

COMA
Glenda Salguero Abrego
curso de urgencias 2018

Conciencia: “Pleno conocimiento de uno mismo y de las relaciones con su entorno”.

Respuesta adecuada a estímulos.

Correcta alternancia de ciclo vigilia-sueño.

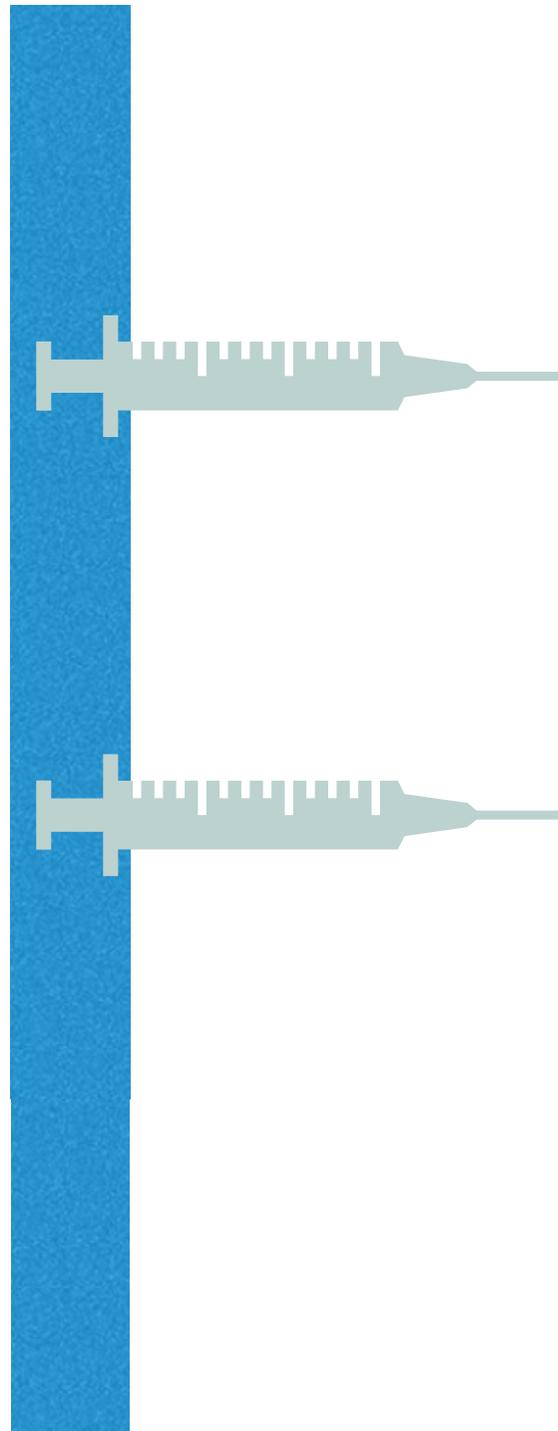
Alteraciones AGUDAS de la conciencia

Somnolencia

Obnubilación

Estupor

Coma



Tendencia al sueño con facilidad para despertarse a estímulos pequeños.

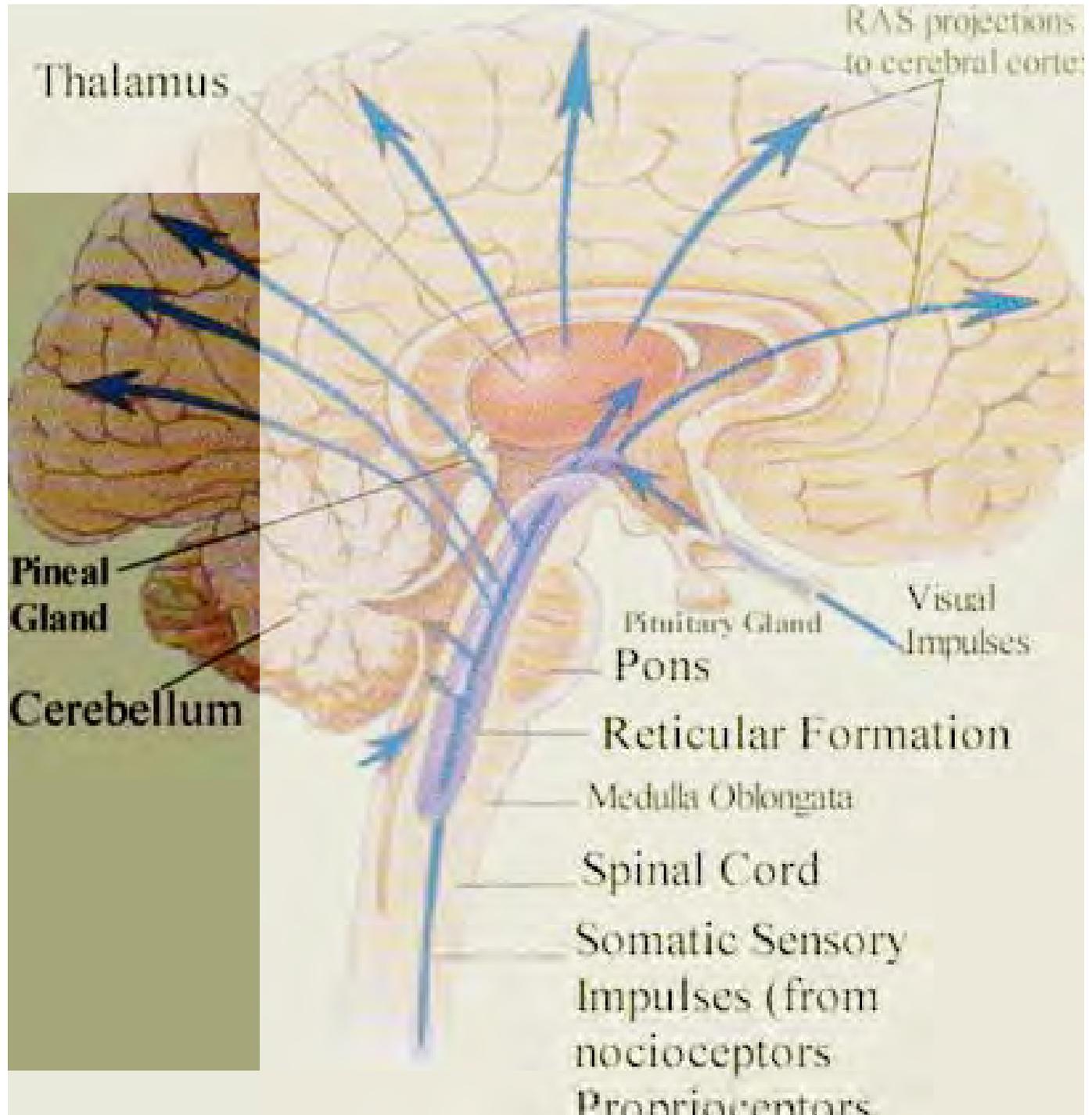
Se precisan de estímulos vigorosos repetitivos. Respuestas lentas inadecuadas.

