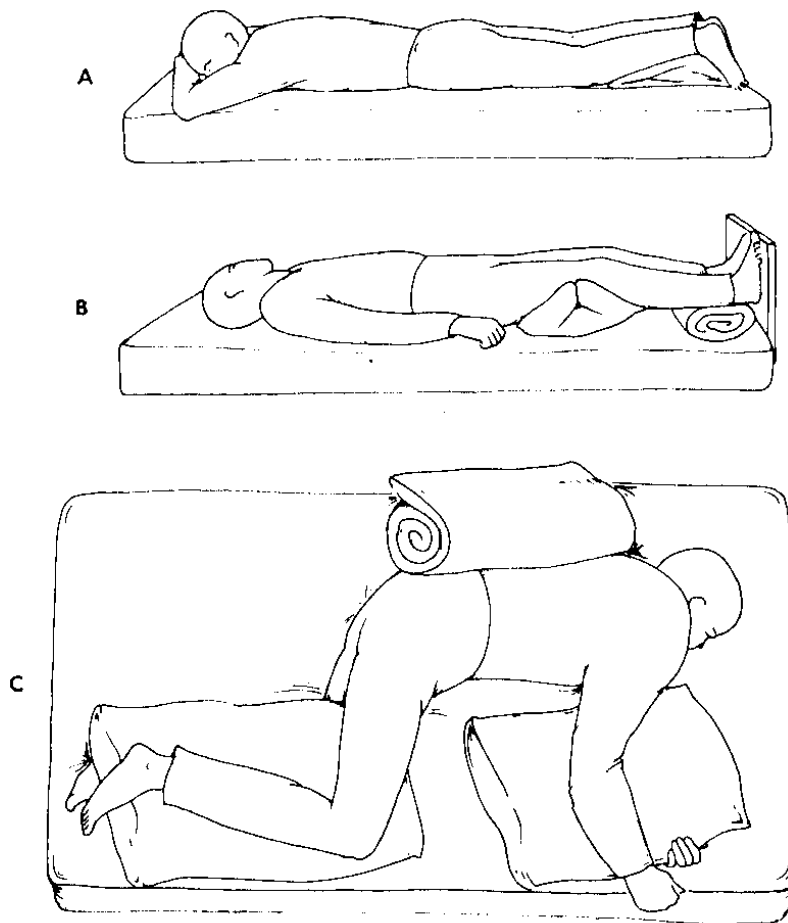




<http://www.elpracticante.galeon.com/>

## *Cuidados de enfermería en el paciente en coma*

Bruno Longo Rubio



*Posturas para mantener la correcta alineación corporal*

*A- Decúbito prono.*

*B- Decúbito supino*

*C- Decúbito lateral*

# COMA

Es un estado de ausencia de respuestas motoras o verbales al entorno externo o a cualquier estímulo como el dolor profundo o la aspiración. El paciente no despierta con ningún estímulo.

## ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA

### *DEFINICIÓN*

La consciencia es un estado de percepción de uno mismo, del entorno que nos rodea. El óptimo nivel de consciencia significa que el individuo responde adecuadamente a los estímulos. La alteración del nivel de consciencia significa un decremento tanto en la percepción como en las respuestas.

### *ETIOLOGÍA*

Los factores etiológicos que pueden alterar la vigilia pueden ser metabólicos, estructurales o psicológicos, y se clasifican según los factores etiológicos. Si las causas son estructurales se clasifican en función de la localización de la lesión: supratentoriales, subtentoriales, parenquimatosos, extradurales y subdurales.

### *FISIOPATOLOGÍA*

La vigilia está mediada por centros troncoencefálicos del sistema activador reticular ascendente (SARA). El nivel de consciencia puede reducirse por una disminución del metabolismo cerebral o por una reducción del flujo sanguíneo cerebral.

Las anomalías en el SNC pueden destruir directamente la formación reticular diencefálica-mesencefálica-pontina, así como sus vías correspondientes, o destruir directa o indirectamente estas estructuras por compresión.

### *MANIFESTACIONES CLÍNICAS*

Los cambios en el nivel de consciencia, las pautas respiratorias, las respuestas pupilares, los reflejos y la posición oculares, y las respuestas motoras, pueden servir como referencia para localizar la lesión cerebral y su extensión.

#### *Nivel de consciencia*

El nivel de consciencia es el índice más importante de disfunción del SNC. Los cambios del nivel de consciencia pueden indicar un deterioro o mejoría clínica.

Con la **confusión** se pierde la capacidad de pensar, se altera el raciocinio y la capacidad de tomar decisiones.

La **desorientación** es una disfunción de la memoria, y en primer lugar aparece desorientación temporal, después espacial, y finalmente desorientación personal.

La **letargia** indica una disfunción más grave de los hemisferios cerebrales y se manifiesta por una limitación del habla y de los movimientos espontáneos. Es fácil despertar al paciente hablándole y tocándole. Una vez despierto el paciente puede estar orientado o no. Suele ser de etiología metabólica, como la fiebre elevada.

