

MEDICIÓN DE SIGNOS NEUROLÓGICOS (ESCALA DE GLASGOW)

1.- OBJETIVO

Proporcionar los conocimientos necesarios para valorar el nivel de conciencia del paciente.

2.- DEFINICIÓN

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

Respuesta ocular	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación: 15 Normal
< 9 Gravedad
3 Coma profundo

3.- REFERENCIA

PG-ENF-01.

4.- PROCEDIMIENTO

4.1.- Precauciones

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes.

4.2.- Preparación del material

- Escala de Glasgow.

4.3.- Preparación del paciente

- Comprobar la identidad del paciente.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Requerir la atención del paciente.

4.4.- Técnica

- Identificar al paciente.
- Higiene de las manos, según PD-GEN-105
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Valorar:

1.-Respuesta ocular. El paciente abre los ojos:

- De forma **espontánea**: hay apertura ocular sin necesidad de estímulo, indica que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están activos. Los ojos abiertos no implica conciencia de los hechos. "Puntuación 4".

- **A estímulos verbales:** a cualquier frase, no necesariamente una instrucción. "Puntuación 3"
- **Al dolor:** aplicando estímulos dolorosos en esternón, en la base del esternocleidomastoideo, en el lecho ungueal etc. (no debe utilizarse presión supraorbitaria). "Puntuación 2".
- **Ausencia de respuesta:** no hay apertura ocular. "Puntuación 1".

2.-Respuesta verbal. El paciente está:

- **Orientado:** Debe saber quien es, donde está y por qué está aquí y en que año, estación y mes se encuentra. "Puntuación 5".
- **Desorientado/confuso:** responde a preguntas en una conversación habitual, pero las respuestas no se sitúan en el tiempo o espacio. Lo primero que se pierde es la situación del tiempo, luego del lugar y por último la persona. "Puntuación 4".
- **Incoherente:** no es posible llevar a cabo una conversación sostenida; reniega y grita. "Puntuación 3".
- **Sonidos incomprensibles:** emite lamentos y quejidos sin palabras reconocibles. "Puntuación 2".
- **Sin respuesta:** no hay respuesta verbal. "Puntuación 1".

3.-Respuesta motora. El paciente:

- **Obedece órdenes** (por ejemplo levantar el brazo, sacar la lengua etc.) "Puntuación 6".
- **Localiza el dolor:** a la aplicación de un estímulo doloroso con un movimiento deliberado o intencionado. "Puntuación 5".
- **Retirada al dolor:** a la aplicación del estímulo, el sujeto realiza respuesta de retirada. "Puntuación 4".
- **Flexión anormal:** frente al estímulo el sujeto adopta una



postura de flexión de las extremidades superiores sobre el tórax, con abducción de las manos. "Puntuación 3".

- **Extensión anormal:** ante el estímulo el sujeto adopta postura extensora de las extremidades superiores e inferiores. Existiendo rotación interna del brazo y pronación del antebrazo. "Puntuación 2".
- **Sin respuesta:** "Puntuación 1".

4.5.-Observaciones

- Al valorar la respuesta motora, los estímulos se deben aplicar en ambos hemisferios en las extremidades superiores, anotando la puntuación más alta.
- Para la valoración utilizar órdenes concretas y sencillas.

4.6.-Educación

No procede.

4.7.-Registro del procedimiento

- Anotar en el plan de cuidados la periodicidad de la aplicación de la escala de Glasgow.
- Registrar la puntuación obtenida en la gráfica de signos vitales.
- Registrar las variaciones y las medidas adoptadas en las observaciones de enfermería.

4.8.-Cuidados posteriores

- Comunicar al médico responsable en caso de producirse cambios acentuados.
- La frecuencia de esta valoración dependerá de la situación del paciente.

5.- BIBLIOGRAFÍA

- Gil M., Garcia M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 [Actualizado 12/07/2010; citado 24/05/2011], disponible en:

www.eccpn.aibarra.org/temerio/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm

- Enfermería de Urgencias. Técnicas. [actualizado 1 Abril 2005; citado 24/05/2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.enferurg.com/técnicas/glasgow.htm>
- Villanueva J, Gil A, Diaz F. Manejo del ICTUS agudo. Unidad de ICTUS, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2007.
- Manual de Procedimientos del Hospital de Basurto. Bilbao 2001.

6.- REVISIÓN

La revisión de este procedimiento se realizará cada tres años y cada vez que ocurra algún cambio significativo que así lo aconseje.

ESCALA DE GLASGOW

Respuesta ocular (apertura de ojos)	
Esontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación: 15 Normal
< 9 Gravedad
3 Coma profundo