



DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA EN PATOLOGÍA CEREBRAL.

D^a. María del Carmen Ramón Monteagudo
D^a. Consuelo Fernández Moltó.
D^a. Mercedes Nadal Barbería.
D^a. Pilar García Domingo
D^a. Irene Oto Puyuelo.

**Hospital Universitario Miguel Servet.
Zaragoza.**

HIDROCEFALIA. INTRODUCCIÓN

Se define HIDROCEFALIA como la dilatación de los ventrículos, con acúmulo de LCR en su interior, causado por un desequilibrio entre la formación, circulación y reabsorción del LCR.

Esto conduce a un aumento de la presión del LCR con la consiguiente alteración del sistema ventricular, factores que contribuyen al aumento de la presión intracraneal (PIC).

Las entidades patológicas capaces de provocar HIDROCEFALIA son muy diversas:

- COMPRESIVAS (tumores, quistes, hematomas)
- MALFORMACIONES CONGÉNITAS (Arnold- Chiari, atresias cerebrales y ventriculares)
- ADQUIRIDAS (infecciones, parasitosis, atrofias)
- OBSTRUCTIVAS (estenosis ó insuficiencia de parte del sistema ventricular)
- ARREABSORTIVAS (limitan ó impiden el ciclo del LCR producción/reabsorción)

FISIOPATOLOGÍA

El sistema ventricular está formado por cuatro cavidades comunicadas entre sí: 2 ventrículos laterales en cuyos plexos coroideos es segregado el LCR, comunicados por el agujero de Monro con el III ventrículo (situado en la línea media), comunicado a su vez con el IV ventrículo a través del acueducto de Silvio.

En los ángulos externos del IV ventrículo se encuentran los agujeros de Luschka y Magendie que ponen en comunicación el sistema ventricular con el espacio subaracnoideo de las cisternas magna y peripontina.



XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS.
"NEUROENFERMÍA ANTE
LA PATOLOGÍA TUMORAL Y DEGENERATIVA"



Existen dos clases de Hidrocefalia: comunicantes y no comunicantes pudiendo estar dilatados uno ó varios ventrículos pero no todos.

- Hidrocefalia comunicante (arreabsortiva)
- Hidrocefalia no comunicante (obstructiva)
- Fístulas de LCR
 - Traumáticas
 - Espontáneas
 - Quirúrgicas

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Constituye una herramienta diagnóstica y terapéutica muy importante debido a que permite la monitorización de la presión intracraneal (PIC), siendo al mismo tiempo una opción terapéutica en casos de hipertensión intracraneal (HIC), hidrocefalias y hemorragias intraventriculares al permitir el drenaje de LCR.

INDICACIONES

Son fundamentalmente tres.

Monitorización de la PIC

Drenaje de LCR para tratamiento de la HIC ó hidrocefalia ó ambas.

Administración intraventricularl de fármacos como medidas terapéuticas específicas.

OBJETIVO : CONTROL DE LA HIDROCEFALIA

Consiste en la colocación de un catéter en el asta frontal del ventrículo lateral.

En caso de catéteres para control de la Hidrocefalia de distintos orígenes, deben ser dejados abiertos de forma permanente, drenando contra una presión que deberá preestablecerse y que se irá ajustando según el tamaño ventricular dado por la TAC seriada y la situación clínica del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE DVE

Sistema cerrado, hermético, con gotero y receptáculo no colapsable.

Toma de aire con filtro antibacteriano.

Válvula antirreflujo en la línea pre-receptáculo.

Llave de tres vías.

Prolongaciones laterales de la línea con tapón de goma para infusión de medicamentos y extracción de LCR para muestras, reduciéndose así al mínimo la presencia y manipulación de llaves de tres vías en el circuito.



XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS.
"NEUROENFERMÍA ANTE
LA PATOLOGÍA TUMORAL Y DEGENERATIVA"



Clips plásticos incorporados en la línea para cierre transitorio de la misma.
Mini colector proximal de material no colapsable, graduado y con llave de paso.
Bolsa colectora.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Manipular el sistema lo menos posible.

Altura de la cabecera del paciente entre 30° - 35° salvo contraindicación.

Sistema a 0 : tomando como referencia el CAE (anatómicamente coincide con el Agujero de Monro y los ventrículos laterales).

La altura del sector proximal de la cámara rígida de recolección estará determinada por criterio médico.

La bolsa de recogida debe estar por debajo del nivel del paciente y colgada de algún soporte y no apoyada en ninguna superficie.

Curar el punto de inserción cada 24 horas y siempre que el apósito esté manchado ó despegado.

Vigilar el color y aspecto del LCR (hemorrágico, xantocrómico, agua de roca) en cada turno y durante la duración del procedimiento.

Vigilar la cámara de goteo realizando el vaciado de ésta y registrando el débito, aspecto y color del LCR una vez por turno.

El drenaje debe permanecer abierto continuo excepto por orden médica.

Control neurológico por turno.

Tras la movilización ó cambio de posición del paciente (aseo, comida), se volverá a hacer el 0 y a comprobar la altura del drenaje según órdenes médicas.

Cerrar el sistema cuando el paciente vaya a realizarse alguna prueba (TAC, RMN, etc)

Recogida de muestras de LCR para Bioquímica y Cultivo cada 48 horas.

Cobertura antibiótica según órdenes médicas.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS :

- 1º.- Déficit de autocuidado.
- 2º.- Nivel de dolor.
- 3º.- Riesgo de infección (herida quirúrgica y LCR).
- 4º.- Riesgo de la motilidad gastrointestinal disfuncional.

RESULTADOS / OBJETIVOS :

- 1º.- Mantener al paciente limpio y aseado.
- 2º.- Contribuir a aminorar el dolor
- 3º.- Prevenir y detectar los signos de infección.
- 4º.- Contribuir a aminorar los efectos del estreñimiento.



XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS.
"NEUROENFERMÍA ANTE
LA PATOLOGÍA TUMORAL Y DEGENERATIVA"



INTERACCIONES / ACTIVIDADES

Ayuda con los autocuidados : higiene :

Proporcionar ayuda al enfermo hasta que sea capaz de asumir sus necesidades.

Vigilar y cuidar la piel.

Proteger zonas prominentes.

Manejo del dolor :

Vigilar actitudes del enfermo.

Administrar la analgesia prescrita.

Valorar la eficacia del tratamiento analgésico.

Cuidados de la herida quirúrgica y drenaje ventricular externo :

Aplicar protocolo de herida quirúrgica : vigilar y observar el tejido circundante y el aspecto del LCR.

Manejo del estreñimiento:

Vigilar la aparición de signos (incomodidad, timpanismo).

Vigilar la existencia del peristaltismo.

Administración de laxantes según orden médica.

Evaluar la efectividad del tratamiento.

CONCLUSIONES

Manipular el sistema lo menos posible.

Es importante que todo el personal sanitario de la planta esté familiarizado con el cuidado y manejo de éstos drenajes.

Ofrecer unos buenos cuidados es responsabilidad directa de la enfermera para identificar y evaluar problemas.

Procurar que el paciente, dentro de las limitaciones que su patología y el DVE exigen, esté lo más cómodo y sea lo más autónomo posible.