early feeding significantly reduces ICU mortality.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Is your patient being fed enterally (po/NG)? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>No, with exception 											
Analgesia & Sedation <i>Appropriate analgesia and sedation ensures patient comfort and decreases ICU mortality from pneumonia and sepsis.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Have you documented the SAS and Pain Score at least every 6 hours? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No 											
Thromboprophylaxis <i>DVT prophylaxis reduces the risk of DVTs and potentially fatal pulmonary embolism.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Is your patient receiving pharmacologic DVT prophylaxis? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No ▪ If NO, does your patient have TEDS or PCDs on? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>No, with exception 											
Head of Bed <i>Elevating the head of the patient's bed >30 degrees reduces the chance of pneumonia and death.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ For each time window, please record the patient's HOB angle using the bed protractor. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Time</th> <th>8 / 20 h</th> <th>12 / 24 h</th> <th>16 / 4 h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HOB angle</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Time	8 / 20 h	12 / 24 h	16 / 4 h	HOB angle			
Time	8 / 20 h	12 / 24 h	16 / 4 h								
HOB angle											
Ulcer Prophylaxis <i>GI ulcer prophylaxis significantly reduces GI bleeding.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Is your patient receiving GI prophylaxis? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>No, with exception 											
Glycemic Control <i>Controlling a patient's blood sugar can significantly reduce infectious complications and decrease mortality.</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Has your patient's blood sugar / accuchecks been between 5.1 and 8.0 for the majority of your shift? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>No, with exception 											

Otros autores intentaron ampliar la mnemotecnica a “FAST HUGS BID” o “FAST HUG MAIDENS”

FAST HUG BID:

En este caso al ya comentado FAST HUG se le incorpora BID:

B: Régimen intestinal¹⁴

Mejores prácticas: Evaluar el hábito intestinal en forma periódica

El estreñimiento y sus complicaciones afectan negativamente al paciente crítico. Estudios han demostrado que en los pacientes con estreñimiento se torna mucho más dificultoso el destete comparado con los pacientes no estreñidos.

I: Evaluación de catéteres¹⁵

El objetivo aquí es no sólo revisar todos los posibles catéteres que tenga el paciente (vía central, hemodiálisis, sonda vesical, SwanGanz, arteriales, nasogástrica, gastrostomía) registrando: fecha de curación, estado, permeabilidad, etc. sino también evaluar diariamente la necesidad de los mismos.

D: Desescalada de antibióticos¹⁶

Es un elemento clave dentro de los programas de administración de antimicrobianos. Consiste en detener y/o reducir, en base al resultado de los estudios microbiológicos, el número y/o espectro de los antibióticos que se habían iniciado de manera empírica. La reducción de los antibióticos es un mecanismo mediante el cual se logra un tratamiento antibiótico inicial efectivo y se evita el uso innecesario de antibióticos que promueva el desarrollo de resistencia.

FAST HUG MAIDENS

El desarrollo de la práctica clínica farmacéutica en las UCIs es compleja y representa un gran desafío para los farmacéuticos. Esta complejidad en parte se debe a las condiciones agudas que presentan los pacientes, a la gran cantidad de medicamentos indicados y, muy especialmente, a algunos farmacéuticos que no están familiarizados con las UCIs

¹⁴ del inglés “Bowel Regimen”

¹⁵ del inglés “Indwelling catheters”

¹⁶ del inglés “De-escalation antibiotics”

En el año 2011 se desarrolló el FAST HUG MAIDENS como una mnemotécnica utilizada para identificar fundamentalmente problemas relacionados con los medicamentos en las UCIs. Este mnemotécnico ayuda a los farmacéuticos que los aspectos esenciales de la atención farmacéutica se cumplan de manera consistente.

F: Alimentación¹⁷

Como ya comentamos al inicio, los pacientes en la UCI pueden recibir nutrición por distintas vías (oral, enteral o parenteral). Esta situación significa que hay varias oportunidades para optimizar la terapia con medicamentos, como por ejemplo cambiar los medicamentos a la vía oral desde la vía parenteral o viceversa, según cómo se alimente al paciente.

Para los medicamentos de liberación sostenida administrados en una forma que no se puede triturar, se podría recomendar una forma de dosificación alternativa, como una formulación líquida o una forma de liberación inmediata, para lograr dosis diarias totales equivalentes.

El farmacéutico también debe evaluar la posibilidad de una interacción entre un medicamento y una formulación nutricional administrada por sonda de alimentación que pueda afectar la absorción del medicamento.

A: Analgesia¹⁸

Los pacientes en la UCI a menudo requieren analgesia para tratar diversas fuentes de dolor, como traumatismos, cirugías u otras afecciones médicas preexistentes. El dolor se puede evaluar fácilmente con una escala de dolor, y el nivel de dolor del paciente debe verificarse de forma rutinaria. El farmacéutico puede evaluar la situación del paciente y sugerir fármacos adecuados y el método más adecuado para administrar analgésicos, como infusiones, dosis intermitentes o formulaciones de acción más prolongada.

