

LIC. MARIA A. HUGUET

RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN
DEL USUARIO EN SALA DE URGENCIAS
R.A.C.

TRIAGE ESTRUCTURADO DE ENFERMERIA

2015

[Seleccione la fecha]

[Escriba aquí una descripción breve del documento. Normalmente, una descripción breve es un resumen corto del contenido del documento. Escriba aquí una descripción breve del documento. Normalmente, una descripción breve es un resumen corto del contenido del documento.]

INTRODUCCIÓN:

Desde el punto de vista sanitario, los conceptos de emergencia y de urgencia son similares, equiparándose la primera a la urgencia vital (grado mayor de urgencia).

- Urgencia: es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados (OMS).

Podemos definirla también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

- Emergencia: es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano.

Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.

Establecidas estas diferencias y dada la creciente demanda asistencial de los servicios de urgencias, es de obligación realizar una valoración previa y establecer unos sistemas de selección que determinen la prioridad de la urgencia, clasificando a los pacientes que acuden a este servicio antes de que reciban asistencia médica, siguiendo criterios de gravedad que determinaran las necesidades del paciente con respecto al medio hospitalario derivándolos a donde mejor convenga, atendiendo a diversas variables: disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el servicio, etc. Esto es lo que entendemos por TRIAGE o TRIAJE.

RECEPCION ACOGIDA Y CLASIFICACION (TRIAJE ESTRUCTURADO DE ENFERMERÍA)

En Latinoamérica, el triage se ha implementado como un sistema de clasificación de prioridad para la atención en urgencias pediátricas, con el fin de disminuir la morbimortalidad al mejorar la oportunidad de la atención. Además, estos sistemas buscan optimizar el uso de los recursos de la institución, definir el lugar en que el paciente va a ser atendido según la capacidad técnica o iniciar de inmediato los trámites de remisión, para la atención en una institución de nivel superior. Otro de sus objetivos es disminuir la ansiedad con la que llegan el paciente y los acompañantes, al informar el nivel de urgencia en el que ha sido clasificado y el tiempo aproximado que tendrán que esperar para ser atendidos.

Objetivos

- Mejorar la calidad asistencial del servicio garantizando la equidad en la asistencia valorando el nivel de gravedad y el tiempo de espera.
- Diferenciar los casos realmente urgentes de aquellos que no lo son a partir de una serie de preguntas y protocolos establecidos clasificando a los enfermos según criterios de gravedad y no de llegada.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención y tiempo de espera probable.
- Aplicar, si procede, ciertas técnicas iniciales y básicas propias del ejercicio profesional.
- Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Facilitar confort al paciente pediátrico y a sus acompañantes en la medida de lo posible.

Definición

El concepto de triage en el ámbito sanitario se entiende como la función de clasificar a los enfermos antes de que reciban la atención asistencial que necesitan. Por ello, es necesario una escala de clasificación válida, útil y reproducible y de un equipo tanto humano como material que permita realizar una priorización de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

A los efectos de reconocer la importancia en la implementación de un sistema de triage estructurado, mencionaremos, sólo algunos de los efectos de la sobrecarga en los servicios de urgencia:

- Riesgo para la seguridad de la población.
- Prolongación del dolor y sufrimiento.
- Largas demoras, pacientes insatisfechos.
- Aumento del índice de pacientes perdidos sin ser visitados y abandonos voluntarios
- Dificultades de derivación.
- Disminución de la productividad y eficiencia.
- Violencia.
- Efectos negativos en la docencia.
- Disminución de la comunicación

Con el triage realizamos un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnóstico sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al niño en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas.

“Un triage bien realizado es la clave de la unidad de urgencias”.

EL Triage estructurado es la disponibilidad de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, con una estructura física acorde, y un nivel profesional y tecnológico que permita una evaluación adecuada del paciente, en el marco de un programa re evaluable y mejorable; siendo una de las claves de la eficiencia y efectividad clínica del servicio.

Dado que el triage no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia inter observador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria, es reivindicado a nivel internacional desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad.

Triage pediátrico

Los niños presentan problemas de riesgo vital con menos frecuencia que los adultos, pero tienen más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil, o deterioro rápido. La valoración de los síntomas en el niño, especialmente en los pequeños, es difícil e interferida por la angustia familiar.

