

# 1. Coma

Ferré C.; Vázquez, S.; Belchi, O.; Juan, A.

## Definición

Síndromes clínicos derivados de la alteración del nivel de consciencia que motivan una incapacidad de respuesta a estímulos externos o a necesidades internas. El nivel de consciencia puede variar desde la **confusión** (incapaz de pensar con la rapidez y claridad habituales), **somnolencia** (paciente semidormido que responde a estímulos), **estupor** (se despierta sólo con estímulos intensos) al **coma** (respuestas primitivas o nulas a estímulos nociceptivos).

## Etiología

### NEUROLÓGICAS:

- 1. Supratentoriales:** Hemorragia cerebral, infarto cerebral extenso, hematoma subdural, hematoma epidural, tumor cerebral, absceso cerebral.
- 2. Infratentoriales:** Hemorragia cerebelosa o protuberancial, tumor, infarto, absceso cerebeloso.
- 3. Lesiones difusas:** Meningitis, encefalitis, epilepsia, encefalopatías (autoinmunes, neoplásicas, hipertensivas, tóxicas).

### NO NEUROLÓGICAS:

- 1. Metabólicas:** Hipoglicemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar, uremia, encefalopatía hepática, hiponatremia, mixedema, hiper e hipocalcemia.
- 2. Hipóxicas:** Insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, anemia intensa, encefalopatía hipertensiva.
- 3. Tóxicas:** Metales pesados, monóxido de carbono, fármacos (opióceos, benzodiacepinas, barbitúricos y neurolépticos), alcohol.
- 4. Físicas:** Hipotermia, golpe de calor.
- 5. Carenciales:** Encefalopatía de Wernicke.
- 6. Infecciosas:** Fiebre, bacteriemia, infección de etiologías diversas
- 7. Psiquiátricas:** Catatonía y otras.

## Anamnesis

Con el paciente será imposible. Intentar recoger datos de la historia clínica, informes previos, familiares, sobre antecedentes patológicos (cirrosis hepática, DM, neoplasia, factores de riesgo cardiovascular, ingesta de fármacos, psiquiátricos, etc.). Sobre el episodio actual, forma de instauración (brusca/progresiva), situación previa, factores desencadenantes (exposición a tóxicos, ingesta de sedantes).

## Exploración física

Descartar inicialmente el **paro cardiorespiratorio** (toma de pulsos centrales, valorar ventilación, monitorizar ritmo cardíaco). Si tiene pulso y ritmo medir T. art., FC y FR, T. ax., sat. capilar de O<sub>2</sub> y glicemia capilar (datos básicos iniciales).

La exploración inicial requiere una inspección detallada buscando signos de traumatismos, venopunción, mordedura de lengua, coloración, grado de hidratación.

Posteriormente se realizará la exploración por aparatos con especial atención a la exploración neurológica (pupilas, reflejos oculomotores, afectación de pares craneales, afectación de vías largas...).

## Exploraciones complementarias

Una **analítica básica** comprenderá siempre el hemograma completo, función renal y ionograma incluido el Ca, coagulación, gasometría arterial y/o equilibrio ácido-base venoso. Rx tórax y ECG sistemático.

El resto de exploraciones (TC craneal, punción lumbar, tóxicos en sangre y orina, determinación de carboxihemoglobina, etc.) se decidirá en función de la sospecha clínica.

## Tratamiento

Si no hay ninguna sospecha clínica de entrada, la administración de **antídotos** con escasos efectos secundarios como la **naloxona y el flumazenilo** es aceptable, aunque en la mayoría de casos la sospecha de intoxicación por opiáceos y por benzodiazepinas afecta a un perfil de pacientes definido (pacientes con antecedentes psiquiátricos, depresivos, ancianos que toman sedantes, adictos a drogas, etc.).

El diagnóstico de **hipoglicemia** debe descartarse siempre aunque el paciente no se conozca diabético (ej.: ingesta accidental o con intención autolítica de insulina o hipoglicemiantes orales) y actuar de inmediato con la reposición de **glucosa endovenosa**.

En el resto de casos la instauración de un tratamiento específico irá precedido de exploraciones diagnósticas confirmatorias.

Mientras tanto, las medidas básicas son las de **soporte vital**: respiratorio (valorar IOT) y hemodinámico (valorar administración de sueroterapia, coloides, drogas vasoactivas).

