



O.M.6. Monitorización Cerebral No Invasiva en el paciente Neurocrítico: Futuro. Parte I.

María José Domínguez Rivas¹, Irene Valiente Alemán¹.

1. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave

Doppler Transcraneal, TCE severo, PPC, PIC

Introducción

La monitorización no invasiva cerebral puede ser el futuro para el control de pacientes en UCIs que no dispongan de neurocirugía. Hay varios métodos que se están utilizando cada vez más, con muchos estudios publicados. En estas comunicaciones mostramos los resultados en distintos pacientes neurocríticos (parte I y parte II).

Objetivos

Estimar de forma no invasiva la presión de perfusión cerebral (PPC) y la presión intracraneal (PIC) en los primeros 5 días de ingreso de pacientes con TCE severo. (GCS \leq 8 puntos)

Material y método

Estudio observacional longitudinal. 43 pacientes con TCEs en 2 años. Datos demográficos, variables cualitativas, cuantitativas. Cuatro mediciones de Doppler transcraneal (DTC) en ambas ACMs: 24, 48, 72h y 5 días. Valores promedios de PIC, tensión arterial (TA) y PPC (PPCm = TAM-PICm). *Fórmula Czosnyka:* $PPCe = TAM \times Vd / Vm + 14$. y $PICe = TAM - PPCe$. *Análisis estadístico:* media, DS, mediana. Frecuencias absolutas y relativas, para dos puntos de cortes (≤ 5 mmHg y ≤ 10 mmHg). Correlación de Pearson. La t-Student para comparación de medias y X², test exacto de Fisher para variables categóricas. 5 mmHg y ≤ 10 mmHg). Correlación de Pearson. La t-Student para comparación de medias y X², test exacto de Fisher para variables categóricas. 10 mmHg). Correlación de Pearson. La t-Student para comparación de medias y X², test exacto de Fisher para variables categóricas.

Resultados

39 hombres (90,7%). Mecanismo TCE: 55,8% tráfico, 30,2% precipitación, y 14% atropello/agresión. TCDB: *tipo II* 44,2%, *LOE-E* 23,3%, *tipo III* 14%, *LOE-NE* 11,6% y *tipo IV* 7%. Catéter PIC: ipsilateral 53,5%, contralateral 23,3%, derecho en difusas 23,3%. PPCe Czosnyka: VF ACMs 24, 48, 72h y 5 días (Correlaciones) 24h: PPCinv/ PPCe ACM-D: 0,790. PPCinv/ PPCe ACM-I: 0,834 (p<0,01). 48h: PPCinv/ PPCe ACM-D: 0,737. PPCinv/ PPCe ACM-I: 0,738 (p<0,01). -72h: PPCinv/ PPCe ACM-D: 0,672. PPCinv/ PPCe ACM-I: 0,699 (p<0,01). -5días: PPCinv/ PPCe ACM-D: 0,577. PPCinv/ PPCe ACM-I: 0,650 (p<0,01). Estimación PIC: -24h: No correlación PICinv/ PICe -48h: No correlación PICinv/PICe -72h: PICinv/ PICe ACM-D: 0,339 (p<0,05). PICinv/ PICe ACM-I: 0,432 (p<0,01). - 5 días: PICinv / PICe ACM-D: 0,352. PICinv / PICe ACM-I: 0,436. (p<0,05).



Conclusiones

- La PPCe por DTC es válida en el control evolutivo del TCEs.
- La PICe no es válida en todos los pacientes, excepto en un grupo concreto, a partir de las 48h de ingreso, y con las características siguientes: Lesión tipo II en la TAC (13 pacientes del total de 16; 81%); No intervenidos quirúrgicamente; Vm por DTC 24-48-72 h y 5 días \leq 70 mmHg en ambas ACMs; Vd por DTC 24-48-72 h y 5 días 40-50 mmHg en ambas ACMs; y Cociente Vd/Vm 24-48-72 horas y 5 días $>$ 0,7 en ambas ACMs.