La **obnubilación** consiste en la pérdida leve o moderada de la capacidad para despertar, con una capacidad limitada para responder al entorno. El paciente se queda dormido, a no ser que se le estimule verbal o táctilmente. Cuando se le despierta responde mínimamente a preguntas. Por ejemplo, se queda dormido cuando se le está bañando.

El **estupor** es una situación de sueño profundo o ausencia de respuesta. Cuesta despertar al paciente, que puede manifestar únicamente una retirada motora o una prensión limitada.

El **coma** es una ausencia de respuestas motoras o verbales al entorno externo o a cualquier estímulo como el dolor profundo o la aspiración. El paciente no despierta con ningún estímulo.

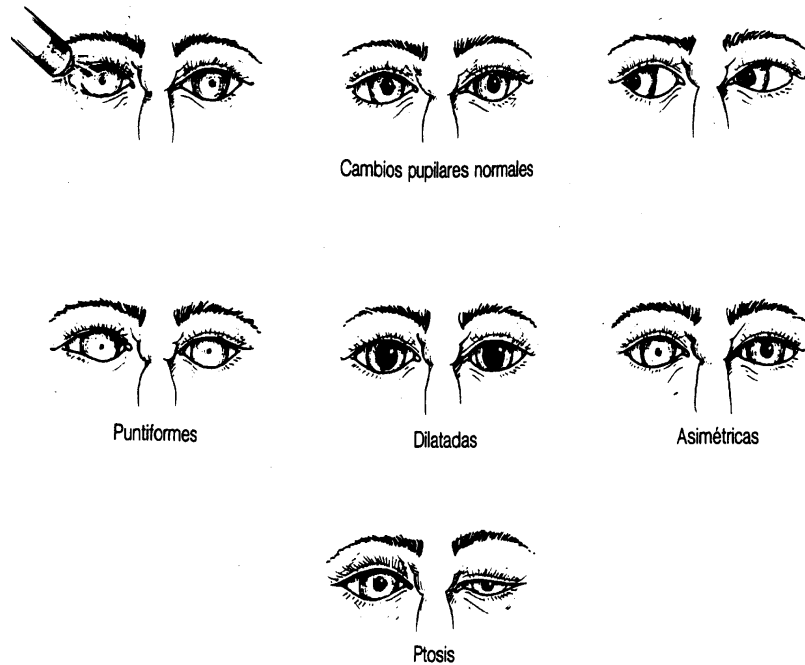
## ***Patrones respiratorios***

La frecuencia, el ritmo y el patrón respiratorio son importantes indicadores del grado de disfunción cerebral:

<b><i>Respiración</i></b>	<b><i>Descripción</i></b>	<b><i>Localización de la lesión</i></b>
<b><i>PATRONES RESPIRATORIOS HEMISFÉRICOS</i></b>		
<i>Apnea Posthiperventilación (APHV)</i>	<i>Las respiraciones cesan una vez que la hiperventilación ha hecho descender la PCO<sub>2</sub> por debajo de lo normal</i>	<i>Por alteraciones bilaterales difusas, metabólicas o estructurales del cerebro.</i>
<i>Respiración de Cheyne-Stokes (RCS)</i>	<i>El patrón respiratoria aparece con un suave incremento en frecuencia y profundidad, hasta que llega a la hiperventilación, descendiendo después suavemente hasta llegar a la apnea, momento en el que se reanuda el ciclo. La hipernea dura más que la apnea.</i>	<i>Existe una disfunción bilateral de estructuras diencefálicas o cerebrales profundas.</i>
<b><i>PATRONES RESPIRATORIOS TRONCOENCEFÁLICOS</i></b>		
<i>Hiperventilación neurógena central. (HCN)</i>	<i>Patrón hiperneico, rápido, profundo y regular, con el consiguiente aumento de la PO<sub>2</sub></i>	<i>Se observa tras aumento de la PIC o TCE, y se debe a una lesión en mesencéfalo o puente superior.</i>
<i>Apneusia</i>	<i>Hay una pausa en la inspiración profunda, o bien al final de ella de 2-3 seg.; Otra variante es una pausa al final de la espiración.</i>	<i>Generalmente asociado a un infarto pontino con lesión del centro que controla la respiración.</i>
<i>Respiración arracimada</i>	<i>Un grupo de respiraciones con secuencia desordenada y con pausas irregulares entre ellas.</i>	<i>Disfunción en las zonas pontina inferior y bulbar superior.</i>
<i>Respiración atáxica</i>	<i>Respiración totalmente irregular, con inspiraciones profundas y superficiales aleatorias y pausas irregulares.</i>	<i>Por disfunción primaria de las neuronas bulbares que controlan la respiración.</i>
<i>Respiración jadeante</i>	<i>Respiraciones profundas de “todo o nada”, con una frecuencia reducida.</i>	<i>Indica fallo en el centro respiratorio bulbar.</i>

## ***Cambios pupilares***

Las zonas que controlan los centros de vigilia en el tronco, anatómicamente están muy próximas a las que controlan las pupilas. Los cambios pupilares son de gran importancia en la valoración del grado de disfunción troncoencefálica.