La valoración de la edad pediátrica, del estado fisiológico del niño ajustado a la edad (nivel de conciencia y reactividad, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y perfusión) y las reevaluaciones frecuentes son fundamentales en el triage infantil.

Escalas de Triage

La comunidad científica internacional coincide en recomendar los sistemas de triage basados en escalas de 5 niveles de priorización, uniformes y estandarizadas, como medida fundamental para garantizar la accesibilidad y mejorar la calidad de los servicios de urgencias hospitalarios.

Actualmente existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, 5 escalas con suficiente peso específico para ser consideradas como de triage estructurado:

- *Australasian Triage Scale (ATS)*. Publicada el 1993 y revisada el 2000.
- *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*. Desarrollada en 1995.
- *Manchester Triage System (MTS)*. Introducido en 1996.
- *Emergency Severity Index (ESI)*. Desarrollado en EEUU en 1999.
- *Modelo Andorrano de Triage (MAT)*. Aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000.

Si bien estos modelos están diseñados para el paciente adulto la escala canadiense de triage y gravedad pediátrica (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: PaedCTAS*) se ha desarrollado como complemento de la Escala Canadiense de Triage y gravedad para los Servicios de Urgencias (CTAS). Las diferencias específicas reflejan las circunstancias y condiciones únicas de

los niños. La escala se basa en las presentaciones habituales, síntomas o síndromes y cada niño ha de ser triado en función de su edad, estado de desarrollo y gravedad, considerando sus aspectos socio-familiares y culturales.

La necesidad de crear un modelo de triage específico pediátrico está justificada por las abismales diferencias entre el niño y el adulto que abarcan desde las patologías, los síntomas y la entrevista, hasta los procedimientos, técnicas y materiales.

Nos basaremos en el Modelo Andorrano de Triage (MAT) que se ha implantado en la mayoría de hospitales catalanes y ha sido el escogido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes) para elaborar el Sistema Español de Triage (SET), el primero propiamente hispano y en lengua española.

ROL DE ENFERMERIA

La competencia de la Enfermera/o en el triage pediátrico es valorar inicialmente al niño que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales. Aplicar y/o realizar si proceden técnicas enfermeras tanto al niño como a sus acompañantes.

Entre otros, los principales funciones de las Enfermeras de Triage; denominado en la nomenclatura Enfermera; Recepción, Acogida y Clasificación de Urgencias (RAC) será la ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida y distribución si fuera preciso según la situación de la estructura y organización de la Unidad, la aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional, y también, y no menos importante, ofertar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, facilitando estabilidad y confort y prestando apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.

PERFIL DE LA ENFERMERA DEL TRIAGE

Personal profesional de Enfermería con formación específica en urgencias de pediatría, con buena capacidad de comunicación, tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción.

Experiencia en el servicio de urgencias no inferior a un año, conocimientos sobre entrevista clínica y gran capacidad de organización y resolución en situaciones difíciles.

La Enfermera del triage es el primer contacto del paciente pediátrico y su familia con el servicio de urgencias. En la primera impresión deberá:

- Explicar a las familias la metodología de trabajo
- Transmitir seguridad y control

- Informar de lo que ocurre y anticiparse a los procedimientos que van a seguir
- Utilizar un lenguaje comprensible
- Dar sensación de control de la situación
- Apoyo emocional

Ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área administrativa del servicio y con la sala de espera teniendo un control visual de la misma, y así:

- Recibir a los pacientes y sus familiares en un consultorio privado, con la máxima confidencialidad y de forma agradable y empática.
- Realizar una rápida evaluación clínica mediante:
 - Entrevista al niño y a la familia.
 - Exploración-observación subjetiva del estado del niño
 - Monitorización de las constantes vitales que precise según la clínica del paciente.
- Registrar dicha valoración
- Asignar el nivel de triage
- Realizar si procede cuidados enfermeros
- Ubicar al niño en el área de destino.
- Informar al equipo de urgencias (médico y enfermería).
- Registro en H. C. específica del área.
- Mantener a los pacientes y a sus familiares informados.
- Reevaluar periódicamente a los pacientes durante su espera y modificar si procede su nivel de triage

Protocolos en triage

- Protocolos estandarizados.
- Atención individual de los pacientes.
- Protocolos consensuados y validados por el personal de enfermería y médico del servicio.