Nivel normal de conciencia

El nivel normal de conciencia depende de la activación de los hemisferios cerebrales por grupos neuronales localizados en el sistema reticular activador (SRA) del troncoencéfalo.

SRA: Protuberancia rostral y parte caudal del dienceéfalo.

Pequeñas lesiones localizadas en esta zona pueden determinar estados de COMA:



OBNUBILACIÓN,
ESTUPOR y
COMA:
Etiología y
Diagnóstico.

DIAGNÓSTICO *del*

Estupor *y*

Coma

Fred Plum

Jerome B. Posner

Clifford B. Saper

PLUM
&
POSNER

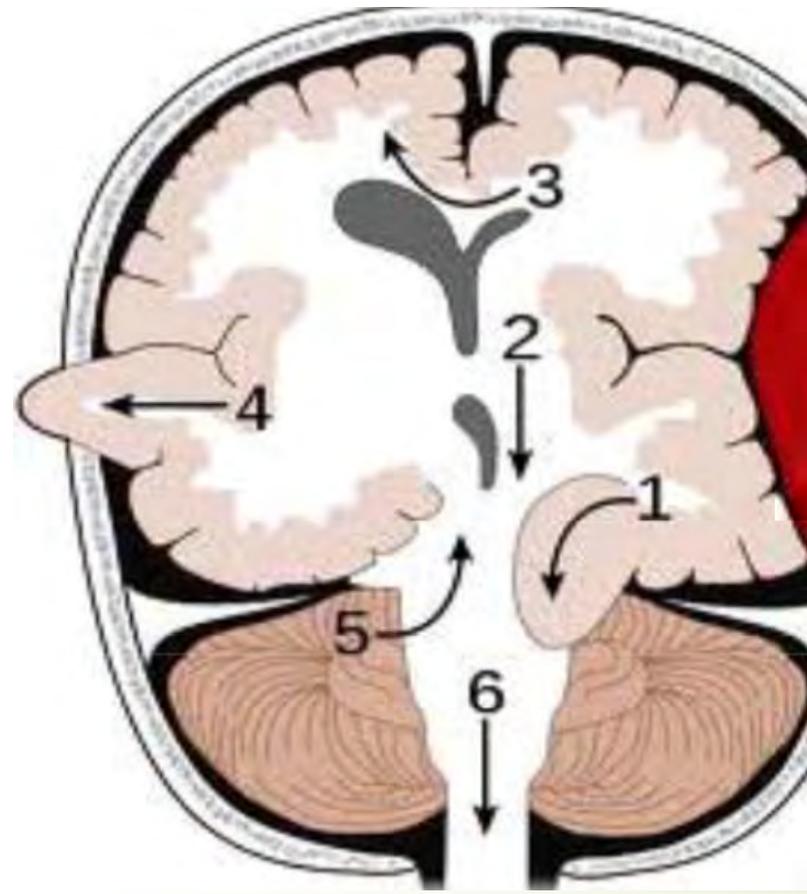
Logia. Lesiones Estructurales

IONES COMPRESIVAS:

- rebral.
- amo/Hipotálamo
- nco del encéfalo
- rebelo.

IONES DESTRUCTIVAS:

- teza cerebral (ej. daño anóxico).
- stancia blanca (ej. lesión axonal
usa).



