

Valoración del estado de consciencia en Atención Primaria: escala de coma de 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.

Valoración del estado de consciencia en Atención Primaria: escala de coma de Glasgow y escala AVPU.

RESUMEN: PUNTOS CLAVE PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- La alteración del estado de consciencia, que puede manifestarse por confusión, estupor o coma, obedece a múltiples causas neurológicas y sistémicas, algunas fácilmente identificables y tratables como la hipoglucemia, pero puede asociar extrema gravedad, con riesgo vital.
- La alteración del nivel de consciencia es un proceso dinámico, y para su manejo diagnóstico y terapéutico es fundamental una evaluación sistemática, ordenada y evolutiva.
- 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*). Aplicadas de forma repetida, permiten orientar el abordaje inicial del niño, monitorizar la evolución e intercambiar información entre los profesionales.
- A menor puntuación en la GCS o en la AVPU, mayor es la gravedad del cuadro y el riesgo de compromiso vital.
- Un valor en la GCS de 15 indica de forma clara y rápida normalidad del estado de consciencia. Todo valor de GCS menor de 15 indica alteración del nivel de consciencia, y por tanto, encefalopatía aguda.
- La escala AVPU, más sencilla de aplicar, puede compararse aproximadamente con la GCS de la siguiente manera: **A** (alerta) = GCS 15; **V** (responde a estímulos verbales) = GCS 13-14; **P** (responder al dolor, *pain*) = GCS 4-10; **U** (no reactivo, *unresponsive*) = GCS 3.
- Un niño con GCS de 11-14 o AVPU V presenta una encefalopatía aguda que exige una actuación rápida y estructurada, incluida la determinación inmediata de glucosa capilar. Si el nivel de consciencia no mejora, el niño debe ser derivado sin demora a un centro hospitalario en ambulancia medicalizada (si se dispone de ella).

Palabras clave

Atención Primaria • Escala de coma de Glasgow • Escala AVPU • Nivel de consciencia.

Assessment of Consciousness Level in Primary Care: Glasgow Coma Scale and AVPU Scale

SUMMARY: KEY POINTS FOR PRIMARY CARE PEDIATRICIANS

- **Definition and clinical relevance.** Altered level of consciousness (ALOC), presenting as confusion, stupor, or coma, may result from a wide range of neurological and systemic conditions. Some causes are readily identifiable and reversible (e.g. hypoglycaemia); however, ALOC may indicate a life-threatening condition and should always be considered a medical emergency.
- **Clinical approach.** ALOC is a dynamic condition. Diagnostic and therapeutic management must be based on a systematic, structured, and ongoing assessment, with repeated clinical evaluations.
- **Assessment tools.** The Glasgow Coma Scale (GCS) and the AVPU scale (Alert-Verbal-Pain-Unresponsive) are the most commonly used tools to assess level of consciousness in children. Repeated application allows:

Cómo citar este artículo: López Pisón J, Madurga Revilla P. Valoración del estado de consciencia en Atención Primaria: escala de coma de Glasgow y escala AVPU. Form Act Pediatr Aten Prim. 2026;19(1):50-3.

Keywords

Primary Care • Glasgow Coma Scale • AVPU Scale • Consciousness Level.

- Guidance of the initial clinical approach.
- Monitoring of neurological evolution.
- Clear communication between healthcare professionals.
- **Severity assessment.** Lower GCS or AVPU scores indicate greater severity and an increased risk of life-threatening compromise.
- **Interpretation of GCS:**
 - GCS 15: normal level of consciousness.
 - GCS <15: altered level of consciousness, consistent with acute encephalopathy.
- **Correlation between AVPU and GCS:**
 - A (Alert): GCS 15.
 - V (responds to verbal stimuli): GCS 13-14.
 - P (responds to pain): GCS 4-10.
 - U (Unresponsive): GCS 3.
- **Initial management and referral.** Children with a GCS score of 11–14 or AVPU V have acute encephalopathy and require urgent, structured management, including immediate capillary blood glucose measurement.
 - If there is no rapid improvement in the level of consciousness, the child should be urgently transferred to hospital, preferably by advanced life support ambulance, if available.

INTRODUCCIÓN

En las consultas de Atención Primaria, así como en las consultas externas hospitalarias, no es frecuente que aparezcan niños con alteración del estado de conciencia. Sin embargo, en cualquier centro hospitalario o de Atención Primaria, pueden presentarse urgencias que el pediatra de Atención Primaria 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. Si está afectada la apariencia, estamos ante una encefalopatía aguda con alteración del estado de conciencia¹.

La alteración del estado de conciencia, que puede manifestarse por confusión, estupor o coma, obedece a múltiples causas neurológicas y sistémicas²⁻³.

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

Este artículo se dedica a la evaluación del estado de conciencia mediante las dos escalas más utilizadas: la **escala de coma de Glasgow** (GCS) y la **escala AVPU** (*Alert-Verbal-Pain-Unresponsive*)⁴⁻⁷. El estado de conciencia puede cambiar, a veces de forma rápida e imprevisible, y, por tanto, estas escalas se aplican de forma repetida. Permiten orientar el abordaje inicial del niño, monitorizar la evolución e intercambiar información entre los profesionales que lo atienden de una manera rápida y

concisa. Además, tienen valor pronóstico, ya que las puntuaciones más altas, lógicamente, suelen asociarse con una mejor evolución neurológica.

Ambas escalas son herramientas válidas para la evaluación del estado del nivel de conciencia en niños, y existe una clara correlación entre ambas en los valores extremos GCS 15 = “A” y GCS 3 = “U”, siendo el rango GCS 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. Pero su uso debe ser complementado o reemplazado por la escala GCS completa cuando se disponga de recursos adecuados, ya que esta última proporciona una mayor sensibilidad, especificidad y capacidad de seguimiento en el paciente neurológico grave: para monitorización seriada y toma de decisiones clínicas críticas⁶⁻⁷.

