

B.S.  
T.I.  
610.7368  
G643d

1

PROCOLO DE ENFERMERIA A PACIENTES  
EN ESTADO DE COMA

LUCY GONZALEZ DE ALVAREZ  
" "  
Profesora Asociado II

00032068

CARTAGENA  
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
1992

TABLA DE CONTENIDO

	Págs
INTRODUCCION	
OBJETIVO	
1. PROTOCOLO DE ENFERMERIA A PACIENTES EN ESTADO DE COMA	1
1.1. DEFINICION	1
1.2. ETIOLOGIA O FACTORES DE RIESGO	1
1.3. CLASIFICACION	2
1.4. SIGNOS Y SINTOMAS	3
1.5. TRATAMIENTO MEDICO FASE AGUDA	5
1.5.1. Resumen del Tratamiento del Coma	7
1.6. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	8
1.7. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	9
1.7.1. Diagnóstico de Enfermería del Paciente en Estado de Coma en Fase de Urgencia	9
1.7.1.1 Plan de Cuidados de Enfermería	11
1.7.2. Diagnóstico de Enfermería del Paciente en Estado de Coma Hospitalizado	15
1.7.2.1 Plan de cuidados de Enfermería	17
BIBLIOGRAFIA	

## INTRODUCCION

Al establecer un protocolo de atención de Enfermería se constituye un excelente modelo para racionalizar una atención basada en fundamentos científicos y de Enfermería que a la vez aseguren una pronta y oportuna atención, ayuda a la rápida recuperación, rehabilitación y reintegro de éste a su familia.

El presente documento muestra el Protocolo de Atención de Enfermería para pacientes en Coma. Contiene aspectos fisiopatológicos del coma, etiológicos, tratamiento y resalta el diagnóstico de enfermería, basado en las tareas que le competen a la especialista para el manejo óptimo de esta patología.

El modelo que se presenta es utilizado por estudiantes del Postgrado de Enfermería Médicoquirúrgica.

Su validación está en proceso y los resultados del mismo se presentarán en una segunda etapa.

#### OBJETIVO

Establecer un modelo de atención integral de enfermería por Especialistas, que asegure la pronta y oportuna recuperación y propicie el autocuidado.

1. PROTOCOLO DE ENFERMERIA A PACIENTES EN ESTADO DE COMA

1.1 DEFINICION

El coma es la ausencia de respuesta a cualquier estímulo.

La actividad de ambos hemisferios cerebrales da lugar al estado de conciencia, gracias al estímulo constante del sistema reticular activador situado en la parte central del segmento del tronco cerebral. La desorganización del sistema reticular activador o una lesión extensa de ambos hemisferios cerebrales altera la conciencia.

Se puede afirmar entonces que el estado de coma es un trastorno patológico caracterizado clínicamente por inconciencia de duración variable, como resultado de la acción de agentes que actúan sobre los centros nerviosos encefálicos.

1.2 ETIOLOGIA O FACTORES DE RIESGO

Existen múltiples causas que llevan al paciente a un estado de coma; las principales:

- Coma por lesiones estructurales:

- . De tipo infeccioso
- . De tipo traumático
- . De tipo tumorales
- . De tipo vascular

- Coma de origen metabólico:

- . Hipoxia
- . Isquemia
- . Hipoglicemias
- . Renales y/o hepáticas
- . Endocrinas
- . Trastornos hidro-electrolíticos y ácido básicos
- . Tóxicos y Drogas
- . Enfermedades terminales (Cáncer, Sida)

1.3 CLASIFICACION

- Comas cerebrales
- Comas tóxico metabólicos
- Comas cardiocirculatorios

Todos los comas presuponen trastornos del sistema reticular y desde ese punto de vista todos serían cerebrales, sin embargo el daño ocurre por distintas vías y diversos agentes.

1.4            SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas que puedan darse en un coma dependen del daño que reciban las distintas estructuras del S.N.C., especialmente de la formación reticular, ya sea por factores traumáticos, comprensivos o metabólicos.