- Aumento de la presión intracraneal
- Aparición de signos focales
- Coma de instauración

Síndromes de herniación

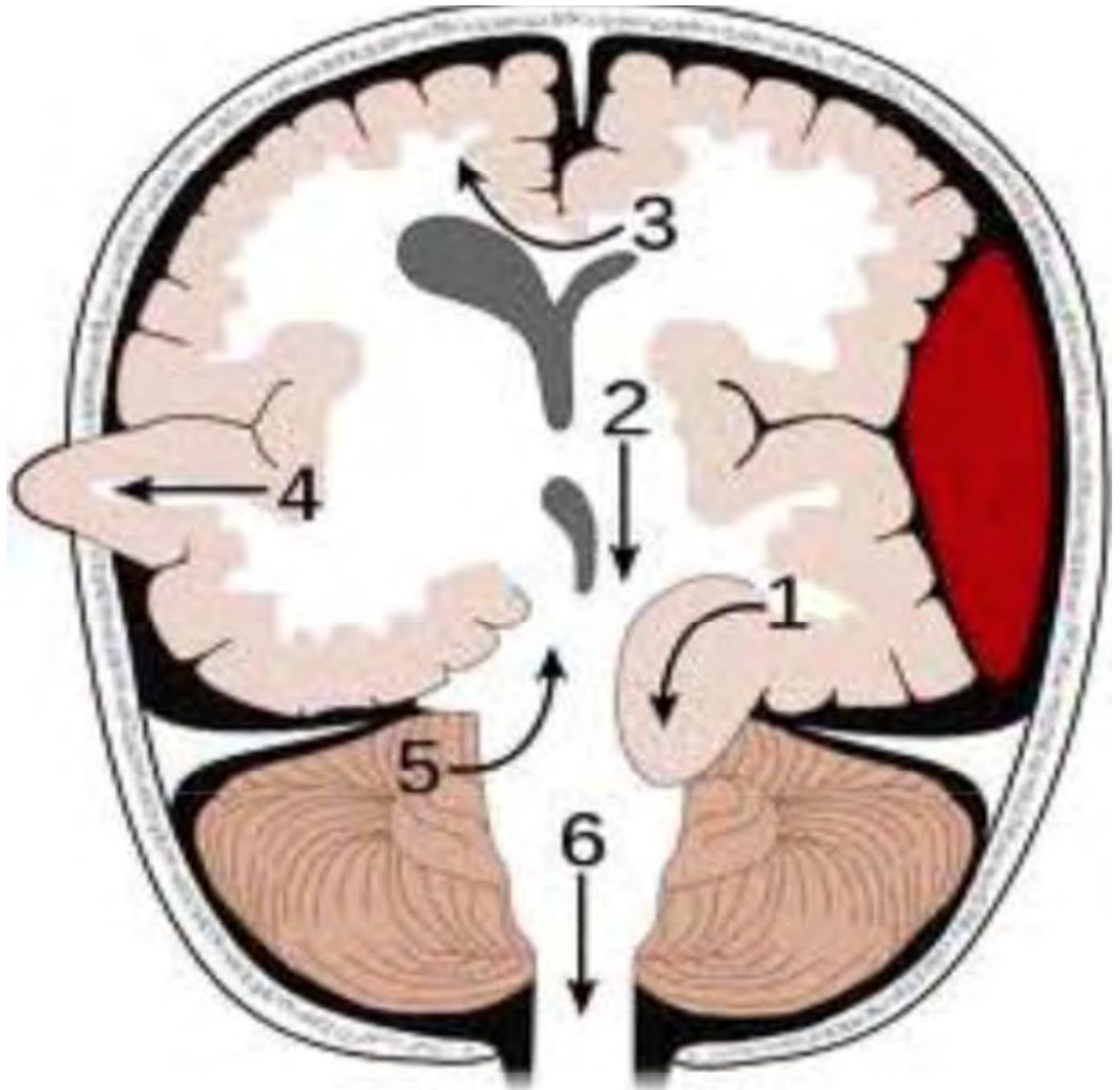
HERNIACIÓN
SUBFALCIAL.

H. UNCAL.

H. CENTRAL.

H. TRANSTENTORIAL.

H. AMIGDALAR.



Patología: Causas tóxicas metabólicas sistémicas.

Esto se suele acompañar de los signos de afectación de tronco cerebral.

El coma es de instauración progresiva.

Movimientos involuntarios: mioclonías, asterixis, temblor, crisis epilépticas.

Hipo-hiperglucemia

Hipo-hipernatremia

Hipo-hipercalcemia

Hipo-hipermagnesemia

Acidosis metabólica

Acidosis respiratoria

Exterdestíneo

Etilenglicol

Monóxido de carbono

Paraldehído

Salicilatos

Metales pesados (plomo)

