

Nueva visión en el tratamiento del paciente neurocrítico

New perspective in the treatment of neurocritical patient

Luis Alberto Computaro¹  

¹Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. HGA “Juan A Fernández”. Buenos Aires. Argentina. Universidad “Dr. José Matías Delgado”. Facultad de Ciencias de la Salud “Dr. Luis Edmundo Vásquez”. Hospital Nacional “San Rafael”. Santa Tecla. El Salvador.

Recibido: 23 de diciembre de 2019 | **Aceptado:** 23 de diciembre de 2019 | **Publicado:** 1 de enero de 2020

Citar como: Computaro LA. Nueva visión en el tratamiento del paciente neurocrítico. Univ Med Pinareña [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 16(1): e374. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/374>

Estimados lectores:

La visión del paciente neurocrítico ha cambiado en las últimas décadas. Esto ha permitido mejores resultados en el tratamiento de los pacientes, logrando mejoras que van desde la sobrevida a la calidad-cantidad de secuelas. Desde nuestra perspectiva un conjunto de avances y cambios han propiciado estas mejoras.

Se ha logrado mejor categorización del riesgo desde el diagnóstico de la lesión neurológica mediante la disponibilidad de equipos que generan mayor número de imágenes de mejor calidad como la Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética Nuclear, Tractografía y otras.

Ha mejorado el conocimiento sobre la fisiopatología, más allá del daño primario. Conocemos mejor los mecanismos que se desencadenan en cada lesión neurológica aguda produciendo el daño secundario. Desde los distintos mecanismos inflamatorios; las alteraciones del flujo sanguíneo cerebral (FSC) debido a la pérdida de autorregulación, y su comportamiento típico temporal en cada patología en particular^(1,2), hasta los intrincados mecanismos de la apoptosis. Así también hemos generado nuevo conocimiento sobre las interrelaciones que producen impacto sistémico ante las distintas injurias neurológicas⁽³⁾

Se han desarrollado nuevas tecnologías que permiten visualizar estos fenómenos fisiopatológicos, dándonos más y mejores oportunidades de intervención terapéutica^(4,5). Entre ellos la medición de presión intracraneana (PIC) en forma directa a través de varios dispositivos disponibles o indirecta a través de medición del diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) o Döppler transcraneano (DTC); el equilibrio en la oxigenación cerebral a través del bulbo yugular, la espectrometría cercana al infrarrojo o presión tisular de O₂; las alteraciones eléctricas a través del electroencefalograma continuo; las alteraciones del metabolismo a través de la micro-diálisis cerebral.

Se ha logrado generar consensos y guías de tratamiento que nos permiten utilizar estrategias con variada evidencia, acordadas entre los distintos actores que intervienen en el paciente neurocrítico (Emergenciólogos, Neurólogos, Neurocirujanos, Intensivistas, Cardiólogos); tanto del personal médico

como paramédico (Enfermeros, Lic. en Kinesiología-Fisiatría, Lic. en Soporte Nutricional, etc.). Este aspecto nos ha permitido, más allá de mejorar los resultados; poder intercambiar información en forma más reglada y uniforme.

Pero aún queda pendiente un desafío: generar más recurso humano entrenado para el paciente neurocrítico, ya que debemos lograr que la atención se realice aplicando estas nuevas perspectivas desde su primera asistencia⁽⁶⁾.

En este número se presentan varios artículos que ofrecen conocimiento sobre el paciente neurocrítico que permitirá, desde una nueva visión; continuar mejorando la calidad en atención de nuestros pacientes, impactando en mejores resultados en una serie de enfermedades que año tras año ocupan más espacio en la preocupación de la Salud Pública en nuestros países.

Luis Alberto Computaro, MD MBA MSc FCCM FAHA
Neurovascular Neurointensivo
HGA "Juan A Fernández"
Buenos Aires, Argentina

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Contribución del autor

El autor redactó, revisó y aprobó el manuscrito y su versión final.

Financiación

El autor no recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martin NA, Patwardhan R, Alexander M, Africk C, Lee J, Shalmon E, et al. Characterization of cerebral hemodynamic phases following severe head trauma: hypoperfusion, hyperemia, and vasospasm. *J Neurosurg* [Internet]. 1997 [citado 20 Dic 2019]; 87: 9-19. Disponible en: <https://doi.org/10.3171/jns.1997.87.1.0009>
2. Gebel JM, Jauch EC, Brott TG, Khoury J, Sauerbeck L, Salisbury S, et al. Natural history of perihematoma edema in patients with hyperacute spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke* [Internet]. 2002 [citado 20 Dic 2019]; 33(11): 2631-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000035284.12699.84>
3. Mèloux A, Béjot Y, Rochette L, Cottin Y, Vergely C. Brain-Heart interactions during ischemic Processes. Clinical and experimental evidences. *Stroke* [Internet]. 2020 [citado 20 Dic 2019]; 51: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027732>

-
4. Mazzeo AT, Gupta D. Monitoring the injured brain. Journal of Neurosurgical Sciences [Internet]. 2018 [citado 20 Dic 2019]; 62(5): 549-562. Disponible en: <https://doi.org/10.23736/S0390-5616.18.04465-X>
 5. Stocchetti N, Carbonara M, Citerio G, Ercole A, Skrifvars M, Smielewski P. Severe traumatic brain injury: targeted management in the intensive care unit. Lancet Neurol [Internet]. 2017 [citado 20 Dic 2019]; 16: 452-64. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30118-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30118-7)
 6. Camputaro L, Kovac A, Scalice L, Steinhaus M. Who takes care of neurocritical patients in emergency departments? Exploration survey. J Neurol Stroke [Internet]. 2018 [citado 20 Dic 2019]; 8(4): 223–226. Disponible en: <https://doi.org/10.15406/jnsk.2018.08.00314>