S: Sedación¹⁹

¹⁷ del inglés “feeding”

¹⁸ del inglés “analgesia”

Es importante que los farmacéuticos se aseguren de que se usan los medicamentos sedantes apropiados cuando están indicados. El farmacéutico debe participar en la decisión de iniciar, interrumpir y ajustar las dosis de medicamentos sedantes, de acuerdo con la situación clínica y la puntuación del paciente en una escala de sedación.

T: Profilaxis del tromboembolismo²⁰

Casi todos los pacientes en la UCI deben recibir algún tipo de profilaxis tromboembólica. Los farmacéuticos deben estar familiarizados con la situación clínica actual y deben recomendar el método más adecuado de profilaxis sobre esa base.

H: Delirio hiperactivo o hipoactivo²¹

La mayoría de los pacientes críticos experimentan alguna forma de delirio durante su estadía en la UCI. Cuando el delirio no es tratado puede llevar a un aumento de la estadía en la UCI, así como aumentos en los costos, la morbilidad y la mortalidad.

Cuando se diagnostica el delirio, se trata de buscar la posible relación con los medicamentos que el paciente tiene indicado.

En el tratamiento del delirio se pueden considerar medidas de apoyo y ambientales y, en la mayoría de los casos, una intervención farmacológica con un fármaco antipsicótico. El farmacéutico debería brindar orientación sobre la mejor elección del fármaco y evaluar de forma rutinaria si el régimen y las dosis son óptimas, vigilando la posibilidad de aparición de reacciones adversas.

U: Profilaxis de las úlceras por stress²²

Los agentes más utilizados para esta indicación incluyen los antagonistas de los receptores de histamina y los inhibidores de la bomba de protones. El farmacéutico debe asegurarse de que el paciente recibe un agente profiláctico y

¹⁹ del inglés “sedation”

²⁰ del inglés “Thromboprophylaxis”

²¹ del inglés “Hyperactive or hypoactive delirium”

²² del inglés “Stress ulcer prophylaxis”

también debe ayudar a determinar el agente más apropiado, de acuerdo con el historial médico del paciente. Una vez que la condición del paciente mejora y ya no hay riesgo de úlceras por estrés, el farmacéutico debe reevaluar si el agente profiláctico puede interrumpirse.

G: Control de la glucemia²³

El farmacéutico puede desempeñar un papel importante en el mantenimiento de la glucemia ayudando a seleccionar el régimen farmacológico más adecuado de la amplia variedad de regímenes de insulina o fármacos hipoglucemiantes orales disponibles. Los valores de glucemia en un paciente de la UCI pueden fluctuar, y el farmacéutico puede ayudar a identificar las causas relacionadas con los medicamentos, como los glucocorticoides, el propofol y los antipsicóticos atípicos.

M: Conciliación de la medicación²⁴

La conciliación de medicamentos se define como el proceso formal de obtener una lista completa de los medicamentos del paciente previo a la admisión y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso, en los traslados y en el alta. Tiene como objetivo garantizar que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y adecuados a la actual situación aguda del paciente en el hospital.

El farmacéutico desempeña un papel importante en este proceso, que debe realizarse de manera rutinaria.

En el entorno de la UCI, a menudo es difícil obtener información sobre los medicamentos de preadmisión de los pacientes porque los pacientes pueden estar sedados, confundidos o incapaces de verbalizar. Debe entonces recurrirse a otros medios para poder obtener esta información a partir de familiares del

²³ del inglés “Glucose control”

²⁴ del inglés “Medication reconciliation”

paciente, el médico, los registros médicos antiguos, los registros médicos electrónicos, etc

Una cuestión importante consiste en poder identificar aquellos medicamentos que, al discontinuarse, exponen al paciente al alto riesgo de experimentar síntomas de abstinencia (ejemplo: benzodiazepinas e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

A: Antibióticos²⁵

Los pacientes ingresados en la UCI, sino tienen ya una infección, corren mayor riesgo de adquirirla durante su internación. Las actividades del farmacéutico en este caso se centran en: selección del agente antimicrobiano óptimo, en la modificación (de ser necesario) del tratamiento una vez obtenidos los resultados de los cultivos y la susceptibilidad y en la adecuación de dosis de acuerdo a la función renal o hepática, etc.

I : Indicaciones de medicación²⁶

El farmacéutico debe revisar regularmente todos los medicamentos que el paciente tiene indicado y asegurarse de que cada uno tiene una indicación adecuada.

Cualquier medicamento que ya no tenga una indicación debe suspenderse para reducir el riesgo de eventos adversos, interacciones medicamentosas, errores de medicación, y costo. El farmacéutico también debe evaluar si el paciente tiene un problema de salud sin tratar y si es necesario algún medicamento.

D: Dosificación²⁷

En los pacientes críticos, la función renal y hepática puede fluctuar con frecuencia.