Fármacos sedantes y opiáceos

Enfermedades sistémicas

Insuficiencia hepática, renal

Hipertermia, golpe de calor, hipotermia

Encefalopatía hipertensiva

Shock

Situación poscrítica y estatus epiléptico

Hipo/hipertiroidismo

Síndrome de Addison

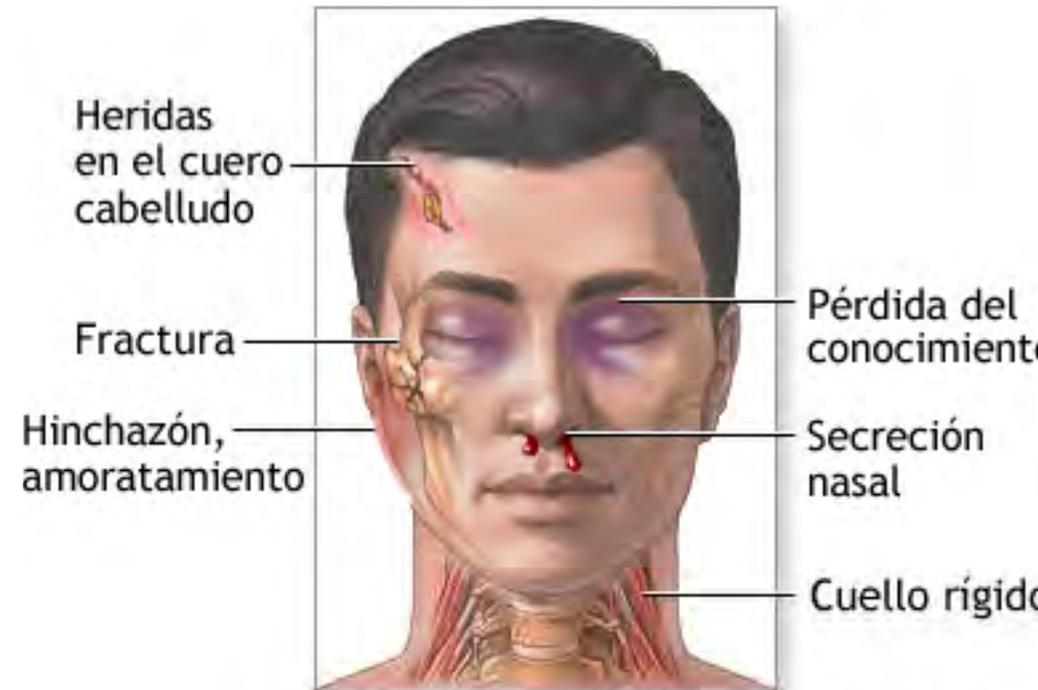
Síndrome de Cushing

Porfiria

Coma: Anamnesis

- ▶ Diabetes, nefropatía, hepatopatía, alcoholismo.
- ▶ Antecedentes neurológicos o psiquiátricos.
- ▶ Uso de drogas por vía parenteral.
- ▶ Tratamiento actual, exposición a tóxicos.
- ▶ Intentos previos de suicidio.
- ▶ Lugar y circunstancias en que se encontró al sujeto.
- ▶ Curso temporal de la alteración del nivel de conciencia.
- ▶ Clínica inicial (cefalea, dolor torácico, fiebre, déficit neurológico).

Señales de una lesión de la cabeza



#ADAM

EXPLORACIÓN GENERAL:

ABCD:

Vía aérea (A).

Ventilación (B)

Situación

hemodinámica (C)

(TA, FC, SatO₂).

Glucemias (D).

Exploración general.

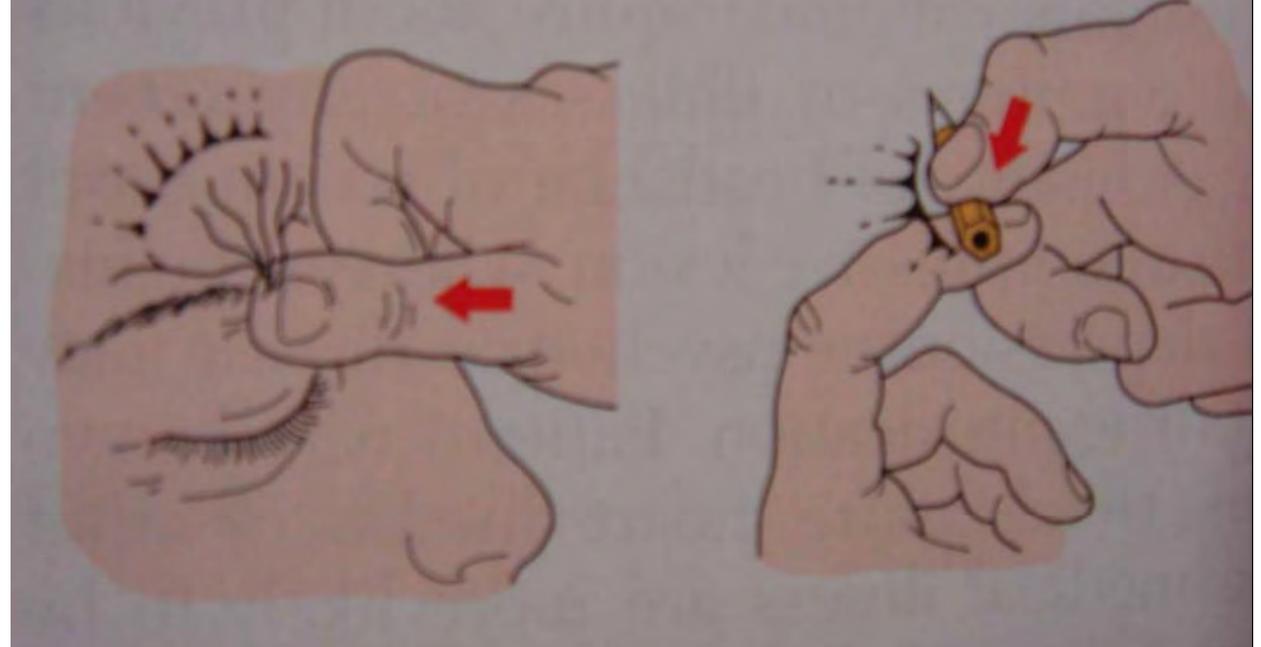
vel de ciencia:

mulos de intensidad
ente:

