GUÍA CLÍNICA ASISTENCIAL

MANEJO DEL PACIENTE CON DÉFICIT PROLONGADO DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Los destinatarios de este Protocolo son los pacientes hospitalizados en planta de Neurocirugía, con traumatismo craneoencefálico (TCE) o accidente cerebrovascular (ACV) que presentan déficit del nivel de conciencia (Glasgow menor de 13).

Los objetivos terapéuticos con los pacientes con lesión cerebral y déficit del nivel de conciencia se centran en la recuperación del paciente, mediante estabilización del cuadro clínico así como la prevención de complicaciones y discapacidades futuras.

Este Protocolo busca mejorar la atención del paciente en el período hospitalario, incorporando medidas de prevención de discapacidades, aplicando pautas de estimulación sensorial y reforzando la información y asesoramiento de los familiares.

La familia del paciente, que permanece con él durante el período de hospitalización, el cual en ocasiones es largo, recibirá información regular de la evolución clínica de su familiar y orientación sobre cuidados.

PROCEDIMIENTOS

1º.- Valoración clínica del paciente.

- Exploración general y neurológica.
- Estudio detallado de la historia clínica.

2º.- Entrevista estructurada con la familia:

- Identificar los familiares que colaboren en tareas de cuidado.
- Determinar el estado emocional, expectativas y valoración del servicio.
- Aportar a la familia información sobre el estado clínico del paciente e intervenciones facultativas.

3.- Coordinación: S. Neurocirugía - S. Rehabilitación - Enfermería Neuroquirúrgica de Planta.

4º.- Plan de manejo y cuidados.

1.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

1.1.- Exploración general y neurológica.

Estos pacientes en su mayoría procedentes de UCI, traen diagnóstico de lesión cerebral y también en ocasiones otras lesiones y patologías asociadas.

La valoración clínica una vez en planta de Neurocirugía, conlleva exploración física y neurológica que de forma periódica se repetirá. Se evalúa el estado neurológico así como toda patología presente, solicitándose si es necesario pruebas complementarias, a fin de establecer un diagnóstico e instaurar los tratamiento neuroquirúrgicos pertinentes que faciliten la estabilización clínica, desde el punto de vista sistémico, la ausencia de complicaciones infecciosas reseñables u otros procesos que puedan interferir con la evolución neurológica del enfermo.

En todos los casos se requiere la valoración del paciente por el Servicio de Rehabilitación; la evaluación rehabilitadora del paciente que sufre un daño cerebral debe ser precoz. La rehabilitación no debe ser considerada como el estadio final del proceso de recuperación, sino que en la fase aguda debe realizarse ya una valoración e intervención que continuará posteriormente en las fases subagudas y crónicas.
Se realizará una evaluación del déficit mediante una detallada historia clínica que incluirá una correcta anamnesis y exploración física y se establecerá un pronóstico del grado de discapacidad del paciente.

Los resultados de la valoración clínica son tenidas en cuenta al establecer el Plan de Manejo y Cuidados específico a seguir con el paciente.

1.2.- Estudio detallado de la historia clínica.

El conocimiento de los procesos clínicos que el paciente haya tenido con anterioridad, hace posible evitar que patologías previas puedan provocarse o agravarse con los tratamientos a aplicar, orienta sobre las limitaciones de las

terapias y puede condicionar las características del Plan de Manejo y Cuidados a seguir con el paciente concreto.

Los antecedentes clínicos del paciente forman parte de la base de datos, cuyo análisis estadístico busca facilitar el conocimiento de variables relevantes en la evolución del nivel de conciencia de los pacientes.

2.- ENTREVISTA ESTRUCTURADA CON LA FAMILIA

Facultativos del Servicio de Neurocirugía y la Supervisora de Enfermería Neuroquirúrgica de planta mantendrán con los familiares del enfermo esta primera entrevista, en la cual establecer las bases de la aplicación del Protocolo.

2.1.- Identificar familiares que colaboren en tareas de cuidado.

Habitualmente los familiares acompañan al paciente durante su período de hospitalización; esto supone un potencial de apoyo instrumental en los cuidados que precisa. En todos los casos, pero en este en especial dado el estado de bajo nivel de conciencia de los pacientes, las atenciones que los familiares dispensen al paciente han de ser realizadas de forma estructurada y previa orientación facultativa.