## ***Respuestas oculomotoras***

Centros cerebrales superiores y troncoencefálicos controlan la posición de los ojos y as respuestas oculomotoras. Por ejemplo, movimientos erráticos; En el caso en el que la lesión deprime los centros corticales que controlan la mirada, ésta y a menudo toda la cabeza parecen mirar o se desvían el lado del hemisferio lesionado. Si el paciente queda con la mirada hacia el frente independientemente de la posición de la cabeza, hay una lesión en los centros frontales de la mirada, y a esto se llama “ojos de muñeca”.

En caso de disfunción pontina, se pierde el parpadeo espontáneo.

## ***Respuestas motoras***

La disfunción cerebral y el hemisferio afectado, pueden ser detectados por las respuestas motoras:

La **decorticación**, o rigidez de decorticación, es una respuesta motora anormal que aparece cuando la disfunción es fundamentalmente cortical, y hemisférica menos grave. El paciente flexiona progresivamente el brazo, la muñeca y los dedos con aducción de la extremidad superior. En la extremidad inferior se observa una extensión con rotación interna de la cadera, y flexión plantar.

La **descerebración**, o respuesta extensora de las extremidades superiores e inferiores, se debe a lesiones graves hemisféricas; Se desarrolla la rigidez de descerebración, con hiperextensión del cuello, compresión de los dientes. En las extremidades superiores aparece extensión, aducción e hiperpronación. En las extremidades inferiores, aparece extensión.

El **paciente con disfunción pontina** aparece con extensión de las extremidades superiores y flexión en las inferiores.

La **lesión pontina inferior y mesencefálica superior**, aparece en el paciente manifiesta en una extrema flaccidez con escasa o nula respuesta motora a estímulos.

## ***DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA***

Podemos considerar que hay muchas alteraciones que acompañan al diagnóstico primario de “alteración del nivel de conciencia”, y entre otros muchos, los más significativos serían los siguientes:

- Patrón respiratorio ineficaz por coma.
- Patrón respiratorio ineficaz por coma profundo
- Disminución del gasto cardíaco por lesión / disfunción troncoencefálica.
- Elevado riesgo de alteración de la temperatura por lesión hipotalámica.
- Disminución de la movilidad física por pérdida de conciencia
- Déficit de autocuidado relacionado con merma de conciencia
- Alteración de la nutrición: inferior a las necesidades corporales, relacionado con la merma de conciencia.
- Incontinencia urinaria por pérdida de inhibición del reflejo miccional.
- Incontinencia intestinal por pérdida de inhibición del reflejo de evacuación intestinal, elevado riesgo de estreñimiento por inmovilidad; y elevado riesgo de diarrea por nutrición a través de sonda.
- Riesgo de deterioro de la integridad de la piel por inmovilidad y/ o por nutrición inadecuada.
- Elevado riesgo de alteraciones a nivel tisular por falta de autocuidado en el caso de la mucosa oral y nasal; Y en la cornea por falta del reflejo del parpadeo.

## ***PLANIFICACIÓN***

Los criterios pronósticos a esperar en el paciente en coma son:

- Oxigenación suficiente con un patrón respiratorio eficaz, comprobable por los sonidos respiratorios; y por una pO<sub>2</sub> normal.
- Vías respiratorias permeables, comprobable también por los sonidos respiratorios.
- Gasto cardíaco normal, confirmado por pulso y PA normales, así como por pulsos periféricos presentes, extremidades calientes y gasto urinario adecuado.
- Temperatura corporal normal o prescrita.
- Ausencia de lesiones.
- Mantenimiento de una alineación anatómica correcta y de movilidad articular completa. Ausencia de edemas y de contracturas.
- Necesidades de autocuidado satisfechas, confirmadas por el aspecto general, por la limpieza y por el estado de oídos, boca, pies, y mucosa nasal.
- Mantenimiento de una nutrición adecuada, comprobable por el peso normal, proteínas séricas normales y balance nitrogenado positivo.
- Cumplimiento de las necesidades de higiene y aseo.
- Integridad de la piel, manifiesta en la ausencia de deshidratación de la piel, de eritemas, de infecciones y de escaras. O bien manifiesta en cicatrización satisfactoria.

En cuanto a la familia, los objetivos de enfermería se encaminarán a promover conductas adaptativas y un afrontamiento eficaz. Para ello promoveremos que exista un gran contacto entre la familia y el paciente, apoyándoles y enseñándoles como se realizan

los cuidados a estos pacientes. Hemos de pensar que en última instancia, será la familia la que se encargue del cuidado del paciente al alta, por lo que es imprescindible que no se les niegue la información, pues es clave en la comprensión del problema y en el afrontamiento.

