

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 dde 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 PRESION INTRACRANEAL Las recomendaciones de Nivel II y III de la 3ath BTF no están respaldadas en la 4ath 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 MULTIPLES): PIC + valorar PtiO2.

CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA: PIC

From: <https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link: https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=recomendaciones_de_neuromonitorizacion_en_paciente_neurocritico

Last update: 2025/05/04 00:03

