

## ACTA SESIÓN PACIENTE NEUROCÍTICO. SESIONES DE ENFERMERIA UCI HRT

### **1- CONTROL PUPILAR.-**

- Control de pupilas ( tamaño, reactividad y simetría) horario y siempre que se detecte algun cambio en la FC, TA , patrón respiratorio o bajada del nivel de conciencia del paciente. **AVISAR AL MÉDICO ANTE CUALQUIER CAMBIO DETECTADO.**
- Tener en cuenta que determinados fármacos afectan al tamaño y reactividad pupilar (Opiaceos, Barbitúricos o colirios ciclopléjicos).

### **2- MEDIDAS GENERALES DEL PACIENTE NEUROCÍTICO CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL.-**

- **Alineación correcta de la cabeza.** Si no mantenemos la cabeza bien alineada estamos impidiendo el retorno venoso a través de la yugular. Por el mismo motivo evitar que la cinta del TET o traqueostoma comprima la yugular.
- **Cama incorporada a 30 – 40°.**
- **Control estricto de la glucemia.** La hiperglucemia se asocia a un aumento de la tasa de mortalidad en el Traumatismo craneoencefalico.
- **Normotermia.** La fiebre aumenta el consumo de oxígeno.
- **Sedación y analgesia correcta.** La sedación reduce el consumo de oxígeno. Monitorizar la sedoanalgesia con el uso de las escalas validadas ESCID y RASS.
- **Evitar hipoxemia.** No realizar aspiraciones innecesarias.
- **Monitorización de la PCO2.** Evitar hiperventilación mantenida, esta aumenta la PIC.

### **3. MANEJO DE LOS DRENAJES VENTRICULARES.-**

- Manipulación de los DVE en las máximas **condiciones de asepsia** (Guantes y campos estériles) siempre que vayamos a acceder a cualquier punto de acceso para obtener muestras y/o administrar medicación intratecal. La complicación mas frecuente en el uso de este tipo de drenaje es la infección.
- Uso de toallitas de alcohol isopropílico para manipular llaves a la hora de medir la PIV o medir el débito del reservorio.
- Cubrir con gasas y clorhexidina todos los puntos de acceso al sistema.
- Para una medición correcta de la PIV, se debe cerrar el sistema hacia el reservorio para obtener el valor real.
- El reservorio de LCR se medira cada hora y se vaciara éste, independientemente de la cantidad acumulada. Asi nos aseguramos de que el débito es el correcto y pautado por el médico.
- Anotar las características del líquido, cantidad y modificaciones de altura en la gráfica. color del LCR (rojo: hemático; verde: xantocrómico; azul o negro: claro y transparente).
- Cuando el paciente tiene que trasladarse a alguna prueba diagnóstica o quirófano, el DVE debe cerrarse y se vaciara el contenido del reservorio previamente. Con esto evitamos que

se moje el filtro que esta en la parte superior del reservorio, Si este se moja deja de drenar y hay que recambiar el sistema.

- Siempre que el paciente cambie de posición hay que reajustar el cero a la altura del CAE.
- Para vaciar el reservorio de LCR se cerrara previamente al paciente para evitar el efecto sifón y provocar un colapso del ventriculo.
- En caso de obstrucción del sistema , avisar al médico. NUNCA ASPIRAR NI INFUNDIR SUERO SIN CONSULTAR.
- Las bolsas recolectoras se cambian antes de que se llenen mas de  $\frac{3}{4}$  partes de su capacidad.
- Vigilar que una vez colocado el drenaje estén todos los clamps abiertos.
- Tener en cuenta cuando aspiremos secreciones al paciente cerrar el DVE, ya que por efecto vasalva con la tos puede drenar gran cantidad de LCR y provocar un colapso del ventriculo.

#### **4. SENSOR INTRAPARENQUIMATOSO.-**

El material necesario para la colocación del sensor y los monitores son fungibles de nuestra unidad independientemente de si se coloca en la unidad o en quirófano, por tanto debemos conocer su ubicación y material necesario.

Sala de aparataje:

- Monitor Camino
- Monitor de Pti02
- Sensor de oxigeno. ( Necesita estar en nevera).

Armarios de cada unidad o en su defecto en el almacén Kanban.:

- Tornillo
- Sensor de PIC
- Sensor de temperatura.

La colocación del sensor intraparenquimatos en UCI la realiza el neurocirujano y el personal de quirófano de neurocirugia de urgencias en horario de tarde y noche. En horario de mañana somos nosotros los que tenemos que colaborar en la insercción. Por lo tanto el enfermero y el TCAE del paciente deben estar presentes para la inserccion del sensor.

- Previo a la insercción del sensor de PIC hay que realizar el cero a presión atmosférica. El neurocirujano pedira nuestra colaboración.
- Una vez insertado el sensor de pTi02, en el set hay una tarjeta que sirve para calibrar el monitor de pti02. TENER PRECAUCION DE NO TIRAR A LA HORA DE ABRIR EL SET.
- Los valores de pTi02 necesitan un tiempo para estabilizarse y que puedan considerarse significativos. Este periodo conocido como RUN TIME suele durar entre 1 y 2h.

- Manipular cuidadosamente los cables de sensores intrarenquimatosos, no doblarlos, son de fibra óptica y pueden romperse.
- Fijar sensores (de T<sup>a</sup> y PTIO<sub>2</sub> a frente y hombro del paciente con esparadrapo, para evitar salidas accidentales durante manipulaciones y para los traslados).
- Manipular con extremo cuidado las conexiones de cables verdes y azules de temperatura y oxígeno, tanto en la conexión con sensores correspondientes como con los monitores. Tienen un punto rojo o flechas negras, tanto clavija del cable como el monitor y deben encajar para así conectarlos. NO FORZAR, PUES ROMPEMOS LAS CLAVIJAS INTERNAS Y SE ESTROPEAN LOS CABLES. Para retirarlos, las muescas que tienen los extremos de los cables se empujan hacia fuera con cuidado.

#### - OBJETIVOS DE NEUROMONITORIZACION

- PIC < 20

- PTIO<sub>2</sub> > 20

- PPC > 65