Por otra parte, durante el ingreso hemos de promover la participación de la familia en el cuidado del paciente, de este modo no se encontrarán desprovistos de conocimientos y de habilidades para el cuidado serán menos reticentes a asumirlos.

## ***PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

*En el tratamiento y cuidado del paciente implicaremos a la familia, puesto que una vez estabilizado, se le dará el alta. Por otra parte, son estos momentos en los que estamos enseñando a la familia los que aprovecharemos para establecer un clima de diálogo y cooperación, puesto que la situación modifica importantemente la vida familiar y puede ser un fuerte estresor. También será en estos momentos, cuando estableceremos una comunicación abierta que resuelva las dudas de la familia, y les dé una visión realista y bien informada, que ayude a asumir la situación y a afrontarla eficazmente.*

### ***1- RESPIRACIÓN***

**Diagnóstico:** Patrón respiratorio ineficaz por coma profundo.

La isquemia de los tejidos cerebrales puede provocar un aumento de la resistencia vascular pulmonar, que da lugar a un Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto (SDRA).

**Diagnóstico:** Potencial deterioro del intercambio gaseoso por atelectasia y/o broncoaspiraciones.

La inmovilidad y la aspiración, alteran aun más el intercambio gaseoso.

*Estos son los problemas con los que nos podemos encontrar en un paciente en coma profundo, pero a este paciente, que en ocasiones viene a planta remitido desde UCI, lo podemos encontrar de diferentes maneras:*

#### **PACIENTE CON TUBO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMÍA:**

Una persona que viene a planta en estas condiciones, ha estado conectada a respirador artificial y se le ha independizado completamente de él tras la fase de “destete”; para ello el facultativo ha considerado que:

- Tiene fuerza muscular suficiente y una vía artificial permeable.
- No tiene arritmias cardíacas graves, ni necesita fármacos vasopresores en grandes dosis.
- La auscultación y la RX muestran que tiene los pulmones razonablemente limpios.
- La gasometría arterial demuestra que la PO<sub>2</sub> > 60 mm hg y el paciente recibe < de 60% de O<sub>2</sub>.
- Puede toser eficazmente para eliminar secreciones.
- Puede generar una fuerza inspiratoria razonable a razón de su enfermedad.

En este caso, nos encontraremos con un paciente con traqueostomía, tubo endotraqueal y administración de oxígeno en “T”.

**Actividades:** El tubo endotraqueal no se cambiará. Hace unos años se recomendaba la

sustitución periódica para evitar obturaciones con tapones de moco y decúbitos secundarios al balón de fijación endotraqueal. Actualmente, mejoras técnicas en la humidificación, tubos de baja presión y válvulas reservorio que regulan la presión del globo, hacen desaconsejables las sustituciones. La manipulación y la intubación son una técnica de riesgo.

Hemos de prevenir las infecciones nosocomiales.

- Detectar y comunicar patrones respiratorios ineficaces.
- Elevar la cabecera de la cama, pero no más de 30°, pues la alteración del patrón respiratorio se acompaña de aumento de la PIC y no es recomendable una elevación mayor.
- Colocar al paciente para permitir la máxima ventilación.
- Movilizar el tubo endotraqueal cada 24 h., vigilando que el tubo no obstruya el bronquio principal derecho, para lo que observaremos que no haya una disminución significativa de los sonidos respiratorios, y que no estén ausentes en el pulmón derecho (mediante auscultación). Valoraremos que exista una expansión torácica simétrica. En caso de sospechar que el tubo endotraqueal está ubicado en el bronquio principal derecho, lo retiraremos un poco, volviendo a valorar los parámetros anteriores.
- Si sospechamos que existe un acodamiento del tubo, que constataremos porque hay una obstrucción durante la aspiración y el paciente aparece con distrés respiratorio y cianosis; retiraremos el tubo endotraqueal y lo cortaremos si es necesario.
- Si el paciente precisa, **ASPIRAREMOS** una vez por turno (cada 8 h.), indicado especialmente cuando las secreciones son espesas y la tos ineficaz:
  1. Procuraremos que sea un procedimiento estéril
  2. Que el catéter de aspiración sea  $\frac{1}{2}$  del diámetro del tubo endotraqueal, pues el tamaño correcto para minimizar el trauma.
  3. Hipeoxigenar al paciente antes y después de la aspiración:
  4. La succión no se efectuará durante la introducción del catéter, sino al retirarlo, y se hará con giros suaves de éste.
  5. Que las aspiraciones no superen los 15 segundos.
  6. Tras cada aspiración, purgar el catéter con suero fisiológico.
  7. Aspirar a intervalos suficientes como para permitir la reoxigenación del paciente.
  8. Si sospechamos la existencia de tapones mucosos, previo a la aspiración, instilaremos f/s, que facilitará el reblandecimiento del tapón.
  9. El cambio de catéter de aspiración con el resto del circuito será cada 24-48 h.. El colector de secreciones se limpiará o sustituirá cada 8h.
- No manipulemos los equipos de administración de oxígeno en “T”; sólo cuando estén sucios por las secreciones y cada 24 h.; Los lavaremos con agua caliente y jabón.
- Antes de aplicar el equipo de apoyo al paciente, comprobaremos el correcto funcionamiento de las tomas de O<sub>2</sub> de pared, especialmente que no haya fugas. También comprobaremos el correcto funcionamiento de caudalímetros y la credibilidad de la presión marcada por los manorreductores.
- Cada 24 h y siempre que el nivel descienda por debajo del recomendado, los caudalímetros deben limpiarse con agua y jabón y rellenarse hasta el nivel recomendado con agua bidestilada.

