

Recomendaciones de neuromonitorización en paciente neurocrítico

Según la [Cuarta edición de las Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury](#), realizadas por la American Association of Neurological Surgeons y el Congress of Neurological Surgeons.

- Las [recomendaciones](#) de [Nivel de evidencia](#) I se basaron en un conjunto de pruebas de alta calidad.
- Las recomendaciones del [Nivel de evidencia](#) IIA se basaron en un cuerpo de moderada evidencia.
- Las recomendaciones del [Nivel de evidencia](#) IIB y III se basaron en un cuerpo de baja calidad.

Distinción entre una recomendación de nivel IIB o nivel III.

Nivel IIB: estudios de Clase 2, evidencia directa pero de baja calidad.

Nivel III: estudios de Clase 3 o Clase 2, pruebas indirectas.

[Monitorización de la presión intracraneal](#) Nivel IIB

- [Traumatismo craneoencefálico grave](#) (GCS < 9) se recomienda monitorización de ICP por reducir mortalidad intrahospitalaria y 2 semanas postinjuria.

En la 3th Edición recomendaciones no respaldadas por evidencias.

ICP debe ser monitorizada en todos los pacientes recuperables con un TCE grave(GCS 3-8 post reanimación) y un TAC anormal –.

La monitorización del ICP está indicada en pacientes con TCE grave con TC normal si presenta 2 ó más de las siguientes características :

- Edad > 40 años
- Posturas motoras unilaterales o bilaterales patológicas
- PAS < 90mmHg.

Presión de perfusión cerebral Nivel IIB

El manejo de pacientes con TCE severo la monitorización de la PPC está recomendada para disminuir la mortalidad a las 2 semanas.

Nivel avanzado de monitorización cerebral Nivel III

- Monitoreo del bulbo jugular de AVDO2 puede considerarse como fuente de información para la toma de decisiones
- Se podría considerar que reduce la mortalidad y mejora los resultados a los 3 y 6 meses después de la lesión.

Presión Tisular de O₂ (PtiO₂) Estudio clase II muestra que la hipoxia detectada por los monitores se asocia con peores resultados pero no vincula el tratamiento en respuesta a esta monitorización a mejores resultados.

6 Estudios clase III. Datos contradictorios.

Monitorización de la PRESIÓN INTRACRANEAL Las recomendaciones de Nivel II y III de la 3ª BTF no están respaldadas en la 4ª BTF. Si bien no hay evidencia disponible para apoyar una recomendación formal.

El Comité optó por volver a establecer aquí las recomendaciones de la 3ª Edición.

1. TCE severa (GCS 3-8 después de la resucitación) y TAC anormal. (TAC anormal: hematomas, contusiones, hinchazón, hernia o cisternas basales comprimidas...) 2. TCE severo con TAC normal si se observan dos o más de las siguientes características al ingreso: edad superior a 40 años, posturas motoras anormales unilaterales o bilaterales o presión arterial sistólica (PA) <90 mm Hg.

PtiO₂/SjO₂ La tendencia es ir hacia la NEUROMONITORIZACIÓN MULTIMODAL, a pesar de la poca evidencia. En aquellos centros que dispongan de unidades de cuidados intensivos especializadas se puede asociar a la PIC un sensor de presión tisular de oxígeno (PtiO₂) que nos informará sobre el estado de oxigenación cerebral. Ambas mediciones son complementarias.

Protocolo UCI/NCG

Lesión axonal difusa: Monitorización de la Presión Intracraneal

HSA HHIV/Fisher III-IV: Monitorización de la Presión Intracraneal + valorar PtiO₂.

MENINGOENCEFALITIS: PIC

TCE GRAVE (LESIONES FOCALES MÚLTIPLES): PIC + valorar PtiO₂.

CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA: PIC

From: <http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link: http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=recomendaciones_de_neuromonitorizacion_en_paciente_neurocritico

Last update: 2019/09/26 22:28