Las lesiones de la formación reticular pueden producirse por dos mecanismos:

Lesión directa del Tronco Cerebral: Hemorragia del puente, infarto por oclusión de la arteria basilar, trauma craneano con contusión del tronco, hemorragia o tumor cerebeloso que producen compresión del tronco. Lesiones supra-tentoriales que pueden producir hernia del diencefalo o central, hernia del uncus o hernia de las amígdalas cerebelosas a través de la incisura del tentorio o del foramen magno con la lesión secundaria de la formación reticular.

Las lesiones hemisféricas especialmente aquellas situadas en el lóbulo temporal producen hernia del uncus cuyo signo más temprano es la dilatación de la pupila del lado afectado con moderada depresión del nivel de conciencia, hemiparesia, babinski unilateral. A medida que aumenta la presión se produce dilatación patológica de la pupila, hiperventilación neurógena central ausencia de respuesta calorica y signos de descerebración.

La hernia diencefálica o central producida por lesiones hemisféricas bilaterales y simétricas tales como edema o hematomas bilaterales produce en su fase temprana disminución del nivel de conciencia, pupilas pequeñas fotoreactivas, reflejos vestibulares normales y respiración de cheyne-stoke. En la fase mesencefálica presenta respiración de cheyne-stoke e hiperventilación neurogena, dilatación, dilatación de pupilas, pupila paralítica, movimientos desconjugados de los ojos, desaparición de los reflejos vestibulares y aparecen los signos de descerebración. En la fase pontica-bulbar se presenta respiración ataxica superficial e irregular, no hay respuesta a ningún estímulo, hay arreflexia y cuadripelja flacida. Posteriormente apnea, alteraciones del control vasomotor con alteraciones en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Las lesiones cerebelosas producen ataxia y vómitos, seguidos con parálisis del VI par. Surgen entonces signos de disfunción de la parte distal del tronco, en la protuberancia o bulbo raquídeo.

Las lesiones metabólicas a nivel del S.N.C. se dan principalmente por un desequilibrio entre el aporte de glucosa y oxígeno elementos indispensables para sostener el metabolismo productor de A.T.P. Entre los signos clínicos de una encefalopatía metabólica se mencionan: Fluctuaciones



del nivel de conciencia, somnolencia, agitación, delirio, alucinaciones, convulsiones, desorientación. La hiperventilación se presenta para compensar la acidosis metabólica como en los casos de diabetes, uremia, acidosis láctica o intoxicación por metanol. Hipoventilación producida por coma hepático y sepsis.

En las pupilas se conserva la fotoreactividad a excepción de anoxia e intoxicación por atropina. Los ojos se pasean en forma lenta y conjugada o permanecen en posición central. La desviación conjugada de los ojos y la cabeza hacia un lado son signos de lesión estructural los cambios motores son simétricos y bilaterales e incluyen aumento del tono, temblor, mioclonos focales, convulsiones focales o generalizadas.

#### 1.5 TRATAMIENTO MEDICO FASE AGUDA

El diagnóstico y tratamiento urgente del coma dependen de realizar un buen examen al paciente, interpretar los reflejos del tallo cerebral y su adecuado de las pruebas diagnósticas seleccionadas.

Tres puntos son de particular importancia en el paciente comatoso:

- Mantener aporte de oxígeno

- Mantener el metabolismo cerebral
- Mantener circulación cerebral.

Otras medidas urgentes del paciente comatoso:

- Mantener vía aérea permeable.
- Verificar la respiración y colocar cánula bucofaringea si es necesario o intubar al paciente.
- Facilite la ventilación.
- Aspirar cuidadosamente.
- Evitar que la lengua bloquee la vía aérea, insertando cánula de mayo.
- Colocar en decubito lateral.
- Prevenir bronco aspiración.
- Insertar tubo endotraqueal con manguito inflable.
- Administrar oxígeno.
- Colocar sonda nasogástrica.
- Circulación. Si hay paro cardíaco iniciar reanimación con Masaje externo.
- Vía endovenosa. Aporte de glucosa; Inserte cateter endo venoso asegurando vena central.
- Toma de muestras de sangre para laboratorio.

Pruebas inmediata. Hemograma con recuento blanco y diferencial, VSG, electrolitos, glicemias, BUN, creatinina, osmolaridad sérica.