A fin de garantizar estos dos requisitos y teniendo en cuenta que no todos los miembros del entorno familiar tienen condiciones para tal desempeño, se hace necesario identificar al/los miembro/s familiar/es que de forma más optima puedan cumplir tales tareas; estos familiares han de acompañar de forma regular al paciente, han de tener un aceptable nivel de comprensión y seguimiento de instrucciones, además de condiciones físicas adecuadas.

En caso que este colaborador no sea un familiar del paciente, los familiares directos habrán de autorizar tal designación, además de estar presentes cuando se informe acerca de la evolución del paciente o se den indicaciones sobre sus cuidados.

2.2.- Determinar su estado emocional, expectativas y valoración del servicio.

La lesión cerebral y el estado de déficit del nivel de conciencia del paciente origina en sus familiares un fuerte impacto emocional; la búsqueda de una adecuada colaboración y sintonía entre el entorno familiar y el equipo asistencial, aconseja por parte de este conocer y tener en cuenta el estado emocional, actitudes, expectativas sobre la evolución clínica de su familiar enfermo y valoración del servicio asistencial.
El conocimiento de estas cuestiones se tendrá en cuenta al trasmitir información el equipo asistencial a los familiares, lo cual se hará de forma periódica.

2.3.- Aportar a los familiares información sobre el estado clínico del paciente e intervenciones facultativas.

Se aportará información objetiva, con un lenguaje sencillo y comprensible, que permita a los familiares comprender el estado clínico de su familiar enfermo y la intervenciones terapéuticas a realizar.
Respecto del Plan de Manejo y Cuidados, se les detallará el esquema general del mismo, dedicando especial atención a las tareas asistenciales que conlleva y a su previsible colaboración, concretándose los familiares participantes; esto se hará con el apoyo de un Documento Informativo que se les entregará.

3.- COORDINACIÓN: S. NEUROCIRUGÍA (S.NC.) - S. REHABILITACIÓN (S.R.)- SUPERVISORA DE ENFERMERÍA NEUROQUIRÚRGICA DE PLANTA

La coordinación permite la puesta en común de los resultados de las exploraciones clínicas y la entrevista con los familiares, elementos estos centrales en la toma de decisión de las características Plan de Manejo y Cuidados a seguir con el paciente.

Las sesiones de coordinación, de periódica realización, facilitarán la valoración y seguimiento de la evolución del paciente, como la adecuación de las medidas asistenciales a su estado.

4.- PLAN DE MANEJO Y CUIDADOS

4.1.- SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA: NEUROCIRUJANO

OBJETIVOS.

Correcto diagnóstico etiológico que haya causado su deterioro del nivel de conciencia y alteración de la vigilia y la instauración de los procedimientos quirúrgicos terapéuticos, científicamente avalados, para la resolución de la patología diagnosticada.

VALORACIÓN Y MEDIDAS TERAPEÚTICAS.

En la fase inicial con la valoración de la alteración del nivel de conciencia y de la vigilancia con la aplicación de la Escala de Coma de Glasgow completada con el diagnostico de localización por medio de la exploración neurológica y asociado a un estudio físico generalizado y analítico complementario.

Identificada una sospecha diagnóstica se realizará las pruebas complementarias de imagen pertinentes para la confirmación del diagnóstico y valorar si hay indicación quirúrgica y su tiempo de realización, u otros tratamientos alternativos o complementarios.

Durante este proceso se evaluará la necesidad de asociar medicina intensiva para la corrección de constantes vitales, soporte hemodinámico y respiratorio y tratamiento de otras patologías extraneurológicas que puedan estar asociadas.

Una vez superada la fase inicial diagnóstica y terapéutica, si la alteración del nivel de conciencia se prolonga en el tiempo, el plan de acción está basado en:

- Control del nivel de conciencia periódicamente con la Escala de Coma de Glasgow.
- Prevención y diagnóstico de complicaciones neurológicas asociadas con la exploración neurológica y las pruebas complementarias de imagen y otras pertinentes.
- Valoración médica general asociada a pruebas complementarias pertinentes y consulta a otros Servicios médicos si es necesario, para diagnosticar y tratar las complicaciones médicas diferidas que todo

paciente con deterioro del nivel de conciencia o de la vigilancia asocia de forma rutinaria.

