

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL REGISTRO DE PIC EN UNA UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN HOSPITALARIA (UARH)

¿Qué es la HCA?

Es una forma de hidrocefalia típica de personas mayores debido a una cantidad excesiva de Líquido Cefalorraquídeo dentro de los ventrículos del cerebro, porque no puede ser reabsorbido de manera normal. Los ventrículos se agrandan por acomodar gran volumen de líquido, que produce daño en el tejido periventricular produciendo la clínica. Su origen es desconocido, pudiendo presentarse tras accidentes de tráfico, IQ en la cabeza, Hemorragias Subaracnoideas, tumores, quistes, hematomas subdurales, meningitis y otras infecciones.

El tratamiento habitual consiste en la colocación de un sistema de derivación del LCR. Dadas las características de los pacientes y el riesgo implícito de la cirugía, es fundamental realizar un diagnóstico correcto del síndrome para detectar aquellos pacientes que pueden obtener un mayor beneficio del tratamiento.

La HCA se caracteriza por:

- Trastornos de la marcha: Es el primer síntoma en aparecer, caracterizándose por pasos cortos y arrastrando los pies, problemas para darse la vuelta o subir escaleras y caídas frecuentes.
- Alteraciones cognitivas y conductuales: Pérdida de la memoria reciente, desinterés por las actividades diarias o dificultades para llevar a cabo tareas cotidianas.
- Problemas de control de esfínteres: Urgencia miccional durante el día, e incontinencia urinaria en la noche.

El registro de PIC es la monitorización continua de la Presión Intracraneal que se realiza para confirmar o descartar la presencia de Hidrocefalia Crónica del Adulto (HCA) en los pacientes con demencia, con la finalidad de tratarlos. Actualmente, en nuestro medio es el único método diagnóstico.

¿A qué pacientes realizamos el Registro de PIC?

- 1.- Pacientes con trastornos de marcha, problemas de control de esfínteres y demencia.
- 2.- Pacientes derivados de otras especialidades: Neurología, Medicina Interna...
- 3.- Pacientes con Pseudotumor Cerebri, Malformación de Chiari I.

¿Cómo se realiza la monitorización de PIC?

Introduciendo en quirófano una sonda delgada y flexible en el medio del parénquima cerebral del lóbulo frontal derecho, a unos 5 cm de profundidad en total.

El registro de PIC tendrá una duración aproximada de 5 días, realizándose distintas pruebas y mediciones cada día.

En la monitorización continua se objetiva que los pacientes afectados del síndrome pueden presentar elevaciones transitorias o continuas de la PIC, estos episodios son más frecuentes durante las fases REM del sueño y pueden alternarse con periodos en los que la PIC media y el análisis cualitativo del registro PIC son estrictamente normales.

Es necesario que el paciente esté acompañado de un acompañante durante la monitorización nocturna, que anotará la evolución clínica, los movimientos y eventos que le ocurran al paciente, así como la hora en la que acontecen.

¿Por qué en una Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH)?

Al ser una Unidad gestionada por el personal facultativo de la misma, permite mantener reservado un Box en exclusiva para la realización de este tipo de registro, pudiendo solapar el alta de un paciente con el ingreso del siguiente, o incluso ingresar pacientes de otras especialidades en caso de "Lista de Espera 0".

Disponibilidad horaria tanto del especialista como del personal de enfermería (24h al día, 7 días a la semana), que unido a la estructura física de Boxes individuales y la existencia de aparataje exclusivo para esta unidad, permite la realización de las distintas pruebas diagnósticas a cualquier hora del día, acortado así la estancia hospitalaria de este tipo de pacientes al mínimo.

NANDA NOC NIC

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE EL INGRESO

Las distintas pruebas diagnósticas llevan un orden cronológico a lo largo de los días de ingreso del paciente. Los cuidados de enfermería se organizan de acuerdo a este orden.

DIA 1 INGRESO DEL PACIENTE

El paciente llegará a la Unidad, proporcionaremos el Protocolo de Acogida de UARH. Pesaremos, tallaremos y comprobaremos la ingesta de antiagregantes y anticoagulantes (suspendidos días previos por orden del especialista), y preoperatorio. Se avisará al Neurocirujano de la llegada del paciente a la Unidad. Se deja al paciente en ayunas desde las 24 horas.