En sangre arterial:

- Gases arteriales
- Parcial de orina, glucosuria
- Administrar glucosa
- Administrar vitamina B
- Manejar hipertensión endocraneana
- Administrar: Monitol, corticoides, glicerol, hiperventilación.
- Detener las convulsiones

#### 1.5.1 Resumen del Tratamiento del Coma

De 2 tipos: Etiológico y Síndromático. Se mencionan lineamientos generales:

- Ventilación adecuada
- Circulación adecuada
- Líquidos y alimentación
- Sedación
- Antibióticos
- Control de signos vitales especial
- Temperatura
- Cuidados generales sistémicos

1.6 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

1.6.1 Valoración

1.6.1.1 Obtener datos con relación a

- Antecedentes individuales
- Antecedentes familiares
- Enfermedades anteriores
- Comienzos y evolución de la enfermedad actual

1.6.1.2 Estado de Conciencia

- Escala de Glasgow

1.6.1.3 Pares Craneales

1.6.1.4 Función Sensitiva

1.6.1.5 Reflejos

- Tendinosos profundos
- Superficiales

1.6.1.6 Evaluación de la Respuesta Motora

1.6.1.7 Signos Meningeos

1.6.1.8 Respuesta Pupilar

1.6.1.9 Inspección, Palpación y Auscultación Cefalo-Caudal de todos los Sistemas restantes

1.7 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1.7.1 Diagnóstico de Enfermería del Paciente en Estado de Coma en Fase de Urgencia

- Inadecuado aporte de  $O_2$  relacionado con patron respiratorio anormal, dado por el nivel de la lesión del S.N.C.
- Lesión del S.N.C. y posible riesgo de aumento de esta relacionado con el incremento de la presión intracraneana.
- Riesgo de complicaciones a nivel de los diferentes sistemas relacionadas con el factor causal de la lesión cerebral.
- Desequilibrio hídroelectrolítico relacionado con el desbalance entre la ingesta y la eliminación.

- Riesgo de pérdida de la integridad física relacionada con el estado de conciencia. Glasgow menor de 8.

1.7.1.1 Plan de Cuidados de Enfermería

Paciente en Coma. Fase de Urgencia

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA
Inadecuado aporte de O <sub>2</sub> relacionado con patrón respiratorio anormal dado por el nivel de la lesión del S.N.C.	Mantener la PO <sub>2</sub> dentro de los límites normales :80 100 mm Hg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revise cavidad oral retirando prótesis y cuerpos extraños.</li> <li>- Aspiración de secreciones nasales y de cavidad oral.</li> <li>- Colocación de Cánula de mayo.</li> <li>- Instalación de O<sub>2</sub> inicialmente al 100% preferiblemente con sistema venturi.</li> <li>- Mantener cabeza y cuello en hiperextensión, sino está contra indicado.</li> <li>- Posición Fowler 30°.</li> <li>- Posición lateralizada.</li> <li>- Vigilar tipo de respiración y F.R.</li> <li>- Tener listo equipo y asistir la intubación oro o nasotraqueal según necesidad</li> <li>- Gasometría arterial</li> <li>- Signos vitales c/15' hasta estabilizar y luego c/1 hora.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
Lesión del S.N.C. y posible riesgo de aumento de esta relacionada con el incremento de la presión intra craneana.	Mantener la presión intra craneana dentro de los límites normales: 10-15 Mm Hg y la PCO <sub>2</sub> : 26 Mm Hg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar signos de hipertensión endocraneana: vómito, papiledema y aumento de la T.A.</li> <li>- Realizar examen de fondo de ojo.</li> <li>- Realizar evaluación del glasgow y hoja cerebral c/1 hora.</li> <li>- Hiperventilar al pte c/2 h con O<sub>2</sub> al 100%.</li> <li>- Reducción de líquidos endovenosos.</li> <li>- Evitar la hipertemia con medios físicos o antipireticos.</li> <li>- Hiperoxigenar al pte antes de la solución de secreciones y esta no debe ser mayor de 15 segundos.</li> <li>- Realizar monitoreo de P.I.C.</li> <li>- Evitar las dextrosas en A.D. o S.S.</li> <li>- Evitar la posición horizontal</li> <li>- En lo posible no usar enemas.</li> <li>- Realizar cambios de posición evitando esfuerzos.</li> <li>- Vigilar que la presión arterial mediá sea de 100 mm Hg.</li> </ul>



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

RESULTADOS ESPERADOS

INTERVENCION DE ENFERMERIA

Riesgo de complicaciones a nivel de los diferentes sistemas relacionadas con el factor causal de la lesión cerebral.