- La herida de traqueostomía debe curarse y limpiarse cada 24 h. Con una solución estéril al 50% de peróxido de oxígeno y suero fisiológico.

Lo antes posible, se cambiará el tubo endotraqueal por una cánula de traqueostomía de Shiley.

### **PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA Y CÁNULA DE SHILEY.**

Una vez el otorrinolaringólogo haya prescrito y sustituido el tubo endotraqueal por una cánula de Shiley, si su PO2 lo aconseja, el facultativo prescribirá la sustitución del tubo en “T”, por una mascarilla Venturi a un determinado volumen en litros de O2 por minuto y una saturación en % concreto.

#### **Actividades:**

- Las cánulas no se sustituirán sino cada 5-7 días, y para ello tendremos previamente preparado todo el material que precisemos para el cambio antes de la extracción: cánula nueva, jeringuilla, etc...
- La camisa debe lavarse cada 8 h., con agua caliente y jabón y con la ayuda de un cepillo para retirar los restos de secreciones en la cara interna. Posteriormente se sumergirá en una solución esporicida durante 20 minutos (esterilización química). Antes de su colocación, se aclarará abundantemente con agua bidestilada.
- Vigilaremos que el balón este poco hinchado o roto, cosa que constataremos por la fuga significativa de aire a través des estoma, la nariz o la boca. En cada caso procederemos según convenga.
- Podremos sospechar una fistula traqueoesogógica siempre que el paciente tosa cuando se le alimente, cuando al aspirar las vías aéreas observemos restos alimenticios, y actuaremos según prescripción facultativa.
- En caso de precisar aspiración procederemos como anteriormente hemos descrito, pero previamente habremos retirado la camisa.
- La grasa y el sudor cutáneo pueden opacificar el plástico de las mascarillas, que está en contacto con la piel. Para limpiarlo, es recomendable utilizar gasas impregnadas con alcohol. Podemos desecharlas y cambiarlas por nuevas, cosa que debemos hacer al menos cada vez que sustituyamos las cánulas de shiley.
- Con el resto de equipo de apoyo, procederemos como ya hemos descrito.

En el menor tiempo posible y por prescripción del ORL, se cambiará la cánula de Shiley por una cánula de Plata, puesto que es mayor su biocompatibilidad y tolerancia.

### **PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA RECIENTE Y CÁNULA DE SHILEY**

Puede ocurrir que al paciente se le realice una traqueostomía durante su estancia en planta.