- Solicitar tratamiento rehabilitador.
- Evaluación neuropsicológica sucesiva para evaluar déficit cognitivo, su evolución y sus secuelas.
- Control evolutivo neurológico médico y anatómico para valorar resolución de las lesiones, tratamientos a largo plazo, y determinar secuelas que puedan disminuir la capacidad previa del sujeto enfermo

PRONÓSTICO.

El pronóstico depende de la etiología de la enfermedad causal, de su extensión, de los antecedentes, de las patologías intercurrentes y de la respuesta al tratamiento, para cuya evaluación se empleará la escala de coma de Glasgow y exploración neuropsicológica.

4.1.- SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA: NEUROPSICÓLOGO

OBJETIVOS.

Determinar de forma progresiva el funcionamiento cognitivo del paciente.

Implantar medidas de regulación sensorial y estimulación multisensorial.

Identificar entre los familiares, aquellos con mejores condiciones para recibir información e indicaciones facultativas.

VALORACIÓN Y MEDIDAS TERAPEÚTICAS.

Desde ingreso en planta de neurocirugía, el paciente es explorado periódicamente a fin de determinar los cambios en su funcionamiento cognitivo. La evaluación conlleva el uso de instrumentos para la valoración de la reactividad (biofeedback de respuestas psicofisiológicas), del nivel de conciencia, nivel de disfunción y de la capacidad cognitiva (The Rancho Los Amigos Level of Cognitive Function Scale, Disability Rating Scale y Coma / Near Coma Scale), recogidos en el anexo 1 .

Para facilitar al paciente un entorno adecuado, se aplican medidas de regulación sensorial que evite la habituación estimular lo cual disminuye o elimina su

respuesta ante los mismos, dada la incapacidad de procesamiento de la información que presenta.

Implantación de sesiones de estimulación multisensorial estructurada, en momentos de máxima alerta del paciente, a fin de reducir el nivel de deprivación sensorial de este.

PRONÓSTICO.

El pronóstico va a depender de la duración y gravedad de las alteraciones del nivel de conciencia, y de las lesiones neurológicas y otras patologías que se presenten.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

OBJETIVOS.

Los objetivos del tratamiento rehabilitador, después de una evaluación del déficit y de establecer un pronóstico funcional, siempre se moverá en torno a tres niveles:

- Minimizar el déficit, es decir, intervención orientada en la máxima recuperación de las funciones físicas y cognitivo-conductuales alteradas.
- Alcanzar el máximo nivel de funcionalidad posible.
- Prevención terciaria, entendiendo como tal la prevención de las potenciales complicaciones derivadas de las consecuencias del daño cerebral.

La intervención rehabilitadora en el paciente que sufre un déficit prolongado del nivel de conciencia se centrará en evitar complicaciones como limitaciones articulares, úlceras por presión, espasticidad y valoración de aquellos aspectos que puedan limitar la funcionalidad en un futuro y sobre los que se puede intervenir.

VALORACIÓN Y MEDIDAS TERAPEÚTICAS.

El médico rehabilitador valorará al paciente actuando en cuatro niveles:

DIAGNÓSTICO.

Evaluará el déficit resultante y su repercusión a nivel funcional, es decir, la discapacidad. Para ello es esencial una correcta anamnesis, en la que debe incluirse datos sobre la situación premórbida del paciente tanto en el aspecto físico como en el social, y una exhaustiva exploración.

Utilizaremos para valorar el déficit resultante la escala The Rancho Los Amigos Level of Cognitive Function Scale, esta escala consta de VII niveles, cada uno de los cuales está perfectamente definido (anexo 1).

PRONÓSTICO.

Es importante poder establecer un pronóstico del grado de discapacidad final. Ello no sólo influirá en el planteamiento de los objetivos del tratamiento, sino que permitirá a la familia entender el porqué de las diferentes intervenciones y le proporcionará información para poder reorganizarse y realizar las adaptaciones necesarias.

Las escalas que utilizaremos para medición de la discapacidad serán la Glasgow Outcome Scale y la Disability Rating Scale (anexo 1).

La Glasgow Outcome Scale es una medida global del estado físico, situación económica y social, consta de cinco estadios.

La Disability Rating Scale, fácil de usar y fiable. Incluye los items de la Glasgow Coma Scale (apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora), patrones cognitivos necesarios para comer, higiene y aseo, nivel global de dependencia y capacidad de reinserción laboral.