Mantener un control oportuno de las diferentes complicaciones que se detecten en los diferentes sistemas.

- Vigilar que la presión de perfusión cerebral sea de 50 mm Hg.
- Observar signos de aumento de la presión intratoraxica: Neumomuy inflado o tubo endotraqueal mal colocado.
- Gasometría arterial.
- Uso de diureticos: Osmorin o furosemida a las dosis recomendadas
- Obtener historia clínica detallada.
- Realizar examen neurológico completo.
- Realizar examen en forma cefalocaudal. Incluyendo inspección, palpación y auscultación.
- Toma de muestras para exámenes de laboratorio.
- Colocación de sonda-vesical.
- Colocar sonda nasogástrica.
- Tener a la mano el equipo de reanimación cardiovascular.
- Tener listo equipo de P.V.C.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Desequilibrio hidroeléctrico relacionado con el desbalance entre la ingesta y la eliminación.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener un aporte normal de líquidos y electrolitos.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

- Canalizar vena periferica con cateter #18.
  - Control estricto de líquidos ingeridos.
  - Control horario de líquidos eliminados vigilando sus características.
  - Informar desequilibrios entre la ingesta y la eliminación.
  - Control de osmolaridad urinaria.
  - Administrar electrolitos según necesidad.
- 
- Inmovilizar en forma adecuada mente.
  - Proteger con bramandales.
  - Preferir la cama y no la camilla.
  - Colocar en posición fisiológica
  - Proteger la lengua con baja-lenguas acolchados en caso de convulsiones.
  - Realizar cambios de posición Cl<sub>2</sub>h.

Riesgo de Pérdida de la integridad física relacionada con el estado de conciencia (Glasgow menor de 8).

Que no sufra ningún accidente durante su período de urgencias.

1.7.2 Diagnóstico de Enfermería del Paciente en Estado de Coma Hospitalizado

- Riesgo de complicaciones de las vías aéreas relacionadas con la inmovilidad.
- Alteraciones del modelo de eliminación urinaria (incontinencia) secundaria a lesión sensomotora.
- Alteraciones del modelo de eliminación intestinal debido a la inmovilidad y lesión sensomotora.
- Riesgo de deterioro de la integridad de la piel relacionada con la inmovilidad, estado nutricional alterado y déficit en la oxigenación de los tejidos.
- Posibles infecciones relacionadas con alteración de las defensas, enfermedad crónica, procedimientos invasivos.
- Riesgo de deterioro de la integridad del sistema músculo esquelético secundario a la inmovilidad.
- Riesgo de alteración del estado nutricional relacionado con incapacidad para ingerir, diferir o absorber los nutrientes requeridos.

- Incapacidad para el autocuidado relacionado con el estado de conciencia:glasgow menor de 8.
  
- Sentimientos de angustia y temor en los familiares relacionados con la posible pérdida de un ser querido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
Riesgo de complicaciones de las vías aéreas relacionadas con la inmovilidad	Mantener una función respiratoria adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar mediante inspección, palpación y auscultación de los ruidos respiratorios buscando estertores, crepitantes, roncus cambios en la velocidad o profundidad de las respiraciones. Características de la tos.</li> <li>- Terapia respiratoria y drenaje postural. Si no hay hipertensión endocraneana.</li> <li>- Monitoreo de gases arteriales y Rx de Torax.</li> <li>- Cuidados propios del ventilador.</li> <li>- Posición de fruler, decúbito lateral.</li> <li>- Colocar cánula de mayo.</li> <li>- Tomar cultivos periódicos de secreciones traqueobronquiales.</li> <li>- Aspiración periódica de secreciones previa oxigenación al 100%</li> <li>- Lavado y reblandecimiento de secreciones de tubo endotraqueal con suero fisiológico, instilar 2 cc y luego aspirar con movimientos rotatorios.</li> <li>- Administrar mucolíticos y broncodilatadores según orden médica</li> </ul>

