

Puesta al día en Medicina Intensiva: Neurointensivismo

El paciente neurocrítico

E. MIÑAMBRES^a Y F. GUERRERO-LÓPEZ^b

^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

^bServicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Los avances tanto de las terapias como de la tecnología en el área de la Medicina Intensiva han mejorado el pronóstico de los enfermos críticos. Estos avances se han debido al mejor conocimiento de la fisiopatología, a una mejor monitorización de los enfermos y a la introducción de tratamientos más efectivos. Sin duda, una de las áreas que más ha evolucionado en los últimos años ha sido el tratamiento global del enfermo neurocrítico.

Es interesante destacar que el modelo de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que se desarrolla en nuestro país está demostrando, con evidencia científica, ser el más eficaz para el paciente crítico. Así, tras el estudio de Pronovost et al¹, que demostró que la presencia permanente de un intensivista se acompañaba de una reducción de la mortalidad en la UCI, otros autores han demostrado que la existencia de un equipo multidisciplinar en la atención del enfermo neurocrítico con la presencia *full time* de un intensivista dedicado a este tipo de enfermos disminuye tanto la mortalidad, intrahospitalaria y a largo plazo, como la estancia hospitalaria^{2,3}. De hecho, en EE.UU. los cuidados neurocríticos se han convertido en la más reciente subespecialidad de la medicina crítica, fundándose la *Neurocritical Care Society* en 2003 con el apoyo de la *Society of Critical Care Medicine*⁴.

El tratamiento del enfermo neurocrítico se ha modificado sustancialmente en la última década. Han surgido nuevas técnicas de neuromonitorización como la presión tisular de oxígeno, el índice bispectral,

la microdiálisis cerebral... que se han asociado a las técnicas tradicionales (presión intracraneal, saturación yugular de oxígeno, ecografía doppler transcraneal, etc.) con el objeto de detectar lo antes posible la isquemia que se produce en el daño cerebral secundario. La incorporación de estas tecnologías presenta como contrapartida el haber aumentando enormemente la complejidad para integrar la información disponible en estos pacientes. Aunque no se ha demostrado inequívocamente que el tratamiento guiado por estas técnicas mejore el pronóstico de estos enfermos, su uso se ha extendido rápidamente en la mayoría de las UCI.

Igualmente han surgido nuevos tratamientos, algunos discutidos y otros con unas indicaciones cada vez más consolidadas, como los fibrinolíticos en el ictus isquémico, el uso del factor VII activado recombinante para limitar el crecimiento del hematoma en las hemorragias cerebrales intraparenquimatosas, el uso de la hipotermia moderada, extremadamente controvertida en el traumatismo craneoencefálico (TCE), pero el único tratamiento efectivo para la mejora del daño cerebral tras una parada cardíaca por fibrilación ventricular.

De igual forma, los avances en otras especialidades han permitido mejorar el tratamiento del paciente neurocrítico. Así, el tratamiento endovascular en la hemorragia subaracnoidea por rotura de un aneurisma está plenamente consolidado, ofreciendo resultados superiores a la cirugía tradicional cuando ambos tratamientos son posibles⁵. Se vuelve a debatir el estudio de la craniectomía descompresiva para el tratamiento de la hipertensión endocraneal refractaria en el TCE⁶, a la espera de que los dos ensayos aleatorizados que actualmente están desarrollándose aporten más información (el estudio RESCUE en Europa y el estudio DECRA en Australia).

Todas estas novedades en el tratamiento del enfermo neurocrítico han obligado a los intensivistas a

Correspondencia: Dr. E. Miñambres.
Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Valdecilla, s/n.
39008 Santander. Cantabria. España.
Correo electrónico: eminambres@yahoo.es

Manuscrito aceptado el 25-I-2008.

adaptarse a la nueva realidad de este tipo de enfermos, que presentan una mayor complejidad y que obligan a una mayor especialización y capacitación, y donde el abordaje multidisciplinar es indispensable para la mejora de la morbimortalidad de los pacientes.

En la presente serie de artículos pretendemos realizar una puesta al día sobre diferentes aspectos del enfermo neurocrítico, tanto en su fisiopatología como en su monitorización y tratamiento. También se pretende revisar temas específicos como el estatus epiléptico, la neuropatía del enfermo crítico o el síndrome de Guillain-Barré. Es evidente que dada la heterogeneidad de la patología neurocrítica no se podrán abarcar todos los aspectos relacionados con este campo de la Medicina. Por el carácter multidisciplinar que presenta el manejo de estos pacientes hemos querido contar tanto con intensivistas como con autores de otras especialidades (neurocirujanos, neurólogos, neurorradiólogos, etc.) que expondrán su visión personal de los temas científicos abordados. Queremos expresarles a todos nuestro profundo agradecimiento por su colaboración y entusiasmo. Esperamos que esta actualización del enfermo neurocrítico cumpla el objetivo previsto de difundir, con rigor científico, los

avances en el conocimiento de esta área de la Medicina Intensiva.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremiszov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA*. 2002;288:2151-62.
2. Suárez JI. Outcome in neurocritical care: advances in monitoring and treatment and effect of a specialized neurocritical care team. *Crit Care Med*. 2006;34 Suppl 9:S232-8.
3. Varelas PN, Eastwood D, Yun HJ, Spanaki MV, Haccin Bey L, Kessaris C, et al. Impact of a neurointensivist on outcomes in patients with head trauma treated in a neurosciences intensive care unit. *J Neurosurg*. 2006;104:713-9.
4. Neurocritical Care Society Web site. Disponible en: <http://www.neurocriticalcare.org> [Consulta: 19/12/2007].
5. Van der Schaaf I, Algra A, Wermer M, Molyneux A, Clarke M, van Gijn J, et al. Endovascular coiling versus neurosurgical clipping for patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;19:CD003085.
6. Sahuquillo J, Arikian F. Decompressive craniectomy for the treatment of refractory high intracranial pressure in traumatic brain injury. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;25:CD003983.