PREVENCIÓN.

El papel del médico rehabilitador va a ser doble; por una parte educacional, intentando que la familia conozca los factores predisponentes, las medidas preventivas adecuadas y la actitud a seguir en el caso que la complicación aparezca, y por otra parte, indicando el tratamiento adecuado en cada caso.

Se entregará un folleto y video divulgativo a los familiares para una mejor comprensión del proceso rehabilitador y de la situación de discapacidad y se les implicará activamente en el proceso rehabilitador siempre contando con la guía y la supervisión adecuada.

TRATAMIENTO.

Como ya se ha dicho con anterioridad, el objetivo será la minimización del déficit y alcanzar el máximo nivel funcional posible atendiendo a las secuelas definitivas. Para alcanzar estos objetivos se utilizarán diferentes armas terapeúticas: Férulas, ortesis, fármacos antiespásticos y tratamiento fisioterápico.

El fisioterapeuta orientará su intervención a asegurar un correcto estado del aparato locomotor, es decir, mantenimiento de balances articulares mediante movilizaciones pasivas de todas las articulaciones y con una correcta utilización de medidas posturales se mantendrá la integridad de las articulaciones, evitará el acortamiento muscular y minimizará la instauración de la espasticidad, la estasis vascular y las úlceras por decúbito. Estos tratamientos serán breves y extendidos a lo largo del día; de ahí la importancia de la colaboración de los familiares; y aplicados según las condiciones generales en que se encuentre el paciente.

ENFERMERÍA DE LA PLANTA DE NEUROCIRUGÍA

OBJETIVOS

La enfermería en una planta de neurocirugía intervendrá centrándose en tres ámbitos:

- Monitorización de las complicaciones médicas, para lo que deben conocer cuáles son las principales complicaciones, factores predisponentes y las causas que lo desencadenan. Son, por tanto, los principales responsables de asegurar medidas de prevención durante el ingreso hospitalario (úlceras por presión, infecciones urinarias, neumonías por aspiración, etc.).
- Seguimiento de la evolución funcional y nuevas habilidades adquiridas para asesorar al resto del equipo. Es evidente que es uno de los profesionales que pasan más horas cerca del paciente; por lo tanto, es el que puede controlar y valorar los avances clínico-funcionales de forma más idónea, información que servirá para modificar objetivos del tratamiento e incluso pautas terapeúticas.
- Adiestramiento a la familia en las diferentes técnicas de manejo (esfínteres, cambios posturales, cudados sonda nasogástrica o cánula de traqueostomía, etc.) para facilitar la reinserción domiciliaria y disminuir el riesgo de complicaciones tras el alta hospitalaria.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería van encaminados a evitar complicaciones, mejorar la calidad de vida y conseguir un máximo nivel de independencia dentro de las secuelas que ha producido la lesión.

Los principales cuidados serían:

1.- Control de las constantes vitales.

Tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria.

Observación, registro e información de los cambios en el estado de consciencia. Para ello se utilizará la Escala de Glasgow para el Coma (EGC) que consta en el anexo 1; esta es la escala más ampliamente difundida para la valoración del nivel de respuesta tras un daño cerebral. Evalúa la apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal de modo que la puntuación oscila entre 3-15 de peor a mejor respuesta.

2.- Cuidados de la piel.

La falta de movilidad, el estado de consciencia, las posibles alteraciones nutricionales, etc., aumentan el riesgo de aparición de úlceras por presión.

El objetivo será mantener la integridad de la piel, mediante una higiene correcta, mantener la temperatura corporal, realizar cambios posturales periódicos.

3.- Cuidados respiratorios.

Pueden presentar alteraciones de la función respiratoria relacionadas con disminución de la potencia muscular y afectación de la coordinación de la musculatura que interviene en la respiración.

El plan a seguir sería: Cuidados de las cánulas y orificios de traqueostomías, aspiración de secrecciones, controlar el riesgo de aspiraciones.

4.- Alimentación.

El objetivo será conseguir un aporte de nutrientes correcto y un adecuado aporte de líquidos, asegurando protección de la vía aérea.

La alimentación se aportará por vía parenteral, por sonda nasogástrica o por gastrostomía percutánea endoscópica.

5.- Control vesical.

El principal problema es la incontinencia por desinhibición del reflejo vesical. En la mayoría de los casos esto se debe a una alteración de las funciones cognitivas.