00032068

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
Alteraciones del modelo de eliminación urinaria (incotinen cia) secundaria a lesión senso motora.	Aparición rápida del refle jo de la micción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cateterismo intermitente c/4 h. si el volumen residual de orina es alto.</li> <li>- Si el volumen urinario es mayor de 600 cc debe hacerse el 3n y si es menor hasta c/6 h.</li> <li>- Mantener una ingesta de líquidos de 2000 cc en 24 horas.</li> <li>- Si el volumen residual de orina es bajo se puede usar un colec tor. A cysto-flo si es hombre y un pañal si es mujer.</li> <li>- Si se usa el sistema de sonda ve sical A cysto-flo. Esta debe cerrar se y abrirse c/4 h. La sonda debe cambiarse mínimo c/8 días.</li> </ul>
Alteraciones del modelo de eli minación intestinal debido a la inmovilidad y lesión senso motora.	Eliminación intestinal normal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En caso de estreñimiento.</li> <li>- Vigilar número, características y frecuencia de las deposiciones.</li> <li>- Auscultar el peristaltismo.</li> <li>- Administrar dieta rica en fibra.</li> <li>- Masajes suaves en región abdo minal.</li> <li>- Tacto para desocupar ampolla de bakee y estimular la defecación.</li> </ul>

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

## RESULTADOS ESPERADOS

## INTERVENCION DE ENFERMERIA

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Riesgo de deterioro de la integridad de la piel relacionada con la inmovilidad, estado nutricional alterado, y déficit en la oxigenación de los tejidos.</p> | <p>Conservación de la integridad de la piel.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar el desayuno temprano y a la misma hora para estimular el reflejo gástrico.</li> <li>- Enemas y supositorios sino es tan contraindicados.</li> <li>- Fibra sintética si esta indicada.</li> <li>- Realizar corporológico o coprocultivo.</li> <li>- Vigilar número, características y frecuencia de las deposiciones.</li> <li>- Vigilar hora de preparación y modo de conservación de los alimentos.</li> <li>- Eliminar alimentos que producen distensión abdominal y que contengan lactosa.</li> <li>- Administrar dieta adecuada según los requerimientos nutricionales.</li> <li>- Cuidados generales de ropa de cama.</li> </ul> |
|---|--|--|

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

## RESULTADOS ESPERADOS

## INTERVENCION DE ENFERMERIA

- Controlar valores bioquímicos sanguíneos que influyen sobre la piel e informar anomalías (HCTO, Hgb, BUN, Proteínas, electrolitos gasometría).
- Mantener la piel lubricada y seca.
- Masajes y cambios de posición
- Realizar inspección y palpación cutánea.
- Administrar vitaminas del Complejo B, A y C según este ordenado.
- Impedir la presión continuada sobre la piel y prominencias óseas.
- Usar preferiblemente colchones de aire, agua o gel.
- Dar masajes estimulando la circulación de la piel relacionada con las prominencias óseas.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
Posibles infecciones relacionadas con alteración de las defensas, enfermedad crónica, procedimientos invasivos.	Mantener los diferentes sistemas más libres de infección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de curva termica c/6 h.</li> <li>- Inspección, palpación y auscultación diaria del torax.</li> <li>- Vigilar secreciones orgánicas y realizar cultivos en caso de alteraciones.</li> <li>- Utilizar técnicas estrictamente asepticas al realizar procedimientos invasivos.</li> <li>- Lavado de manos antes y después de manipular al paciente.</li> <li>- Retirar lo antes posible los sistemas invasivos.</li> <li>- Utilizar técnica de aislamiento si se requiere.</li> <li>- Vigilar integridad de la piel.</li> <li>- Vigilar puntos de inserción de cateteres.</li> <li>- Cambio diario de equipos de ventilación y sondas de aspiración.</li> <li>- Cambio diario de líquidos parentales para mantener vena canalizada, diluir drogas, diluir soluciones osmóticas, soluciones para lavado de sondas y terapia respiratoria.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
<p>Riesgo de deterioro de la integridad del sistema músculo esquelético secundario a la inmovilidad.</p>	<p>Mantener íntegro el sistema músculo esquelético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocación anatómica de los miembros.</li> <li>- Control neurológico de la respuesta motora.</li> <li>- Realizar técnica de traslado de un lugar a otro en forma segura.</li> <li>- Uso de botas con medias para evitar el pie péndulo.</li> <li>- Ejercicios pasivos en extremidades.</li> <li>- Elevación de miembros inferiores para evitar el edema.</li> <li>- Colocar medias que favorezcan el retorno venoso para evitar embolias.</li> <li>- Vigilar edema, rubor o calor en las articulaciones.</li> </ul>
<p>Riesgo de alteración del Estado nutricional relacionado con incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes requeridos.</p>	<p>Mantener un estado nutricional adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración del estado nutricional c/15 días (Compartimiento visceral y somático y medidas antropométricas).</li> <li>- Dieta adecuada al estado nutricional.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
<p>Incapacidad para el autocuidado relacionado con el estado de conciencia: Glasgow menor de 8.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suplir todas las necesidades básicas del paciente:</li> <li>. Baño general.</li> <li>. Aseo de orificios nasales y boca.</li> <li>. Rasurado si es varón.</li> <li>. Aseo de Genitales.</li> <li>. Corte y limpieza uñas.</li> <li>. Alimentación por sonda nasogástrica.</li> <li>. Alimentarlo en posición fowler o semifowler.</li> <li>. Revisar la posición de la sonda.</li> <li>. Administrar la dieta a temperatura adecuada y a gotas continuo previa aspiración de secreciones bronquiales y de residuo gástrico.</li> <li>. Si se hace alimentación por vía parenteral observar los cuidados necesarios para dicha alimentación.</li> <li>. Humedecer labios.</li> <li>. Lubricar ojos con lágrimas artificiales.</li> </ul>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Sentimientos de angustia y temor en los familiares relacionados con la posible perdida de un ser querido.