La GCS es la referencia universal para cuantificar el nivel de conciencia, pero la escala AVPU resulta más sencilla y rápida de aplicar, por lo que es especialmente práctica como herramienta de valoración inicial en Pediatría de Atención Primaria.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)⁴⁻⁵

Se emplea de forma generalizada en la valoración del coma de cualquier causa, aunque solo está validada para el coma por traumatismo craneoencefálico.

La GCS valora tres ítems:

- Apertura ocular (O, puntuación de 1 a 4).
- Respuesta verbal (V, de 1 a 5).
- Respuesta motora (M, de 1 a 6).

Existe una adaptación para niños menores de 5 años (Tabla 1).

En base a ello, clasifica el nivel de consciencia en:

- Consciente: GCS 15.
- Alteración leve del nivel de consciencia: GCS 12-14.
- Alteración moderada: GCS 9-11.
- Alteración grave: GCS <9.

Un GCS de 15 indica de forma clara y rápida normalidad del estado de consciencia. Todo GCS menor de 15 indica encefalopatía aguda, y debe quedar desglosado en los tres ítems ocular, verbal y motor.

ESCALA AVPU⁷

La escala AVPU surgió como una herramienta simplificada para evaluar rápidamente el nivel de consciencia en entornos de emergencia prehospitalaria y primeros auxilios, 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*) o 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 ATENCIÓN PRIMARIA 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 (midazolam por vía intravenosa o nasal, o diazepam por vía intravenosa o rectal), siguiendo las dosis habituales de urgencias pediátricas.

Tabla 1. Escala de coma Glasgow y su adaptación para menores de 5 años

	> 5 años	< 2-5 años	
Apertura ocular	Espontánea	Espontánea	4
	Al hablarle	Al hablarle	3
	Al dolor	Al dolor	2
	No responde	No responde	1
Respuesta verbal	Orientada	Sonríe, llora	5
	Desorientada	Llora continuamente	4
	Palabras inapropiadas	Llanto exagerado	3
	Sonidos incomprensibles	Gruñido	2
	No responde	No responde	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	6
	Localiza dolor	Localiza dolor	5
	Retirada al dolor	Retirada al dolor	4
	Decorticación (flexión)	Decorticación (flexión)	3
	Descerebración (extensión)	Descerebración (extensión)	2
	No responde	No responde	1

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : hazlo así **GCS** al 40 **VERBAL MOTOR**

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde

COMPRUEBA
Factores que interfieren en la comunicación, capacidad de respuesta y otras lesiones

OBSERVA
La apertura de los ojos, el contenido del discurso y los movimientos del lado derecho e izquierdo

ESTIMULA
Verbal: diciendo o gritando una orden
Física: presión en la punta del dedo, el trapecio o el arco supraorbital

VALORA
Asignar de acuerdo a la mejor respuesta observada

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 interfiera en la comunicación	✓	No valorable	NV

Mejor respuesta motora

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Obedece la orden con ambos lados	✓	Obedece comandos	6
Levanta 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

Lugares Para Estimulación Física
Presión en la punta del dedo, Píñzalo en trapecio, Arco supraorbital

Características de las Respuestas Flexoras
Modificado con el permiso de Van Der Naalt 2004, Ned Tijdschr Geneeskd

Flexión anormal
Estereotipo lento
Brazo sobre el pecho
Antebrazo rotado
Pulgar apretado
Pierna extendida

Flexión Normal
Rápida
Variable
Brazo lejos del cuerpo

Para información adicional y demostración en vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Fuente: www.glasgowcomascale.org

Figura 1. Escala de coma Glasgow.

- Otra posibilidad que puede presentarse con relativa frecuencia es un estado poscrítico, en el que no está indicada la administración adicional de medicación anticonvulsivante si no hay recurrencia de las crisis. En este contexto, se espera una mejoría progresiva del nivel de consciencia, siempre con monitorización clínica estrecha para detectar cualquier deterioro o aparición de nuevos signos neurológicos

En cualquier caso, 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 siempre que esté disponible.

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.



GUÍA RÁPIDA PARA URGENCIAS



BIBLIOGRAFÍA

1. Dieckmann RA, Fuchs S, Gausche-Hill M. The Pediatric Education for Prehospital Professionals Course and the Pediatric Assessment Triangle: A 25-Year Retrospective. *Prehosp Emerg Care*. 2023;27:539-43.
2. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974;2(7872):81-4.
3. López Pisón FJ, Madurga Revilla P, García Iñiguez JP. Examen del niño con alteración de la consciencia. En: Verdú A (ed.). *Manual de Neurología Infantil*. 2.ª edición. Madrid: Panamericana; 2014. p. 41-9.
4. Oñoro G. Escalas de riesgo y mortalidad. En: Casado Flores J, Serrano A (eds.). *Urgencias y tratamiento del niño grave*. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2014; p. 1690-8.
5. Glasgow Coma Escala. Eyes Verbal Motor. The Glasgow structured approach to assessment of the Glasgow coma scale. En: GCS [en línea] [consultado el 17/03/2026]. Disponible en: <http://www.glasgowcomascale.org>
6. Nuttal AG, Paton KM, Kemp AM. To what extent are GCS and AVPU equivalent to each other when assessing the level of consciousness of children with head injury? A cross-sectional study of UK hospital admissions. *BMJ Open*. 2018;8(11):e023216.
7. McNarry AF, Goldhill DR. Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma Scale. *Anaesthesia*. 2004;59(1):34-7.