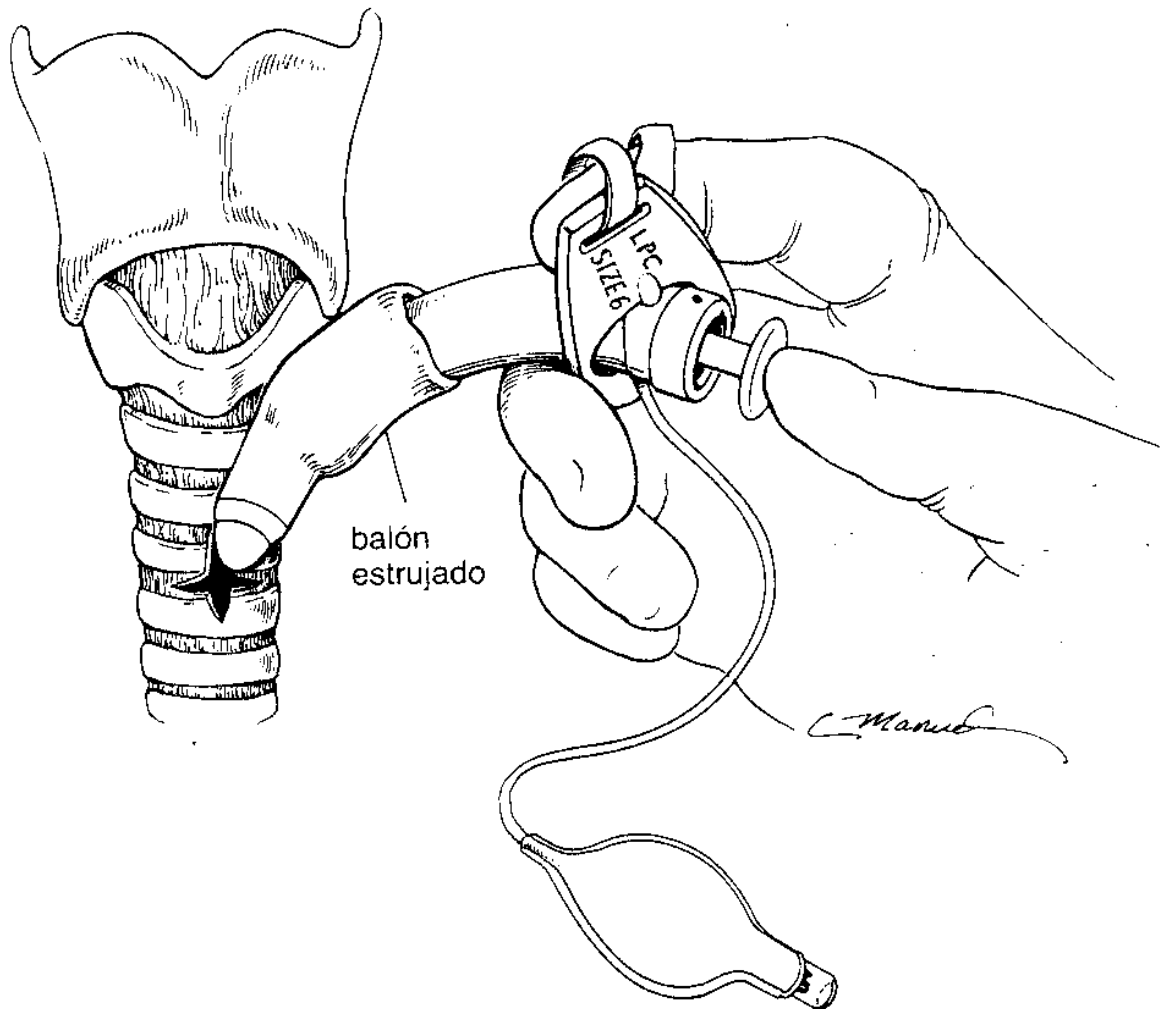
#### **Actividades:**

- No movilizar al paciente excesivamente durante las primeras 48 h., para así evitar hemorragias endotraqueales.
- No cambiar la cánula las primeras 48 h.
- Reducir las aspiraciones al mínimo las aspiraciones
- En caso de infección del orificio de traqueostomía, la cánula debe cambiarse cada 24 h, manteniendo una limpieza de la zona frecuente.

## CÁNULA DE PLATA

Actuaremos como en los casos anteriores, solo que la cánula de plata se cambia completa cada 24 h., y la camisa se limpia como hemos descrito anteriormente cada 8 h, si el paciente precisa.

Si sus controles gasométricos y su estado general lo indican, se comenzará con la rehabilitación de la respiración vía oral según prescripción facultativa. Para ello taponaremos la traqueostomía a intervalos de tiempo prescritos por el facultativo, vigilando la respuesta y tolerancia del paciente. Si es tolerado el taponamiento, finalmente se retirará la cánula de plata y la traqueostomía se cerrará cicatrizando por 2ª intención.



*Cánula de Shiley*

## **2- NUTRICIÓN**

**Diagnóstico:** necesidad de nutrición menores que las necesidades corporales, relacionado con el coma.

**Actividades:** A menudo, los pacientes en coma vemos como van perdiendo peso y en los valores analíticos aparecen desnutridos; Esto es en parte debido a infecciones, encamamientos y al proceso de tolerancia y adaptación a la nutrición preparada.

- Detectar y comunicar los cambios en los parámetros de miden el estado nutricional.
- Si la nutrición es enteral, seguir protocolos de cuidados de SNG o gastrostomía.
- Empezar tolerancia a NE paulatinamente y según prescripción facultativa.
- Añadir un volumen mínimo de ½ litro de agua por día, por SNG o gastrostomía, puesto que la NE es hiperosmolar y puede producir diarreas por secuestro de líquido a nivel intestinal.
- Enseñar y entrenar a la familia en el manejo de la SNG o de la gastrostomía.

## **3- ELIMINACIÓN**

**Diagnóstico:** Alteración de los patrones de eliminación urinaria: incontinencia por desinhibición del reflejo miccional.

**Actividades:**

- Control diario de diuresis.
- Está indicado en estos pacientes el sondaje vesical, especialmente por evitar piel húmeda debido al riesgo de escaras.
- Seguimiento de cuidados de sondaje vesical; toma de muestras de orina al sondaje y al cambio para determinar anormales, sedimento, y cultivo.
- Lavado de SV cada 24 h.
- Fijado de la bolsa de orina a la cama.
- Evitar el reflujo de orina a vejiga, para evitar infecciones urinarias.
- Vigilar que no haya torsión en los tubos.
- Lavados vesicales siempre que precise.
- Enseñar a la familia el cuidado y manejo de la SV.