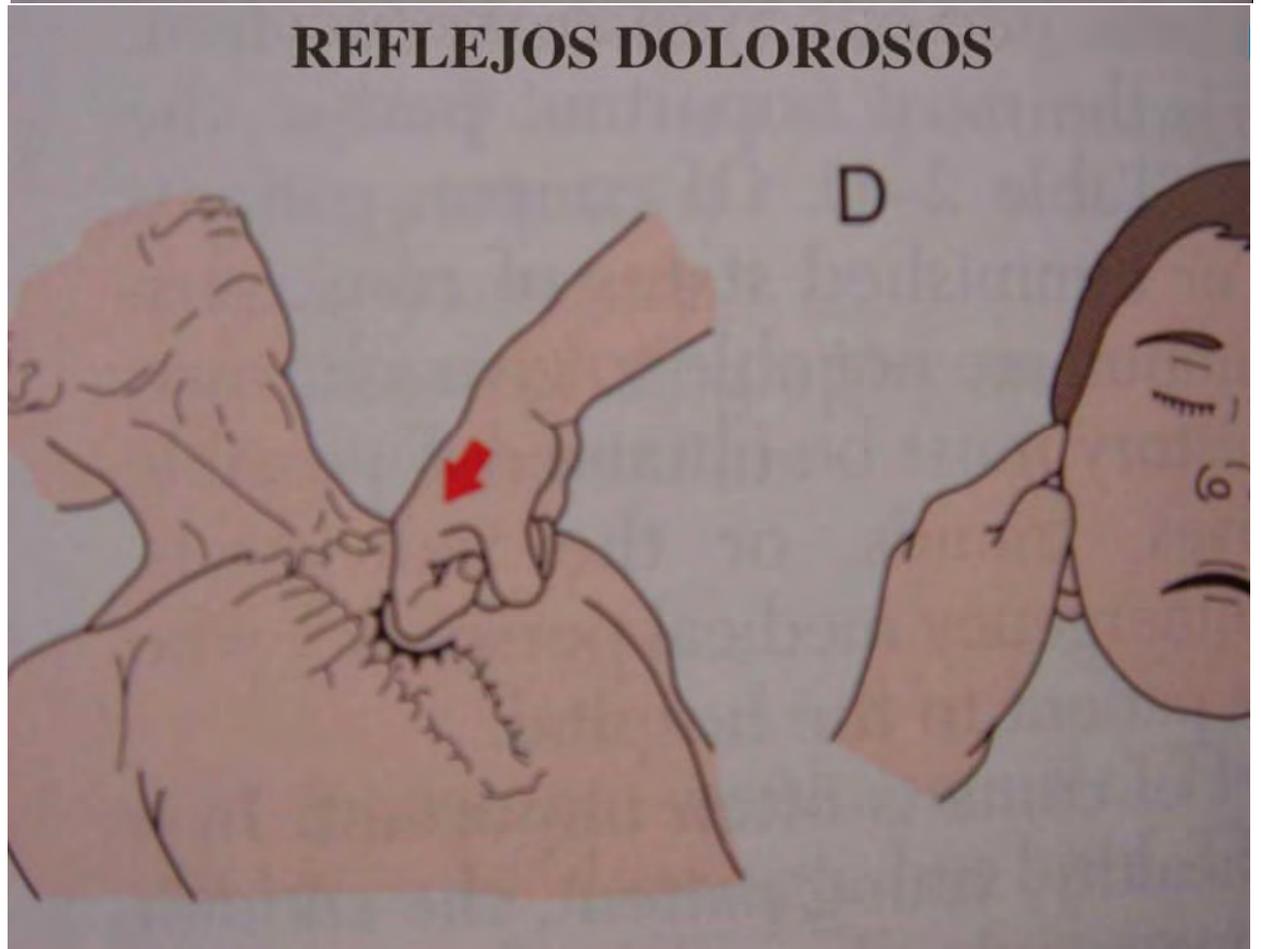
rbales.

seudidas.

stímulos dolorosos.



REFLEJOS DOLOROSOS



La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR

4
ESPONTÁNEA



3
ORDEN VERBAL



2
DOLOR

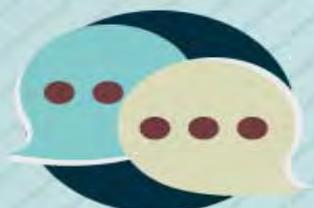


1
NO RESPONDEN



VERBAL

5
ORIENTADO Y
CONVERSANDO



4
DESORIENTADO
Y HABLANDO



3
PALABRAS
INAPROPIADAS INCOMPREENSIBLES



2
SONIDOS
INCOMPREENSIBLES



1
NINGUNA
RESPUESTA



MOTORA

6
ORDEN VERBAL
OBEDECE



5
LOCALIZA
EL DOLOR



4
RETIRADA Y
FLEXIÓN



3
FLEXIÓN
ANORMAL



2
EXTENSIÓN



1
NINGUNA
RESPUESTA



Signos localizadores del Coma: Exploración física.



Signos localizadores del Coma:

Patrón respiratorio.

Pupilas

Movimientos oculares

Reflejos tronco-encefálicos (nauseoso, corneal).

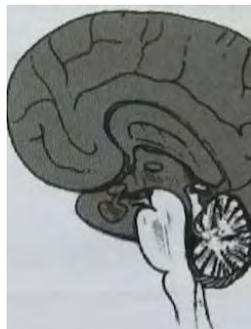
Posturas reflejas (decorticación / descerebración).

