

ASOCIACION GREMIAL CRITICAL UCI GROUP

ACTA#9

Bogota, Mayo 31 de 2023

**Documento de consenso para la adaptación y adopción de “Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de trauma craneoencefálico”**

**Equipo Revisor:**

Doctor: Mario Gómez Duque - Jefe del programa de postgrado en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Director General UCI Hospital de San Jose, Hospital Infantil de San Jose, Coordinador UCI Clinica Palermo , Coodinador UCI Clinica CAFAM

Doctor: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Mario A. Villabón Gonzalez – Coordinador UCI Clínica Azul

Doctor: Edgar Beltrán Linares- Coordinador UCI Hospital San Jose Centro

Doctor: Ronald Medina Lombo – Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Daniel L. Molano Franco - Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Carlos E. Rojas Murcia - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Silvio A. Vidal Bonilla – Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Cesar Augusto Castro Salinas- Medico General- Clinica Palermo

**Metodología de la revisión:**

El documento fue enviado a los expertos junto con formato de evaluación para puntaje AGREEII. El equipo revisor consideró que la guía puede ser implementada en la unidad de cuidados intensivos con modificaciones. Se llevó a cabo discusión de los puntos y se presenta a continuación el consolidado.

**Recomendaciones:**

1. En paciente con trauma craneoencefálico severo, que requiere monitoria estricta en unidad de cuidados intensivos, se recomienda mantener en niveles fisiológicos valores de presión arterial de CO<sub>2</sub>, presión arterial de O<sub>2</sub>, temperatura, TAM y sodio sérico, manteniendo cabecera en 30°.

2. Se recomienda el uso de un bolo de solución hipertónica (manitol 0,25 – 1 mg/kg o solución salina hipertónica al 7% (2 cc/kg), a todo paciente con signos clínicos de hipertensión intracraneal, que van a ser llevado a procedimiento quirúrgico para descompresión de presión intracraneal.

3. Se recomienda indicar craniectomía descompresiva urgente en todo paciente con signos clínicos de hipertensión intracraneal, o hallazgos objetivos de hipertensión intracraneal (PIC >20 mmHg) que no responde a manejo médico (medidas mencionadas en la recomendación No. 1, drenaje de líquido cefalorraquídeo a través de catéter intraventricular).

4. Se recomienda monitoreo continuo de presión intracraneal en todo paciente con reporte de tomografía axial de cráneo con puntaje en la escala de coma de Glasgow <8 puntos, además, en pacientes mayores de 40 años, con tomografía axial de cráneo normal, hipotensión arterial y alteraciones en postura. Adicionalmente, todo paciente que tenga monitoreo de presión intracraneal, se indica monitoreo de saturación venosa del bulbo de la yugular a través de muestra tomada en catéter venoso ascendente colocado en vena yugular interna.

5. Se recomienda en pacientes quienes requieran sedación profunda utilizar medidas farmacológicas con midazolam a dosis de 0.1 – 0.3 mg/kg/hr. En caso de contraindicación para uso de benzodiazepinas, se indica como segunda opción infusión de Propofol a dosis de 1.5 a 5 mg/kg/hr.

5.1. No se recomienda administrar barbitúricos como medida de sedación en paciente con trauma craneoencefálico.