



VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONSCIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESCALA DE COMA GLASGOW Y ESCALA AVPU

López Pisón J¹, Madurga Revilla P²

¹Unidad de Neuropediatría y Metabolismo.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.



Introducción (I)

En cualquier centro hospitalario o de Atención Primaria (AP) pueden presentarse urgencias que el pediatra de AP debe estar preparado para reconocer y manejar de forma rápida y eficaz. Para ello, en la evaluación inicial, es muy útil el **triángulo de evaluación pediátrica (TEP)**, que valora, solo con la inspección, tres aspectos fundamentales: apariencia, respiratorio y circulatorio.

La afectación de la **apariencia indica encefalopatía aguda con alteración del estado de consciencia.**

Introducción (I)

La **alteración del estado de consciencia**, que puede manifestarse como confusión, estupor o coma, obedece a **múltiples causas neurológicas y sistémicas**.

La encefalopatía aguda puede deberse a **causas fácilmente identificables y tratables** como **hipoglucemia, hiponatremia o intoxicación por benzodiacepinas**, pero puede asociarse a **etiologías de extrema gravedad**, con riesgo vital.

Introducción (II)

Las dos escalas más utilizadas en la evaluación del estado de consciencia son: la **escala de coma de Glasgow** (GCS) y la **escala AVPU** (*Alert-Verbal-Pain-Unresponsive*).

Existe una clara correlación entre ambas en los valores extremos **GSC 15 = "A"** y **GSC 3 = "U"**, siendo el rango GSC más amplio para "V" y "P".

La escala **AVPU** constituye una herramienta muy útil para el **triaje inicial y una evaluación rápida** en escenarios de emergencia, por lo que puede ser especialmente práctica para la valoración inicial en Pediatría de Atención Primaria.

Escala de coma Glasgow (GCS)



Apertura de Ojos

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Abre antes del estímulo	✓	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	✓	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	✓	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	✓	No valorable	NV

Respuesta Verbal

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Da correctamente el nombre, lugar y fecha	✓	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	✓	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	✓	Palabras	3
Solo gemidos, quejidos	✓	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	✓	No valorable	NV

Mejor respuesta motora

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Obedece la orden con ambos lados	✓	Obedece comandos	6
LLeva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	✓	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	✓	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	✓	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	✓	Extensión	2
No hay movimiento en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Parálisis u otro factor limitante	✓	No valorable	NV

Escala AVPU

Surgió como una herramienta simplificada para evaluar rápidamente el nivel de consciencia en entornos de emergencia prehospitalaria, como alternativa menos compleja a la GCS. Muestra rápidamente cuán despierto está el paciente y cómo reacciona ante diferentes estímulos.

El paciente puede estar:

- Alerta (A)
- Responder a estímulos verbales (V)
- Responder al dolor (P: *pain*)
- Estar no reactivo (U: *unresponsive*)

La escala AVPU tiene buena correlación con los valores extremos de GCS (3 y 15), siendo el rango de equivalencia más amplio en los valores intermedios; puede compararse con la GCS de la siguiente manera:

- 
- A = GCS 15
 - V = GCS 11-14
 - P = GCS 4-10
 - U = GCS 3.

Aplicación práctica en AP de las escalas AVPU y GCS

Un niño con **GCS 14 o AVPU V o menores** presenta una **encefalopatía aguda que exige una actuación rápida y estructurada**. Es prioritario realizar una **anamnesis dirigida** sobre **antecedentes personales y familiares** de episodios similares, patología neurológica o metabólica, así como investigar la posibilidad de **ingesta de fármacos o tóxicos**, y determinar de inmediato la **glucosa capilar**.

Es importante, dada la alta prevalencia en Pediatría, considerar la posibilidad de que se trate de:

- Una **crisis epiléptica no convulsiva**, en cuyo caso la aplicación de escalas como GCS o AVPU puede resultar poco orientativa y no debe retrasar el tratamiento. En esta situación, tras descartar una hipoglucemia con glucemia capilar, se recomienda administrar benzodiacepinas.
- Un **estado poscrítico**, en el que no está indicada la administración adicional de medicación anticonvulsivante si no hay recurrencia de las crisis.

Aplicación práctica en AP de las escalas AVPU y GCS

Si el nivel de consciencia no mejora, el niño debe ser derivado sin demora a un centro hospitalario, idealmente con vía intravenosa periférica canalizada, perfusión de suero fisiológico y traslado en ambulancia medicalizada.

A menor puntuación en la GCS o en la AVPU, mayor es la gravedad del cuadro y el riesgo de compromiso vital.

Un paciente que solo responde al dolor en la escala AVPU ("P") o tiene una puntuación en la GCS de 8 o menos se considera, en general, candidato a intubación endotraqueal (dado que con este grado de afectación es muy posible que estén alterados los reflejos protectores de la vía aérea) y ventilación mecánica, siempre que esta depresión del nivel de consciencia no se prevea rápidamente reversible y no existan contraindicaciones. En esta situación, la solicitud de traslado medicalizado debe realizarse con carácter de máxima urgencia.