DIA 2

Al paciente se le deja preparado en el turno de noche mediante aseo quirúrgico, retirada de prótesis, joyas... Implantación del sensor de PIC en quirófano, reintroduciendo la dieta y el tratamiento vía oral tras la vuelta de Reanimación. A las 22 horas el neurocirujano conectará el sensor de PIC al registro y el acompañante anotará las incidencias nocturnas.

DIA 3

Al desayuno se desconectará el sensor, realizándose los cuidados de aseo necesarios. El paciente es libre de moverse por la unidad dentro de sus capacidades. Previa a la comida se realizarán los Gradientes de PIC: medición de la PIC en diferentes posturas (decubito, sedestación y bipedestación) durante 30 minutos cada una. A las 22 horas se conectará de nuevo el sensor de PIC al registro. El acompañante anotará las incidencias nocturnas.

DIA 5

Tras comprobar que no ha habido incidencias durante la noche, se procede a la cura de la herida quirúrgica (zona de implantación del sensor), el neurocirujano procede a dar el alta al paciente.

DIA 4

Ayunas desde las 6 horas. Desconexión del sensor a las 9 horas y aseo. Durante la mañana se realizará el Test de Infusión Lumbar: Previa punción lumbar, se infunde Ringer Lactato midiendo los cambios de presión en el cerebro y la velocidad a la que se reabsorbe el líquido, comprobando si la PIC persiste en el tiempo o se compensa. La duración aproximada es de 45-60 min, y al terminar se extraerá el Líquido Cefalorraquídeo hasta bajar la PIC a 2-5 mmHg (dependiendo de la PIC inicial). Al finalizar el Test, el paciente permanecerá en cama 2 horas, pudiendo comer y tomar su medicación. Durante la tarde, previa confirmación de la HCA con el Test de Infusión Lumbar, se realizarán los Gradientes de Presión Abdominal: Por medio de la canalización de la Vena Femoral, se registrará la presión intraabdominal en diferentes posturas (decubito, sedestación y bipedestación) durante 30 min cada una, para de esta forma decidir qué tipo de válvula se colocará al paciente y si es posible su derivación a peritoneo. Tras estas mediciones, se procede a la retirada del sensor de PIC y la vía femoral, quedando el paciente en observación hasta el día siguiente.

La metodología NANDA/NOC/NIC nos facilita establecer diagnósticos enfermeros con el fin de marcarnos unos objetivos alcanzables, sistematizar las intervenciones necesarias por medio de un lenguaje universal para toda la comunidad enfermera

Diagnóstico NANDA	NOC	NIC
00155 Riesgo de caídas. r/c Dificultad en la marcha. r/c Disminución del estado mental.	1909 Conducta de prevención de caídas.	6490 Prevención de la caída.
00019 Incontinencia urinaria de urgencia. r/c Hiperactividad del detrusor con deterioro de la contractilidad vesical. m/p Informes de incapacidad para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida de orina.	0502 Continencia urinaria.	0600 Entrenamiento del hábito urinario.
00088 Deterioro de la deambulación. r/c Deterioro neuromuscular. m/p Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas. m/p Deterioro de la habilidad para subir escaleras.	0208 Movilidad.	0221 Terapia de ejercicios de ambulación.
00102 Déficit de autocuidado: alimentación. r/c Deterioro cognitivo. r/c Deterioro neuromuscular. m/p Incapacidad para completar una comida.	0303 Autocuidados: comer.	1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación.
00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. r/c Deterioro neuromuscular. r/c Deterioro perceptual o cognitivo. m/p Incapacidad para mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.	0302 Autocuidados: vestir. 0305 Autocuidados: higiene.	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.
00110 Déficit de autocuidado: uso del WC. r/c Deterioro cognitivo. r/c Deterioro de la movilidad. r/c Deterioro neuromuscular. m/p Incapacidad para llegar hasta el WC o el orinal.	0310 Autocuidados: uso del inodoro.	1804 Ayuda con los autocuidados: aseo.
00131 Deterioro de la memoria. r/c Trastornos neurológicos. m/p Incapacidad para recordar acontecimientos recientes. m/p Incapacidad para retener nueva información.	0908 Memoria.	4760 Entrenamiento de la memoria.

Con el alta del paciente, se procede a la preparación del box para recibir un nuevo paciente esa misma tarde.

Tras 3 años de experiencia en este tipo de procesos, se ha comprobado que se puede acortar el tiempo de ingreso solapando el día 1 con el 2, ingresando el paciente el mismo día de implantación del sensor, previa información de las horas de ayunas necesaria por parte del paciente en su domicilio.