

Manejo del Paciente Inconsciente



2

Manejo del Paciente Inconsciente

2

I	Introducción	1
II	Puerta de Entrada al Protocolo	1
III	Valoración Inicial	1
	Exploraciones Complementarias	
IV	Diagnóstico Diferencial	3
V	Actitud Terapéutica	3
	Medidas Generales	
	Tratamiento Farmacológico Específico	
VI	Criterios de Derivación Hospitalaria	4
VII	Aspectos Básicos en el Tratamiento del Inconsciente	4
	Anexo 1. Valoración Neurológica	6

Manejo del Paciente Inconsciente

I. Introducción

Las alteraciones del nivel de consciencia son causa frecuente de demanda de asistencia urgente, tanto en el medio Extrahospitalario como a nivel Hospitalario. Este hecho junto con la gran cantidad de procesos, muchos de ellos tratables, que pueden desembocar en este complejo sintomático hacen de este un tema de gran interés.

Del estado de alerta físico y mental que supone un nivel de consciencia normal hasta la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma existen multitud de estadios que trataremos de esquematizar más adelante. Sin embargo, los términos empleados en estos casos son vagos, llevan a confusión y carecen de reproducibilidad, de ahí que seamos partidarios de evitarlos o, en cualquier caso, de acompañarlos de una descripción detallada de la respuesta del paciente ante distintos estímulos.

II. Puerta de Entrada al Protocolo

*El estado de **inconsciencia** se define como aquella situación clínica que lleva al paciente a una disminución del estado de alerta normal, pudiendo oscilar desde una tendencia al sueño hasta una ausencia total de respuesta frente a estímulos externos, persistiendo únicamente una actividad refleja residual.*

Según el grado de alteración del nivel de consciencia lo clasificamos en:

Somnolencia: tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas así como a estímulos dolorosos.

Obnubilación: es un grado más marcado caracterizado por respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos. No existe respuesta adecuada a órdenes verbales complejas.

Estupor: existe una falta de respuesta a todo tipo de órdenes verbales pero una adecuada reacción a estímulos dolorosos.

Coma profundo: ausencia de respuesta a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.

III. Valoración Inicial

La valoración de un paciente en coma debe ir encaminada fundamentalmente a determinar el origen estructural o metabólico del coma y a detectar aquellas situaciones que requieran un tratamiento inmediato. En la práctica, la imposibilidad de determinar el nivel lesional sugiere una causa metabólica.

Existen cinco parámetros físicos para determinar el nivel anatómico de la lesión pues la escala de Glasgow, al ser factor pronóstico, debe de utilizarse exclusivamente en el coma por traumatismo craneoencefálico:

A. **Nivel de consciencia:** es este el parámetro definitorio del coma. Las afecciones hemisféricas difusas y las alteraciones diencefálicas originan cambios en el nivel de consciencia que van desde la somnolencia al estupor, mientras que las lesiones de tronco suelen originar coma profundo.

B. **Respuesta pupilar.**

C. **Posición en reposo, movimientos oculares y reflejos oculocefálicos y corneal.**

D. **Patrón respiratorio.**

E. **Respuesta motora.**

Exploraciones Complementarias

Atención Prehospitalaria Urgente (Equipos de Emergencias)

Se realizará a todos los pacientes:

- Glucemia mediante tira reactiva.
- Electrocardiograma (ECG)
- Monitorización.
- Medición de la saturación periférica de O₂ mediante pulsioximetría.

En los **Servicios de Urgencias Hospitalarios** se realizará:

- Glucemia mediante tira reactiva.
- Electrocardiograma (ECG).
- Monitorización.

Se cursarán, remitiendo los resultados a Observación o UCI según el destino del paciente, las siguientes exploraciones:

- Gasometría arterial.
- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario.
- Bioquímica sanguínea incluyendo urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, glucemia, AST, ALT, CPK, amilasa y proteínas totales.
- Orina completa con sedimento.
- Radiografía de tórax.

Otras pruebas complementarias indicadas sólo en casos muy concretos son:

- Muestra de sangre y orina para estudio toxicológico.
- TAC craneal y/o toraco-abdominal.
- Punción lumbar.
- Ecografía abdominal y/o cardíaca.

Estas exploraciones se pueden cursar desde los Servicios de Urgencias pero en ningún caso retrasarán el ingreso del paciente.