RESULTADOS ESPERADOS

Equilibrio emocional.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

- Identificar el grado de aflicción que estan sufriendo los familiares.
- Facilitar un horario de visitas flexible.
- Durante la fase de negación e incredulidad evitar reforzar la negación.
- Evitar las respuesta defensivas por las criticas dirigidas al personal que atiende al paciente.
- Conseguir la ayuda de otras personas: psicóloga, amigos, sacerdotes o pastores de acuerdo a su religión.
- Durante la fase de concientización de la posible pérdida:
  - . Proporcionar a los familiares información continua sobre el diagnóstico, evolución, plan de cuidados y pronóstico.
- Estimular a la familia a que se conserven sus propias necesidades de reposo, sueño, alimentación y tiempo lejos del paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCION DE ENFERMERIA
		<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular a los familiares a que se conserven una comunicación verbal y contacto con su ser querido aunque el paciente no responda.</li><li>- Escuchar activamente mantener una comunicación abierta.</li><li>- Apoyar a la familia de involucrarse en la toma de decisiones.</li><li>- Ayudar a que los familiares reconozcan los cambios de papeles necesarios para conservar la integridad familiar.</li><li>- Demostrar una estimación incondicional y positiva hacia el paciente.</li></ul>

BIBLIOGRAFIA

BETANCOURT, Sigifredo. Neurología. Fundamentos de Medicina. 3ra. Edición. 1986. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín-Colombia.

BICKEERSTAFF, Edwin R. Neurology for Nurses. The English Universities Press. Ltda. 1971.

BUSTAMANTE SULETA, Ernesto. Neurología. 1ra. Edición. Editorial El Ateneo. 1983.

BLOUNT KINNEY, Anabelle. Clínicas de Enfermería Neurológicas y Neuroquirúrgicas. Editorial Interamericana S.A. 1974.

CAMPOS, Román G. Neurología Práctica. Salvar Editores. 1985.

DE MYER. Técnicas del Examen Neurológico. 3ra. Edición. Editorial Medica Panamericana S.A.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGUN MODELOS DE RESPUESTA HUMANA Y MODELOS FUNCIONALES DE SALUD NANDA. 1988-1989.

MOHR, J P. Manual de Problemas Clínicos en Neurología. Salvat Editores. 1987.

OLIVER, Massanna L. Neurología. Salvat Editores S.A. Barcelona-España. 1990.

PLUMM F., And POSSNER J. B. The Diagnosis of Stupos and coma. 3ra. Edición. Philidelphia. Davis. 1980.

REVISTA ROL DE ENFERMERIA No. 145.