El objetivo será evitar infecciones urinarias.

Manejo y cuidado se las sondas vesicales.

6.- Control de la función intestinal.

Existe una incontinencia intestinal por desinhibición del reflejo de evacuación intestinal.

El objetivo será conseguir un ritmo de evacuación regular.

7.- Movilidad.

Existe una alteración de la movilidad por lo que habrá que prevenir contracturas y lesiones cutáneas.

Hay que mantener la alineación anatómica, realizar cambios posturales de forma periódica.

La realización de estas tareas asistenciales queda recogido en la hoja del Plan de Cuidados de Enfermería que se adjunta en el anexo 2.

Anexo 1

The Rancho Los Amigos Level of Cognitive Function (RLA)

Hagen, C.; Malkmus, D.; Durham, P. (1972): Levels of cognitive functioning. Rancho Los Amigos Hospital, Downey, CA.

Disability Rating Scale (DRS)

Rappaport, M.; Hall, K. M.; Hopkins, H. K.; et al. (1982): Disability rating scale for severe head trauma: Coma to community. Arch Phys Med Rehabil., 63: 118-123.

Coma/Near Coma Scale (CNCS)

Rappaport, M.; Doughtery, A. M.; Kelting, D. L. (1992): Evaluation of coma and vegetative states. Arch Phys Med Rehabil., 73: 628-634.

Glasgow Outcome Scale (GOS)

Anderson, S. I., Housley A. M., et al. (1993). "Glasgow Outcome Scale: an inter-rater reliability study." Brain Inj 7(4): 309-17.

Escala de Glasgow para el Coma (EGC)

Jennet, B.; Teasdale, G. (1974): Assessment of coma and impaired conciousness. A practical scale. Lancet, 11: 81-84.

THE RANCHO LOS AMIGOS HOSPITAL LEVEL OF COGNITIVE FUNCTION SCALE (LCFS)

(Hagen, Malkmus y Durham, 1972)

Define el funcionamiento cognitivo global de pacientes con TCE – Daño Cerebral.

Nivel 1 No hay respuesta
( ) No hay ninguna respuesta al estímulo.

Nivel 2 Respuesta generalizada
( ) Reacciona de forma no constante y sin propósito ante el estímulo.
( ) La respuesta no es específica y está retardada.

Nivel 3 Respuesta localizada
( ) Responde al estímulo de forma específica pero no constante.
( ) Puede seguir órdenes simples, pero de forma enlentecida.
( ) Posible conciencia de su cuerpo, porque reacciona en situaciones de disconfort.
( ) Responde a unas personas pero no a otras.

Nivel 4 Respuesta confusa y agitada
( ) Mayor actividad, pero su capacidad para procesar información está gravemente afectada.
( ) Conductas extrañas y sin propósito.
( ) Lenguaje incoherente y/o inapropiado.
( ) Eufórico u hostil.
( ) Atención selectiva inexistente.
( ) Máxima asistencia para el autocuidado.

Nivel 5 Respuesta confusa, inapropiada, no agitada
( ) Parece alerta y responde a órdenes sencillas.
( ) Respuestas no apropiadas ante órdenes más complejas.
( ) Atento al entorno, con un alto grado de distractibidad.
( ) Incapaz de focalizar su atención en tareas específicas.
( ) Lenguaje inapropiado.
( ) Importante afectación de la memoria.
( ) Falta de iniciativa para realizar tareas sin dirección.
( ) Puede realizar actividades de autocuidado con asistencia.

Nivel 6 Respuesta confusa, apropiada
( ) Conductas dirigidas a objetivos bajo directrices externas.
( ) Sigue órdenes simples y recuerda las tareas relacionadas con el autocuidado.
( ) Responde apropiadamente a las situaciones.

Nivel 7 Respuesta automática, apropiada
( ) Independiente en ambientes protegidos.
( ) Necesita supervisión en la comunidad.

Nivel 8 Respuesta con propósito, apropiada
( ) Aunque quedan secuelas a nivel cognitivo-conductual, es funcional en la comunidad.

DISABILITY RATING SCALE (DRS)

(Rappaport, Hall, Hopkins, et al., 1982)

Establece el nivel de disfunción o discapacidad.