IV. Diagnóstico Diferencial

Es necesario realizar un rápido diagnóstico diferencial con aquellos procesos que se manifiestan con una pérdida transitoria del conocimiento bien real o ficticia, de ahí que nos basemos fundamentalmente en datos clínicos. Entre estos procesos destacamos:

- Los *estados histéricos y el coma psicógeno*. Los pacientes que los padecen suelen tener antecedentes de episodios similares y de trastornos psiquiátricos.
- Los *simuladores*. Estos pacientes generalmente simulan una pérdida de consciencia para llamar la atención, por lo que el episodio suele acontecer generalmente en presencia de público. En la exploración física es significativa una resistencia activa a la apertura pasiva de los ojos.
- Los *estados postcríticos*. El paciente suele presentar signos de haber sufrido una crisis convulsiva, como mordedura lateral de la lengua e incontinencia de esfínteres. El nivel de consciencia lo recupera espontáneamente de manera paulatina.
- Los *cuadros sincopales*. En ellos la recuperación de consciencia tiene lugar de manera rápida cuando el paciente se coloca en posición de decúbito.

V. Actitud Terapéutica

Medidas Generales

- En ausencia de pulso y respiración espontánea monitorizar con palas e iniciar protocolo de RCP.
- Permeabilización adecuada de la vía aérea. Para ello se aspirarán secreciones bronquiales y se asegurará una ventilación apropiada administrando oxígeno mediante mascarilla de efecto Venturi al 24% hasta disponer del resultado de la gasometría. De no existir respiración espontánea, se ventilará con Ambú y mascarilla conectado a una fuente de oxígeno a un flujo de 15 l/min y a un ritmo de 12-15 ventilaciones por minuto.
- Canalizar vía venosa periférica y/o central perfundiendo suero glucosado al 5% a un ritmo de 7 gotas/minuto.
- Monitorización electrocardiográfica.
- Medición de la tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- Sondaje vesical y medición de diuresis.
- Sondaje nasogástrico para evacuar contenido gástrico, previa intubación endotraqueal para aislar la vía aérea.

Tratamiento Farmacológico Específico

Sólo se realizará en Prehospitalaria Urgente en aquellas situaciones que requieran un tratamiento inmediato. Como la mayoría de estos procesos son objeto de estudio de otros protocolos de actuación urgente, sólo nos detendremos en algunos de ellos.

1. Si no se conoce ni se sospecha la etiología del coma se administrarán

- *Naloxona* por vía I.V. en bolo a dosis de 0,01 mg/Kg que, para un paciente de 70 Kg equivale a 1,5 ampollas del preparado comercial.

- **Tiamina** por vía I.M. a dosis de 100 mg que equivale a 1 ampolla del preparado comercial de esta sustancia.
- **Glucosa hipertónica** I.V. a dosis de 1 ampolla del preparado comercial, ante hipoglucemia comprobada.
- **Flumazenil** a dosis de 0,3 mg I.V. en bolo que equivale a 3 ml de la presentación en el mercado de este fármaco. De conseguir una respuesta apropiada continuaremos con bolos de 3 ml hasta un máximo de 7 dosis y posteriormente se administrará una perfusión de 25 ml de Flumazenil en 250 ml de suero glucosado al 5% a una velocidad de infusión de 6 gotas por minuto.

2. *Si se conoce la causa del coma se iniciará tratamiento específico según la patología desencadenante.*