**Diagnóstico:** Incontinencia intestinal por desinhibición del reflejo de evacuación intestinal: Actuaremos como con los pacientes con un AVC:

**Diagnóstico:** Alteración del patrón de eliminación intestinal por estreñimiento o diarrea.

**Actividades:**

- Si el paciente tiene diarrea conviene añadir líquidos por SNG o PEG.

- Si el paciente está estreñido añadiremos preparados que contengan fibra, y pondremos un enema en caso de estreñimiento de más de 3 días.

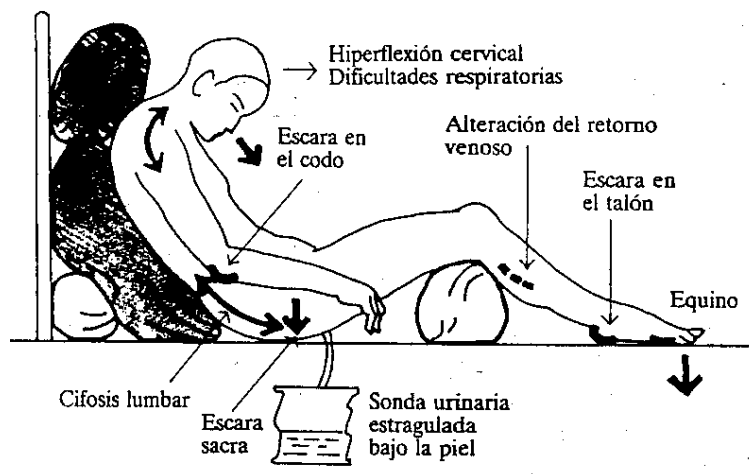
## 6- MOVILIDAD

**Diagnóstico:** Alteración de la movilidad física por defecto, relacionado con la alteración de conciencia.

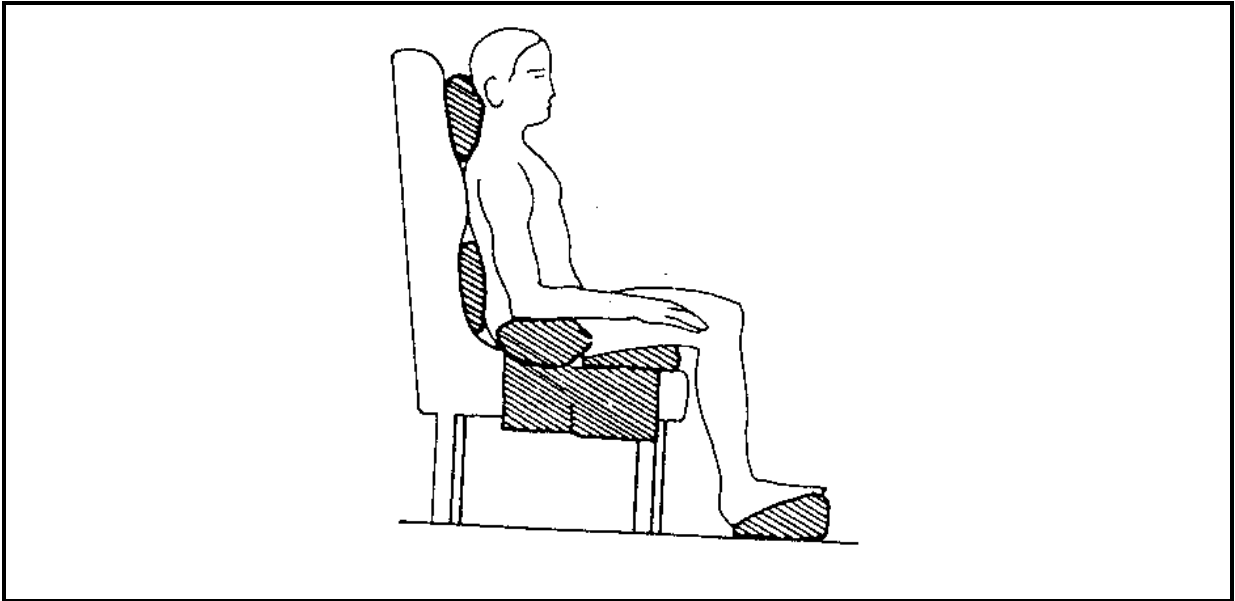
**Actividades:**

- Mantener la alineación anatómica correcta y movilizar cada 2 horas.
- Mantener la plena movilidad articular y la ausencia de contracturas, y para ello, realizaremos nosotros y enseñaremos a la familia, a realizar ejercicios pasivos de rango completo cada 2-4 horas.
- Sentar en la cama o en la silla 3-4 veces al día.
- Colocar en posición adecuada para evitar edemas por declive.
- Aplicar férulas según prescripción para evitar el pie equino, la muñeca caída y la alineación incorrecta.