Categoría 1 Despertar, consciencia y capacidad de respuesta

1.1 Apertura de ojos:	(0) Espontánea (3) No hay respuesta	(1) Al habla	(2) Al dolor
1.2 Capacidad de Comunicación	(0) Orientada (3) Incomprensible	(1) Confusa (4) Sin respuesta	(2) Inapropiada
1.3 Respuesta motora	(0) A una orden (3) Fléxión	(1) Localizada (4) Extensión	(2) Retirada (5) Sin respuesta

Categoría 2 Capacidad cognitiva para actividades de autocuidado

2.1 Alimentación	(0) Completa (3) No hay	(1) Parcial	(2) Mínima
2.2 Aseo	(0) Completa (3) No hay	(1) Parcial	(2) Mínima
2.3 Arreglo personal	(0) Completa (3) No hay	(1) Parcial	(2) Mínima

Categoría 3 Dependencia de otros

3.1 Nivel de funcionalidad	(0) Independencia completa	(1) Independencia en ambientes especiales	(2) Mínima dependencia: necesita ayuda no constantemente
	(3) Moderada dependencia: necesita una persona en casa	(4) Marcada dependencia: necesita asistencia todo el tiempo para la mayoría de las actividades	(5) Total dependencia: necesita las 24 horas cuidados de enfermería.

Categoría 4 Adaptación psicosocial

4.1 Empleabilidad (como trabajador, ama de casa , estudiante)	(0) No restringida	(1) Trabajos seleccionados competitivos	(2) Trabajos protegidos no competitivos
	(3) No empleable		

N. Conciencia 0 - 12	Capac. Cognitiva 0 - 9	Dependencia 0 - 5	Adapt. Psicosocial 0 - 3	Total 0 - 29

0 = no discapacidad	1 = discap. ligera	2-3 = discap. parcial	4-6 = discap. moderada	7-11 = discap. moderadamente severa
12-16 = discap. severa	17-21 = discap. extremadamente severa	22-24 = estado vegetativo	25-29 = estado vegetativo extremo	30 = muerte

NOMA / NEAR COMA SCALE (CNC)

(Rappaport, 2000)

Valora la respuesta del paciente a distintos estímulos.

Puntuación: 0: responde en todos los ensayos 2: responde en el 50% de los ensayos 4: no responde en ningún ensayo.	Punt.
AUDITIVO Est. 1: sonido (campana) durante 5 segundos a intervalos de 10 segundos; nº de ensayos: 3 Medida de la respuesta: abertura u orientación del ojo hacia sonido.	
RESPUESTA A ORDENES Est. 2: ordenar al paciente que abra los ojos, mover el dedo, mano o pierna; nº de ensayos: 3 Medida de la respuesta: realización de la conducta requerida.	
VISUAL Est. 3: flases de luz ligeros al frente, arriba - abajo, derecha – izquierda cada ensayo; nº de ensayos: 5 Medida de la respuesta: fijación de mirada o evitación del estímulo luminoso.	
VISUAL Est. 4: hablar al paciente, moviéndose de un lado al otro de este, durante 20 segundos; nº de ensayos: 5 Medida de la respuesta: fijar la mirada hacia al evaluador.	
AMENAZA Est. 5: mover rápidamente la mano del evaluador hacia los ojos del paciente durante 1 a 3 segundos; nº de ensayos: 3 Medida de la respuesta: cerrar los ojos.	
OLFATIVO Est. 6: cápsula de amoníaco debajo de la nariz durante dos segundos; nº de ensayos: 3 Medida de la respuesta: retirar la cara o gesto de molestia.	
TÁCTIL Est. 7: golpear de forma enérgica y alternativamente, los hombros del paciente; nº de ensayos: 3. Medida de la respuesta: orientar la cabeza o la mirada hacia el hombro que recibe el toque.	
TÁCTIL Est. 8: colocar esponjilla humedecida en cada apertura nasal; nº de ensayos: 3 y en cada lado hasta 3 veces si es necesario. Medida de la respuesta: centelleo ocular o contracción de la boca.	
DOLOR Est. 9: presionar en la yema del dedo con objeto punzante (lápiz de madera); nº de ensayos: 3 Medida de la respuesta: retirar la mano, orientación de la cabeza o de la mirada o movimiento del hombro hacia el estímulo.	
DOLOR Est. 10: tirón fuerte de la oreja; nº de ensayos: 3 (cada oreja 3 veces si es necesario). Medida de la respuesta: retirar la cara o gesto de molestia.	
VOCALIZATION Est. 11: ninguno; considerar la mejor respuesta verbal observada.	
Total =	

Total / nº items =	media

Nivel: ..... - Estado de Coma: .....