PATRON RESPIRATORIO:



MEYNE-STOKES: Compresión

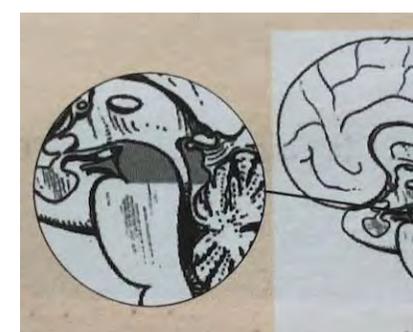
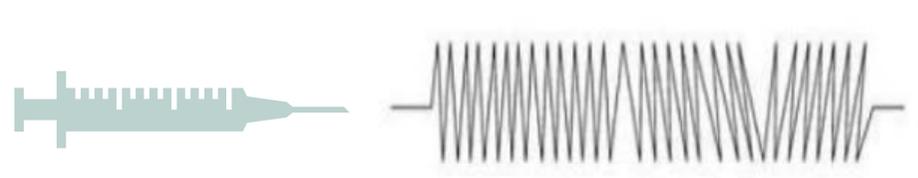
a.



PERVENTILACIÓN

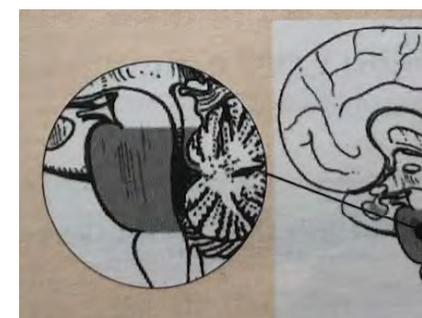
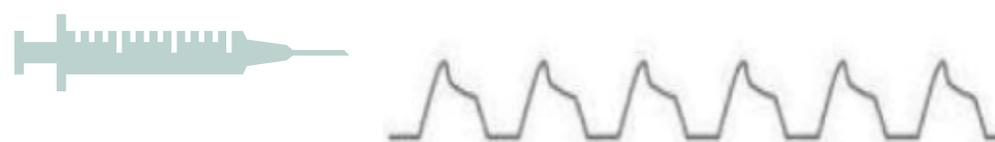
URÓGENA CENTRAL lesión

sencefálica o protuberancial



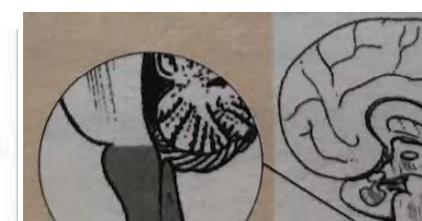
SPIRACIÓN APNÉUSTICA:

tuberancial baja



SPIRACIÓN ATÁXICA DE BIOT

GÓNICA) lesión bulbar

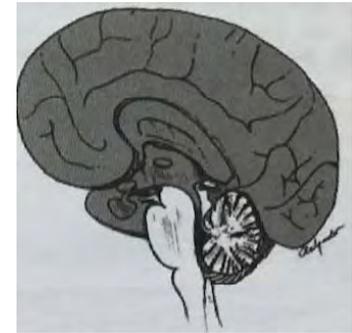


nuncia parada respiratoria.

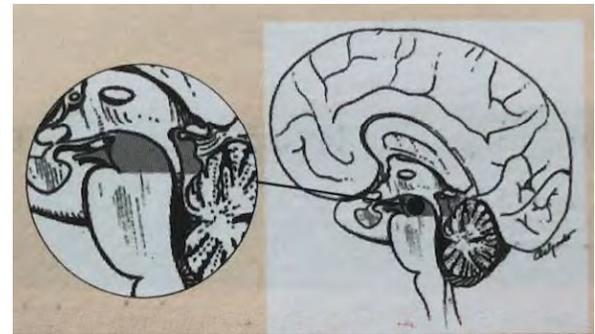
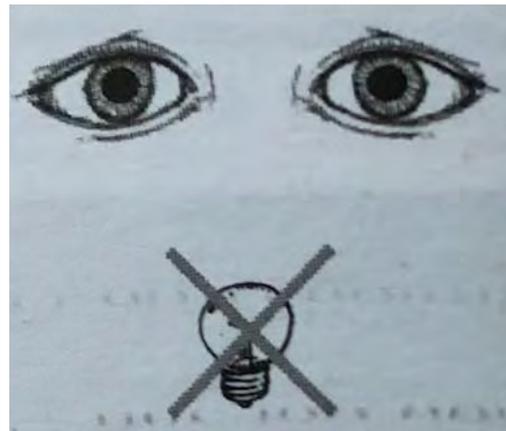
Curso de Urgencias. CHU Badajoz. Junio 2018

AIRON PUPILAR:

OTICAS REACTIVAS

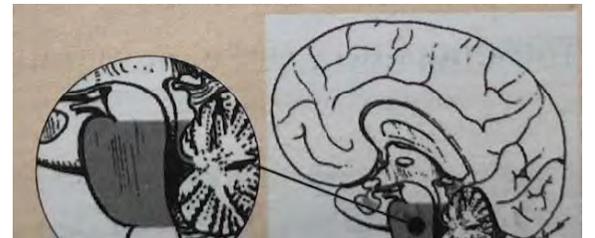
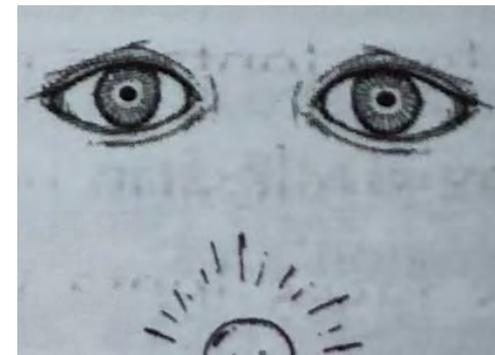