VI. Criterios de Derivación Hospitalaria

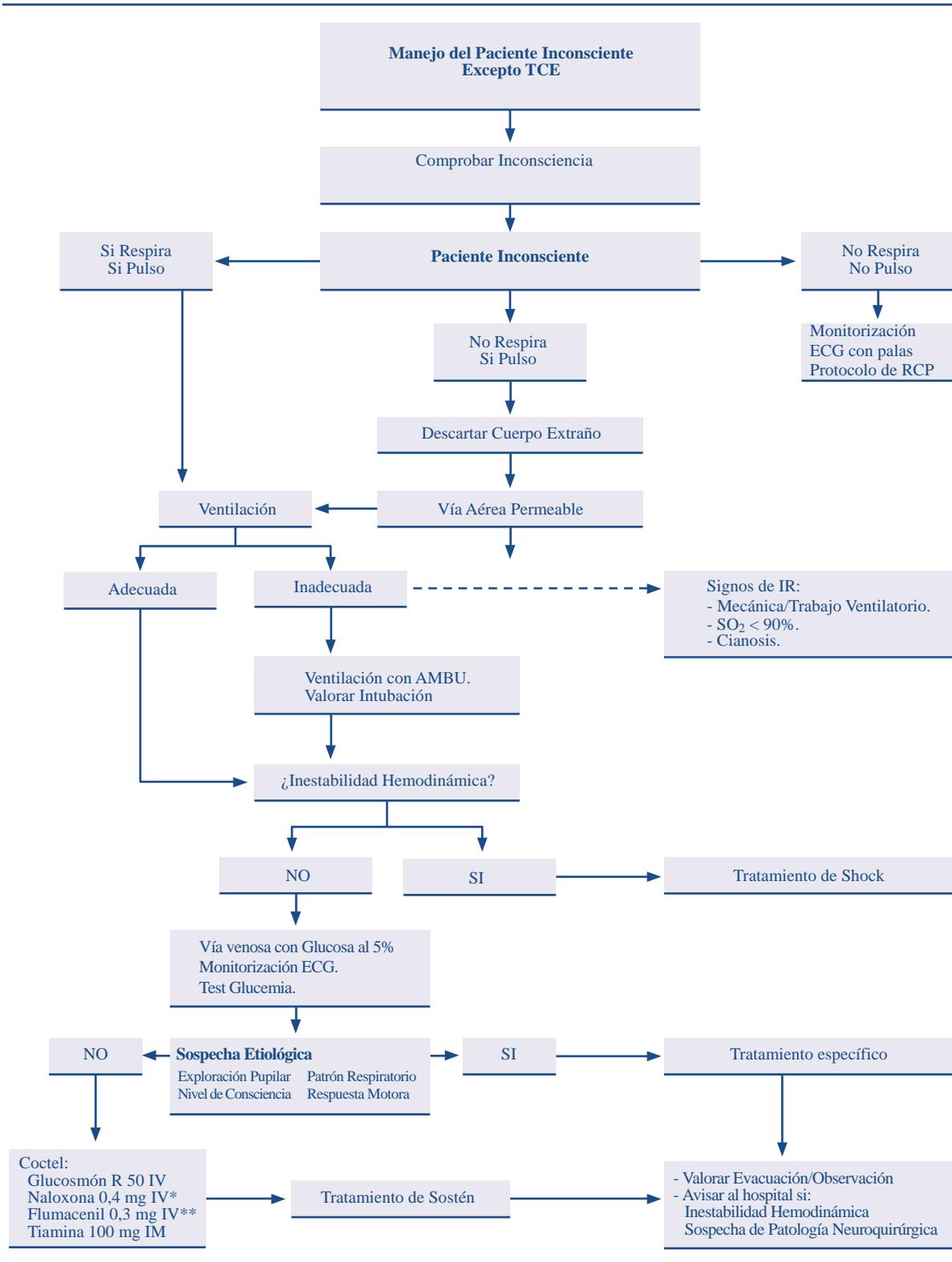
Todos los pacientes asistidos por alteración del nivel de consciencia, independientemente de la causa que lo haya desencadenado, deben remitirse a los Servicios de Urgencias Hospitalarios para realizar una nueva valoración y decidir el ingreso del enfermo bien en el área de Observación o en la UCI.

VII. Aspectos Básicos en el Tratamiento del Inconsciente

TABLA 1 ASPECTOS BASICOS EN EL TRATAMIENTO DEL INCONSCIENTE

Crterios	Aclaraciones	Excepciones
<p>Estructura Existencia de los recursos humanos y materiales que se detallen en el protocolo.</p>		
<p>Proceso Haber realizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración cardiorespiratoria. - Valoración Neurológica - Glucemia capilar, ECG e instauración de vía venosa. - Se administrará el tratamiento específico o en su defecto la asociación descrita en el protocolo. 	Informe donde conste la valoración inicial, la evolución y la terapéutica.	
<p>Traslado Ir siempre acompañado de personal sanitario</p>	MÉDICO y/o DUE	

DIAGRAMA 5 MANEJO DEL PACIENTE INCONSCIENTE



* Naloxona ampollas de 0,4 mg. La dosis inicial puede repetirse hasta alcanzar 10 mg.
** Flumacencil ampollas 0,5 mg/5 ml ó 1 mg/10 ml. Repetir dosis según respuesta. Max. 2 mg.

