

1401 - ALTERACIONES DEL NIVEL DE CONCIENCIA. COMA

*Medina Rodríguez, Manuel
Gómez-Camínero Gómez, Ana E.
Centeno García, Irene*

CONCEPTOS

- **Conciencia:** Capacidad de recibir información, procesarla y actuar en consecuencia. La conciencia depende de la vigilancia o alerta del paciente (capacidad de interactuar con el entorno) y la perceptividad.
- **Atención:** Cualidad de la perceptividad que permite filtrar estímulos ambientales y que ayuda a procesar mejor la información.
- **Comportamiento:** Se denomina así al conjunto de repuestas motoras frente a estímulos internos o externos que resulta de un proceso cognitivo.
- **Coma:** Es la pérdida completa del nivel de conciencia (arreactividad).

ABORDAJE INICIAL

En el manejo de un paciente comatoso se distinguen medidas encaminadas a la estabilización del paciente y aquellas dirigidas a intentar realizar un diagnóstico y un tratamiento, si existiese.

MEDIDAS INMEDIATAS

- Protocolo **ABC**. Correcto aislamiento de vía aérea, asegurar ventilación y correcto funcionamiento del sistema cardiovascular. Canalizar dos vías periféricas para correcto aporte de medicación intravenosa.
- Extracciones: analítica completa (bioquímica, hemograma, coagulación, incluyendo amonio, fármacos si el paciente consumiese), gasometría venosa, tóxicos en orina y realizar sondaje vesical.
- Sueroterapia: Ajustada a cifras tensionales con suero fisiológico. Medir glucemia y actuar según resultado, si no es posible, administrar 40 ml de suero glucosado al 50% y complejo vitamínico B si se sospecha alcoholismo/malnutrición.
- Antídotos: Ante la sospecha de intoxicación por opiáceos, administrar naloxona, y en caso de benzodiacepinas, flumazenilo.
- Antibióticos: Ante la presencia de síndrome febril y coma debe tenerse en cuenta una meningoencefalitis por lo que estaría indicado administrar tratamiento antibiótico (vancomicina + ceftriaxona \pm ampicilina).

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ANAMNESIS

Se hace a los familiares o acompañantes del paciente dividiéndose en dos tipos: aquel estado de coma secundario a una enfermedad previamente conocida (ya sea tratable o no) y aquellos en situación de coma de presentación inesperada. En este último grupo prima:

- **Circunstancias en las que ha sido encontrado** el paciente.
- **Establecer la cronología.** Cuanto menor es el lapso de tiempo desde la última vez visto bien y el reconocimiento de los síntomas, más probable es que se trate de una lesión cerebral focal, sobre todo un ictus, en cuyo caso es fundamental activar Código Ictus.
- Hacer hincapié en la presencia de **síntomas previos** (cefalea, vómitos, fiebre, movimientos anormales...)
- Comprobar si el paciente es portador de algún documento o información de su **patología de base**, hecho frecuente en pacientes diabéticos.

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

- **Ritmo Cardíaco.** Como norma general, alteraciones del ritmo cardíaco son de etiología no neurológica, si bien, en casos de hemorragia subaracnoidea o TCE si es cierto que pueden observarse.
- **Presión arterial.** Cifras elevadas de presión arterial, junto con nula o escasas focalidad neurológica y papiledema, son sugerentes de encefalopatía hipertensiva.
- **Temperatura.** La hipotermia orienta hacia mixedema tiroideo, alcoholismo o Encefalopatía de Wernicke. Debe también sospecharse intoxicación por fármacos sedantes (opíaceos). En caso de hipertermias extremas se debe valorar la posibilidad de un golpe de calor, síndrome serotoninérgico y síndrome neuroléptico maligno.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- **Nivel de conciencia**
Se debe evitar utilizar términos como “estupor”, “obnubilado”, sino más bien describir lo que observamos (respuesta ante estímulos verbales, dolorosos). Para el nivel de consciencia debemos basarnos en la escala de Glasgow, aunque puede ser relativamente imprecisa en puntuaciones altas y debe complementarse con examen de pupilas y de tronco del encéfalo.

- **Examen de pupilas**

PUPILAS	LESIÓN
Miosis unilateral reactiva a la luz.	Síndrome de Horner.
Midriasis unilateral arreactiva a la luz.	Hemorragia aneurisma arteria comunicante posterior o herniación uncal.
Miosis intermedia bilateral reactiva.	Herniación cerebral.
Intermedias irregulares arreactivas.	Herniación cerebral.
Miosis intensas reactivas.	Lesión en protuberancia.
Midriasis bilateral arreactiva.	Parada cardiorrespiratoria (anoxia) o de origen farmacológica en una PCR.
Intermedias arreactivas.	Muerte.



- **Movimientos oculares**

La desviación forzada de la mirada hacia un lado indica lesión nivel del centro de la mirada conjugada, y en caso de evolución aguda, se debe descartar en primer lugar etiología vascular. También se debe pensar en causa primaria de SNC cuando se aprecia alteración en la conjugación de la mirada.

- **Reflejos troncoencefálicos**

- **Oculocefálico.** Sólo es útil en pacientes con bajo nivel de conciencia. Consiste en rotar de manera brusca la cabeza de derecha-izquierda y arriba-abajo. Está presente o respetado cuando los ojos giran en sentido opuesto al movimiento cefálico (ojos muñeca positivo).
- **Reflejo corneal.** Se evalúa estimulando el borde corneal externo y objetivando cierre palpebral inmediato. Suele estar disminuido o abolido en pacientes comatosos (traduciendo profundidad del coma) o afectado en lesiones extensas hemisféricas o protuberanciales.

- **Respuesta motora y otros signos motores**

Se debe evaluar en primer lugar si existe **asimetría** en la movilidad derecha-izquierda que pudiera traducir lesión focal. **La respuesta al dolor** se considera apropiada si el paciente retira la extremidad o busca el lugar de aplicación del dolor.

Las respuestas patológicas son la rigidez en descerebración y decorticación. Cuando estos dos tipos de posturas son más o menos simétricos y están presentes desde el inicio del cuadro indican gravedad.

Otro tipo de respuestas a valorar:

- **Crisis focales** repetidas que traduzcan lesión hemisférica.
- **Mioclónías generalizadas** suelen apreciarse en cuadros post-anóxicos o tóxicos o metabólicos.
- **Rigidez** de uno o más miembros orientaría a status epiléptico.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **TC de cráneo simple sin contraste.** Si se sospecha etiología vascular se deberá solicitar angio-TC de cráneo y troncos supraaórticos.
- **Punción lumbar.** Se debe realizar ante la sospecha de meningoencefalitis, incluyendo bioquímica de LCR, serologías, cultivo de LCR y PCR de Virus Herpes. Es mandatoria realizarla si se quiere descartar hemorragia subaracnoidea.
- **EEG.** Puede valorarse en caso de etiología metabólica, tóxica o comicial.

TRATAMIENTO

Se deberá instaurar en función de la causa.