DRIASIS ARREACTIVA



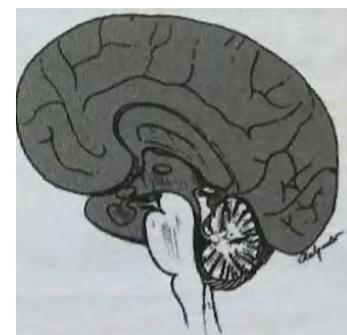
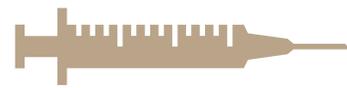
UNTIFORMES

Curo de Urgencias, CHU Badajoz, Junio 2018



DESVIACIÓN DE LA MIRADA

DESVIACIÓN
OCULAR
IPSILATERAL A LA
LESIÓN (contralateral
al déficit -
hemiparesia/hemihipo-
estesia).

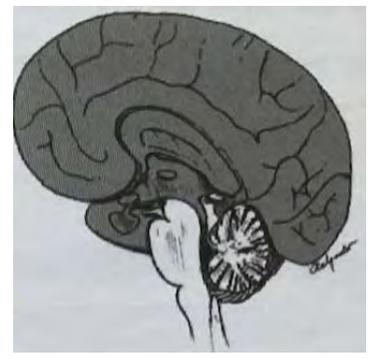
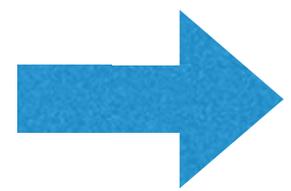


DESVIACIÓN
OCULAR
CONTRALATERAL A
LA LESIÓN (ipsilateral
al déficit)

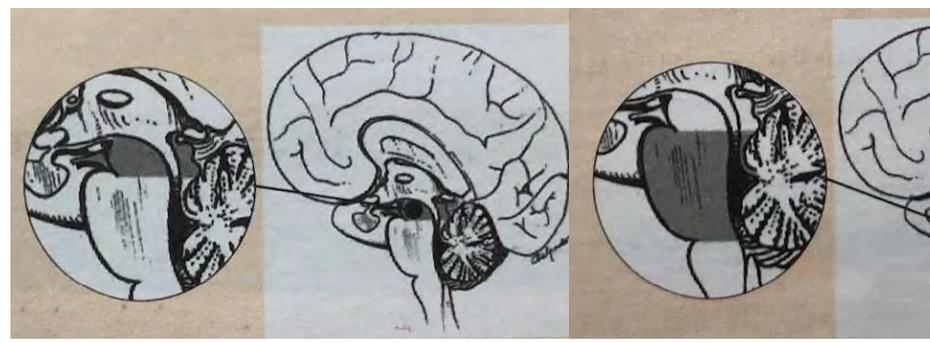
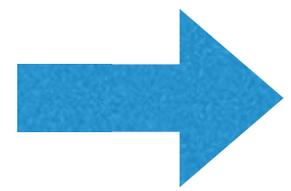


REFLEJOS OCULOCEFÁLICOS

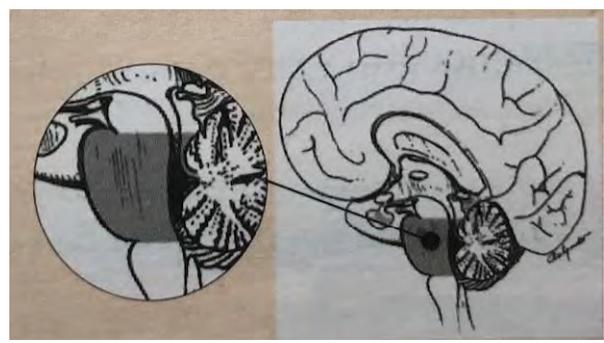
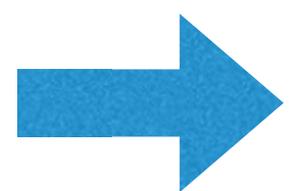
REFLEJOS OCULOCEFÁLICOS NORMALES (ojos de muñeca):



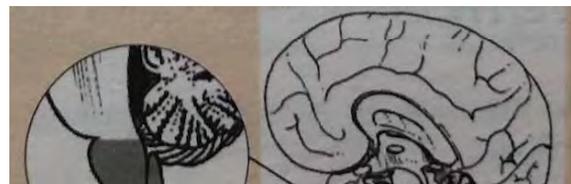
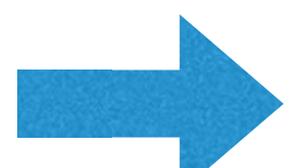
REFLEJOS OCULOCEFÁLICOS ABOLIDOS (No hay ojos de muñeca)



