

LA CAUSA, DETERMINANTE

¿Qué hace despertar del coma?

- Entre los comas reversibles están los hipoglucémicos, los generados por medicamentos que deprimen la conciencia o los provocados por un accidente



REPÚBLICA/EP | MADRID PUBLICADA EL 19-05-2013

El despertar o no de un paciente en estado de coma depende de diferentes factores, entre los que se encuentran su respuesta física, el tratamiento que recibe por parte de los profesionales sanitarios y la causa de origen de su actual estado de salud. Así lo ha señalado el coordinador del Grupo de Urgencias de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el doctor Daniel García Gil, que indica que el factor de la respuesta fisiológica del paciente ante sus lesiones "influye mucho". A su juicio, el estado de coma "es una situación de bajo nivel de conciencia, el estado mas grave dentro de ella, y que es debido a una disfunción cerebral". En este sentido, explica que existe un entramado neuronal en el cerebro, que conecta con el tallo cerebral, y que es "el que se puede ver afectado" en el paciente en coma. Para él, lo que determina su severidad es la causa del mismo, entre las que se pueden encontrar "problemas de origen tóxico, metabólico y lesiones estructurales que pueden ir desde hemorragias a infartos cerebrales o lesiones tumorales o infecciosas".

En cuanto a los **traumatismos**, subraya que éstos “son lesiones focales que afectan a una parte cerebral determinada”. Al respecto, expone que “no es lo mismo un paciente que haya tomado una droga, por ejemplo heroína, que una persona que haya tenido un accidente y tenga una hemorragia en la cabeza”.

En relación a las **medidas sanitarias** que se ponen en marcha en los pacientes, y que se ejecutan “para evitar que se produzcan lesiones secundarias y para proteger al cerebro de más agresiones”, García Gil afirma que éstas se realizan en la Unidad de Cuidados Intensivos, “dónde se le controla la presión de la cabeza, un factor que es muy importante”.

“Nuestro cerebro está protegido por el cráneo y cuando aumenta la presión tenemos un grave problema de espacio, por lo que hay que vigilar los niveles mediante unos sofisticados sistemas de **monitorización de la presión**”, continúa el experto de la SEMI. Además, señala que es necesario aplicar tratamientos para evitar que suba la temperatura, ya que “es preferible mantener al paciente con una temperatura corporal baja”.

Otro aspecto a cuidar es el azúcar en sangre, y es que éste “tiene que estar en un determinado nivel para que no altere más la función del cerebro”, asegura al tiempo que expone que, en pacientes hipotensos, se utilizan fármacos “muy parecidos” a la adrenalina “para mantener la tensión arterial del paciente”.

De cualquier forma, existen los denominados **comas irreversibles**, que son los de que el paciente no despierta por haber sufrido “muerte encefálica”, manifiesta García Gil. Para determinar este extremo, los expertos se basan en una serie de criterios clínicos que expresan que el daño cerebral “es tan severo y mantenido, que es irreparable”, indica.

Para ellos, es preciso proteger la vía aérea mediante un tubo, ya que el paciente “no es capaz de respirar por sí sólo y tiene **riesgo de asfixia**”, lamenta. Por ello, se le aplica un respirador, con el que se intenta “mantener una adecuada oxigenación, hiperventilando al comatoso”, afirma. Además, se le administran una serie de sueros especiales “para asegurar que el flujo de sangre que llega al cerebro es el correcto”. Con esta medida se pretende “proteger a esas neuronas que ya están dañadas”, subraya el experto.

Coma inducido

En cuanto a los que si son reversibles, el especialista señala a los **hipoglucémicos**, los generados por medicamentos que deprimen la conciencia

o los generados con un accidente, que pueden ser solventados "si se evacua el hematoma". Además, en este grupo ubica los comas inducidos. Éstos se aplican en muchas patologías, sobre todo, las del sistema nervioso central, "en las que interesa mantener al paciente en un estado en el que no esté agitado, y que esté relajado y sedado", sostiene García Gil. Un ejemplo de ello es la epilepsia, que provoca que el paciente convulsione.

Ante ello, se induce un coma que puede ser revertido cuando el equipo médico así lo requiera. Esta opción puede realizarse al acabar la vida media del medicamento a través del cual se ha inducido el coma o empleando otros que funcionan "como antídoto", asegura.

Por último, el especialista asegura que "no hay ningún protocolo establecido" en relación a los pacientes en coma de larga duración y sin presencia de muerte encefálica. Sin embargo, sostiene que "hay una serie de parámetros e indicadores que hacen predecir una mala evolución".

"Tenemos que tener en cuenta las voluntades anticipadas del paciente y mantenerlo con vida con medidas artificiales", continúa al tiempo que confirma que "no se le puede desconectar". No obstante, asegura que si existe esa posibilidad "cuando se está en una situación irreversible de muerte cerebral y es donante de órganos".