ANEXO I

Valoración Neurológica

A. Respuesta pupilar

Es fundamental para realizar la valoración inicial y seguir la evolución posterior. Previamente a la valoración debemos asegurarnos que el paciente no haya recibido colirios. Podemos encontrarnos ante:

Pupilas isocóricas, mióticas y normorreactivas: indican encefalopatía metabólica, intoxicación por opiáceos, intoxicación por insecticidas organofosforados y lesiones diencefálicas.

Pupila miótica unilateral: constituye un signo de alerta de herniación transtentorial y generalmente se acompaña de ptosis palpebral, enoftalmos y anhidrosis facial homolateral (Síndrome de Claude–Bernard–Horner).

Sugiere lesión a nivel de hipotálamo, de la cadena simpática cervical o afección bulbomedular.

Pupilas isocóricas en posición media (4–6 mm) y arreactivas: indican lesión mesencefálica, protuberancial, encefalopatía anóxica o intoxicación por glutetimida o escopolamina.

Pupilas isocóricas, midriáticas y arreactivas: indican lesión bulbar.

Midriasis arreactiva unilateral: sugiere herniación del uncus temporal con afección del tercer par. Acompañada muchas veces de ptosis palpebral.

Reflejo cilio-espinal: consiste en la provocación de midriasis al aplicar estímulo doloroso al paciente. Indica indemnidad del tronco del encéfalo.

B. Posición en reposo. Movimientos oculares y Reflejos oculocefálicos y corneal:

1. Posición en reposo y movimientos oculares:

Mirada desconjugada

- Lesión III par craneal con desviación de la mirada hacia fuera y abajo.
- Lesión VI par craneal con desviación de la mirada hacia dentro.

Mirada conjugada horizontal

- Desviación hacia lado contrario a la hemiparesia. La lesión se localiza en el hemisferio hacia el que miran los ojos a excepción de algunos procesos talámicos que se comportan de forma similar a como lo hacen los procesos protuberanciales descritos a continuación.
- Desviación hacia el lado de la hemiparesia. La lesión se localiza en la protuberancia en el lado contrario al que se dirige la mirada.

Movimientos erráticos oculares: son los llamados “ojos en Ping Pong”. Indican indemnidad del tronco cerebral.

Mirada conjugada vertical: la desviación conjugada de los ojos en ese plano con imposibilidad de dirigir la mirada hacia arriba indica lesión mesencefálica.

Mirada fija hacia delante: indica lesión mesencefálica.

Nistagmos convergentes y de retracción: sugieren lesión mesencefálica.
Movimientos conjugados bruscos hacia abajo con regreso lento a la posición inicial (bobbing ocular): sugieren lesión protuberancial.

2. Reflejos oculocefálicos

Consisten en realizar un movimiento de rotación brusco de la cabeza del paciente obteniéndose como respuesta normal una desviación conjugada de los ojos hacia el lado contrario. La alteración de este reflejo indica lesión de tronco cerebral. Recordamos que para explorar este reflejo es imprescindible que el paciente esté en coma profundo, de lo contrario desviaría la mirada de forma voluntaria. Así mismo hemos de cerciorarnos de la ausencia de lesión cervical traumática antes de realizar esta maniobra.

3. Reflejo corneal

Consiste en la oclusión parpebral al estimular la cornea. Su presencia indica indemnidad troncoencefálica.

C. Patrón respiratorio

Respiración de Cheyne-Stokes: sugiere lesión diencefálica o hemisférica bilateral de origen estructural o metabólico.

Hiperventilación neurógena central: indica lesión mesencefálica o protuberancial alta en ausencia de hipoxemia o acidosis severa.

Respiración apneusica: sugiere lesión protuberancial baja.

Respiración de Biot o atáxica: indica lesión bulbar.

E. Respuesta motora

Decorticación: indica lesión hemisférica difusa y/o lesión diencefálica y se caracteriza por extensión de miembros inferiores y aducción de miembros superiores con flexión codos.

Descerebración: indica lesión mesencefálica o protuberancial y se caracteriza por extensión de miembros inferiores y aducción, extensión y pronación de los superiores.