ABOLICIÓN DE REFLEJO CORNEAL

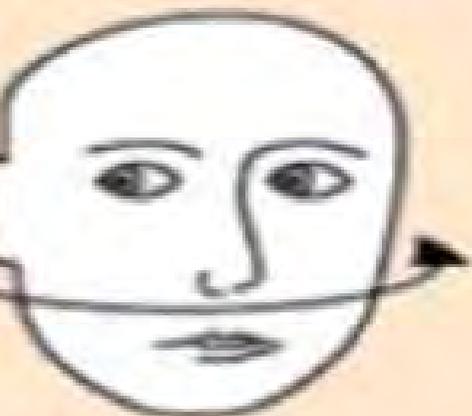


ABOLICIÓN DE REFLEJO NAUSEOSO



Reflejos oculocefálicos

Cabeza a la izquierda, ojos a la derecha



Central, respuesta normal

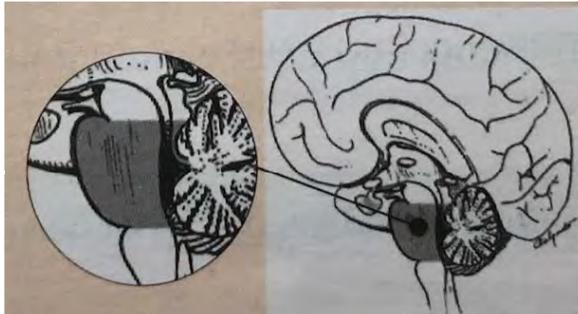


Cabeza a la derecha, ojos a la izquierda



OCULARES ANORMALES

BOBBING OCULAR: Movimientos intermitentes bruscos y de descenso de los globos oculares que retornan a posición primaria con un movimiento más lento.



DESVIACIÓN EN SKEW:
Desconjugación de los ojos en plano vertical



POSTURAS REFLEJAS

DECORTICACIÓN.

Flexión de codo

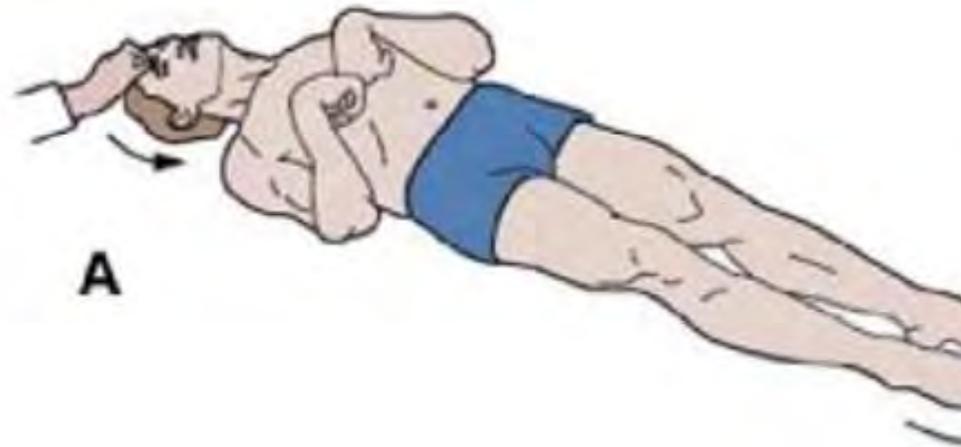
Aducción de hombro y brazos

Pronación e hiperflexión de muñecas

Piernas Extendidas

Lesión hemisféricas profundas o b

3



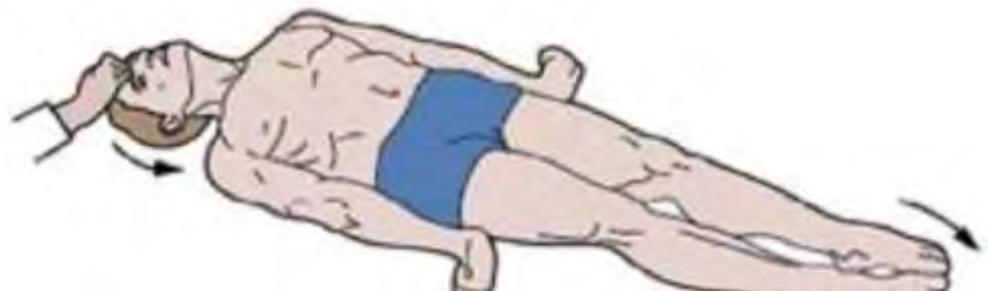
DESCEREBRACIÓN.

Extensión, aducción y rotación interna de hombros y brazos.

Piernas Extendidas

Lesión entre núcleo rojo y n. vest

2



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Coma psicógeno

Síndrome de cautiverio (Locked-in)

Abulia y mutismo acinetico

Estado vegetativo

Muerte cerebral

CRITERIOS DE MUERTE CEREBRAL

riterios de exclusión

Causa desconocida

Origen toxicometabolico

Hipotermia o shock

Niños menores de 2 años

riterios de inclusión

Causa demostrada de naturaleza destructiva tras 6 h desde el comienzo

Coma profundo arreactivo

Apnea de 10 min sin respirador

Abolición de reflejos troncoencefalicos

Curo de Urgencias. CHU Badajoz. Junio 2018

Trazado isoelectrico en el electroencefalograma

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Constantes vitales, glucemia mediante tira reactiva, gasometrías arterial, ECG.

Hemograma, bioquímica, coagulación, orina con tóxicos

RX de tórax

TAC de cráneo

TRATAMIENTO

Medidas generales

Coma de etiología desconocida

Flumazenil ampollas 10 ml con 1mg se administra un bolo IV

Clonazepam (Berneva 100 mg) 1 ampolla IM

Flumazenil (Anexate ampollas 5 ml 0,5 mg) 1 ampolla IV

Glucosa 50% (Glucosmón) Hipoglucemia