Nivel	Rango (media)	E. COMA	Nivel	Rango (media)	E. COMA
0	0,00 - 0,89	AUSENTE	**3**	2,90 - 3,49	SEVERO
1	0,90 - 2,00	LEVE	**4**	3,50 - 4,00	EXTREMO
2	2,01 – 2,89	MODERADO			

GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS)

(Anderson, Housley, et al., 1993)

1.- Muerte

(a) Como resultado del TCE.
(b) Como resultado de complicaciones secundarias al TCE.

2.- Estado vegetativo persistente

Mínima respuesta; no hay interacción significativa con su entorno.
Puede abril lo ojos y tiene ciclos de sueño/vigilia.
Ausencia de función del córtex cerebral.

3.- Severa discapacidad (consciente pero discapacitado)

Dependiente para AVD, debido al déficit físico y/o cognitivo.
Déficit cognitivo severo, se incluye en este grupo, aunque el déficit físico sea mínimo o inexistente.

4.- Moderada discapacidad (discapacitado pero independiente)

Puede viajar en trasporte público, trabajar en ambientes adaptados y es independiente para la mayoría de las AVD.
Los déficit de afasia, hemiparesia o ataxia, así como déficit intelectuales, cognitivos y comportamentlaes.

5.- Buena recuperación

Vuelta a la vida normal, aunque persistan secuelas físicas o neuropsicológicas.

ESCALA DE GLASGOW PARA EL COMA (EGC)

(Jennet y Teasdale, 1974)

	Puntos
Apertura de ojos (O)	
Espontánea	4
A la orden verbal	3
Al dolor	2
Nula	1
Mejor respuesta motora (M)	
Obedece	6
Localiza	5
Retira	4
Flexión anormal	3
Respuesta extensiva	2
Nula	1
Respuesta verbal (V)	
Orientada	5
Conversación confusa	4
Emite palabras	3
Emite sonidos incomprensibles	2
Nula	1
Total:	

Anexo: 2 (anverso)

humv HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Apellidos: .....
Nombre: .....
Historia Clínica: .....

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PACIENTE EN COMA O E.V.P (Estado Vegetativo Persistente) Fecha ingreso planta: ...../...../..... - Hoja nº: .....

	Hora	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
E. Coma Glasgow **ECG** (puntuación total)													
Constantes Vitales													
T.A. (c/ 8 h.)	M												
	T												
	N												
Tª F.C. (c/ 8 h.)	M												
	T												
	N												
Movilidad													
- Cambios posturales (2 v. turno)	M												
	T												
	N												
- Cuidados de m. pléjicos (2 v. turno)	M												
	T												
- Levantar a sillón													
Ingesta y diuresis (c/ 24 h.)													
Alimentación con suplementos hiperproteicos													
Hidratación													
Sonda Nasogástrica (nº: .....) Fecha colocación: ...../...../.....													
- Movil. y cuidados	M												
- Cambio Fecha: ...../...../.....	M												
Vía Parenteral (nº: .....) Fecha colocación: ...../...../.....													
- Movil. y cuidados	M												
- Cambio Fecha: ...../...../.....	M												

Anexo: 2 (reverso)

		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
PEG (nº: .....) Fecha colocación: ...../...../.....													
- Movil. y cuidados	M												
- Cambio Fecha: ...../...../.....	M												
Higiene según nivel de incapacidad encamado - asistido													
- H. ojos													
- H. boca													
- H. genitales													
Zona de riesgo de úlceras													
Protección de talones y cambio (c/)													
Colchón antiescaras													
Deposiciones (c/ turno)	M												
	T												
	N												
Empapadores y/o pañal (2 v. turno)	M												
	T												
	N												
Sonda Vesical Fecha colocación: ...../...../.....													
- Movil. y cuidados	M												
- Cambio día	M												
- Cambio bolsa (c/ 7 días)	24 h.												
Capuchón Urinario (cambio + higiene) Fecha colocación: ...../...../.....	M												
- Cuidados	M												
- Cambio día	M												
Curas													
Zona:													
Zona:													
Zona:													