**Posición incorrecta:**



**Posición correcta:**



## ***7-ASEO E HIGIENE***

**Diagnóstico: Déficit de autocuidado: aseo/ higiene, relacionado con el coma.**

**Actividades:**

- Realizar lavado de cama diario y siempre que precise.
- Realizar cambio de ropa de cama, y de ropa del paciente diariamente y siempre que precise.
- Realizar lavado oral 2 veces por turno y siempre que precise, para ello utilizaremos soluciones orales no alcohólicas muy diluidas. Además enseñaremos a la familia a realizar la higiene oral.
- Realizaremos revisión y aseo de mucosa nasal diariamente.
- Realizaremos aseo de uñas de pies y manos siempre que el paciente precise.
- Enseñaremos a realizar a la familia el aseo completo del paciente.

## **9- HEMODINÁMICA**

**Diagnóstico: Alteración del gasto cardiaco relacionado con disfunción troncoencefálica.**

**Actividades:**

- Detectar cambios en la frecuencia, ritmo y presión arterial; el gasto cardiaco normal se comprueba cuando las p/m se sitúan entre 80-100 y la PA entre 60 – 90 /100 – 140 mm Hg.
- Administrar fármacos según prescripción.
- Elevar la cabecera de la cama si es posible, pues los cambios en la PA y en el gasto cardiaco se ven afectados por la posición plana y la inmovilidad.
- Controlar la presencia de pulsos periféricos y que las extremidades estén calientes.
- Control por turno de la diuresis: el gasto urinario normal se sitúa en valores > 30 – 50 ml / hora.

**Diagnóstico: Elevado riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con disfunción hipotalámica.**

**Actividades:** irán encaminadas a mantener la temperatura corporal normal o prescrita en 37 ° C, y a detectar posibles infecciones.

- Detectar y comunicar los cambios de temperatura.
- Mantener al paciente seco y ligeramente cubierto.
- Si  $T^a > 38^{\circ} C$  administrar los antipiréticos prescritos y poner medios físicos (baño de cama con agua templada).
- Si  $T^a < 36^{\circ} C$ , utilizar manta hipotérmica según prescripción.

## **10- COMUNICACIÓN**

**Diagnóstico: Alteración sensorial y/o perceptiva por coma.**

El grado de percepción de los estímulos no se conoce bien, pero la estimulación es importante para mantener el funcionamiento del SNC.

**Actividades:** Van dirigidas a proporcionar estímulos.

- Interaccionar con el paciente: Hablarle, tocarle y proporcionarle toda clase de estímulos.
- Animar a la familia a que toque y hable al paciente.
- Iniciar un programa de estimulación para el coma: proporcionar estímulos visuales, táctiles, auditivos, etc...

## ***11- DRENAJES Y HERIDAS***

**Diagnóstico:** Potencial alteración de la integridad de la piel relacionada con la inmovilidad, el encamamiento y alteraciones en el estado nutricional.

**Actividades:** Serán las mismas que en el caso del AVC.

**Diagnóstico:** Elevado riesgo de ulceración corneal por pérdida del reflejo de parpadeo.

**Actividades:** Estarán orientadas a conseguir la ausencia de eritemas, lagrimeo y úlceras corneales.

- Limpiar los ojos con suero salino normal por turno.
- Instilar gotas de metilcelulosa 2 veces por turno.
- Utilizar protectores oculares si los ojos permanecen abiertos.

**Diagnóstico:** Elevado riesgo de ulceración de la mucosa oral y nasal por déficit de autocuidado.

**Actividades:**

- Limpiar la nariz con suero salino normal, al menos una vez al día.
- Si el paciente tiene SNG o tubo endotraqueal, retirar la cinta adhesiva diariamente, limpiar la piel y volver a colocarla.
- Retirar las prótesis dentales y enseñar a la familia a realizar la higiene oral al menos cada 8 horas, con una solución al 50% de agua oxigenada y suero salino.
- Humedecer los labios con pomada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- *NORMAS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE. Procesos de enfermería, diagnósticos y resultados.*
- *Barbara C. Long. Wilma J. Phipps. LA ENFERMERÍA MÉDICO- QUIRÚRGICA. Interamericana Mcgraw-Hills (2ª Edición)*
- *Beare - Myers. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA MÉDICO - QUIRÚRGICA. Editorial Paradigma*

- *Bertyla Suñé Ysamat.*  
*¿QUÉ NECESITAN LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS?*  
*Revista Rol de Enfermería. Nº 225. Mayo 97.*
- *Abbott laboratorios. División nutrición.*  
*GUÍA GENERAL PARA EL CUIDADO DE LA GASTROSTOMÍA.*
- *Nutricia.*  
*RECOMENDACIONES SOBRE NUTRICIÓN ENTERAL EN ENFERMERÍA.*
- *Productos Palex SA.*  
*CUIDADO DE LA TRAQUEOSTOMÍA.*
- *Universitat de Barcelona y UVIR. Servicio de Neumología de L'Hospital Clínic de Barcelona*  
*II CURSO DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATORIOS PARA ENFERMERÍA- 1993.*