²⁵ del inglés “Antibiotics or anti-infectives”

²⁶ del inglés “Indications for medications”

²⁷ del inglés “Drug dosing”

El farmacéutico está en una posición ideal para sugerir ajustes de dosis en base a parámetros clínicos, incluyendo indicadores de la función renal y hepática, pero es necesario que continuamente se reevalúe y ajuste las dosis cuando la función renal comienza a mejorar.

E : Electrolitos, hematología y otras pruebas de laboratorio²⁸

Hay que evaluar los resultados de laboratorio y ver si pueden estar relacionados con alguno de los medicamentos que se le están administrando al paciente y discutir alternativas de tratamiento con los otros miembros del equipo.

N : Ausencia de interacciones medicamentosas, alergias, duplicación o efectos secundarios²⁹

Es habitual que un paciente típico de la UCI reciba una multitud de medicamentos; esto aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas y también la existencia de duplicidades terapéuticas. Por lo tanto, es necesario evaluar las interacciones que son clínicamente relevantes, recomendar alternativas terapéuticas y suspender aquellos fármacos que son innecesarios.

Finalmente, el farmacéutico debe evaluar si el paciente experimenta regularmente efectos adversos a un medicamento.

S: Suspensión de medicamentos³⁰

El farmacéutico debe discutir la duración adecuada de los tratamientos con el equipo médico; no todos los medicamentos prescritos a un paciente tienen el propósito de continuar indefinidamente (ej: corticoides, antibióticos) ni ser suspendidos prematuramente.

Conclusiones:

El empleo de listas de verificación mejora la seguridad y la atención de pacientes y reduce los errores en la práctica médica, especialmente los errores de omisión.

²⁸ del inglés “Electrolytes, hematology, and other laboratory results”

²⁹ del inglés “No drug interactions, allergies, duplications, side effects”

³⁰ del inglés “ Stop dates”

La implementación de FAST HUG cada vez que se toma contacto con un paciente reduce la probabilidad de cometer errores mediante una técnica simple que no incrementa los costos de salud. Obviamente, no todas las partes de la mnemotécnica Fast Hug se aplicarán a todos los pacientes en todo momento. Si bien el FAST HUG no cubre todos los aspectos de la atención de cada paciente, destaca las áreas clave que todo el equipo debe considerar regularmente para cada paciente durante su estadía en la UCI. Cuenta con la ventaja que no está restringido a ningún grupo específico de pacientes.

En muchas ocasiones se ha propuesto modificar el FAST HUG original (cómo el FAST HUG BID). Si bien sería factible seguir agregando letras al FAST HUG para cubrir muchos otros aspectos a considerar en un paciente crítico, la ampliación de la nemotécnica iría en detrimento de la idea original que tuviera Vincent, que intentó simplificar los aspectos fundamentales de la atención de los pacientes críticos. Si la regla no es sencilla probablemente no sea implementada de forma sistemática, perdiendo así la esencia para lo cual fue creada.

Bibliografía:

-Aceves VED et al. Aplicación de la mnemotecnia «Calidad» para disminuir la morbilidad de pacientes. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2015;29(4):222-233.

-Martín MC et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Med Intensiva. 2008;32(1):23-32.

-Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. Crit Care Med 2005 Vol. 33, No. 6.

-Abhijit S. Nair, Vibhavari Milind Naik, and Basanth Kumar Rayan. FAST HUGS BID: Modified Mnemonic for Surgical Patient. Nair AS, Naik VM, Rayani BK. FAST HUGS BID: Modified Mnemonic for Surgical Patient. Indian J Crit Care Med. 2017;21(10):713-714.

-Sarah C Masson, Vincent H Mabasa, [...], and Jerrold L Perrott. Validity Evidence for FASTHUG-MAIDENS, a Mnemonic for Identifying Drug-Related Problems in the Intensive Care Unit. Can J Hosp Pharm. 2013; 66(4): 252.

- Mabasa VH, Malyuk DL, Weatherby EM, Chan A. A Standardized, Structured Approach to Identifying Drug-Related Problems in the Intensive Care Unit: FASTHUG-MAIDENS. *Can J Hosp Pharm.* 2011;64(5):366-9.
- Van den Berghe G et al. Intensive Insulin Therapy in Critically Ill Patients. *N Engl J Med* 2001; 345: 1359-1367.
- The NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients. *N Engl J Med* 2009; 360:1283-1297.
- The NICE-SUGAR Study Investigators. Hypoglycemia and Risk of Death in Critically Ill Patients. *N Engl J Med* 2012; 367:1108-1118.
- Cook D, Meade M, Guyatt G, et al. Clinically important deep vein thrombosis in the intensive care unit: a survey of intensivists. *Crit Care.* 2004;8(3):R145-52.
- Drakulovic MB et al. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *Lancet.* 1999 Nov 27;354(9193):1851-8.
- Mostafa S, Bhandari S, Ritchie G, Gratton N, Wenstone R. Constipation and its implications in the critically ill patient. *Br J Anaesth.* 2003 Dec;91(6):815-9