- Soporte en guías clínicas o algoritmos protocolizados.

ESTANDARES

Entrevista de la Enfermera de triage

Duración de 2-5 minutos.

Estándar ≤ 5 minutos en $>95\%$ de los triages.

Tiempo registro/triage ≤ 15 minutos en $>95\%$ de los pacientes clasificados.

No es una evaluación completa.

Preguntas abiertas y cerradas.

No influir en las respuestas del paciente o familiar.

Recoger informaciones críticas para establecer la gravedad del paciente.

Datos básicos que ha de recoger el registro de triage

- Forma de llegada del paciente y si está acompañado.
- Motivo de consulta.
- Antecedentes y tratamiento habitual de interés.
- Alergias conocidas del paciente.
- Interrogatorio (incluye datos subjetivos y objetivos). Escala de dolor.
- Constantes/signos vitales.
- Prioridad de atención del paciente.
- Área donde se ubica al paciente.
- Profesional que realiza el triage.

Valoración:

El enfermero de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente.

La evaluación inicial o física es un acto clínico diferente del diagnóstico que incluye el Triángulo de evaluación pediátrica (TEP) y la evaluación del ABCDE, no necesita analítica, ni imágenes, sus objetivos son identificar las anomalías anatómicas y funcionales, estimar la gravedad y determinar con cuánta urgencia se requiere intervención de emergencia.

El TEP es una herramienta rápida, útil y sencilla, exclusivamente sobre la base de indicios visuales y auditivos.

Los tres componentes del TEP, en su conjunto, reflejan el estado fisiológico global del niño; es decir, su estado general de oxigenación, ventilación, perfusión y función cerebral. Los componentes del mismo son el aspecto general, el trabajo respiratorio y la circulación cutánea.



Figura 1. Triángulo de evaluación pediátrica.

Es el elemento más importante para determinar la gravedad de la enfermedad, la necesidad de tratamiento y la respuesta al mismo. Refleja el estado de oxigenación, ventilación, perfusión cerebral, homeostasis corporal y función del SNC.

Muchas características contribuyen a definir el aspecto general de un niño, algunas de las más importantes se resumen en:

Tono: ¿El niño se mueve o se resiste enérgicamente al examen? ¿Presenta un tono muscular adecuado o está inmóvil, flácido o hipoactivo?

Interacción con el entorno: ¿El niño está alerta? ¿Tiende la mano hacia un juguete o un instrumento de examen, como el depresor lingual? ¿Atrapa estos objetos y juega con ellos o no muestra interés en jugar o interactuar con la persona que lo acompaña?

Consuelo: ¿El familiar puede consolar o tranquilizar al niño o el llanto y la agitación no cesan a pesar de las palabras afectuosas?

Mirada: ¿El niño fija la mirada en un rostro o presenta una mirada vacía y opaca?

Lenguaje/llanto: ¿La voz y el llanto son fuertes y espontáneos o son débiles, apagados o roncós?

Las diferentes edades se asocian con importantes diferencias evolutivas de las capacidades psicomotrices y sociales. En consecuencia, el aspecto normal sería según la edad.

Un niño con aspecto normal en general no padece una enfermedad grave, pero algunos niños con una enfermedad o una lesión graves pueden tenerlo, como en ciertas intoxicaciones o traumatismos romos donde el niño, mantiene una perfusión central suficiente pese a la hemorragia interna aumentando el gasto cardíaco y la resistencia vascular general.

Trabajo respiratorio

Es un indicador más rápido de la oxigenación y la ventilación. Refleja el intento del niño de compensar las deficiencias de la oxigenación.

Signos de aumento del trabajo respiratorio:

Posición anormal (olfateo, trípode, rehúsa acostarse).

Tiraje

Cabeceo (meneo de la cabeza en los lactantes).

Aleteo nasal.

Ruidos respiratorios anormales.

Taquipnea.

La evaluación conjunta del aspecto general y del trabajo respiratorio ayudan a determinar la gravedad de la enfermedad:

Perfusión cutánea

Evaluar rápidamente la circulación sanguínea permite determinar si el gasto cardíaco y la perfusión de los órganos vitales son adecuados. Incluye circulación sanguínea de la piel: palidez (anemia o hipoxia), moteado o cianosis.

Es importante que el niño esté expuesto pero que no sienta frío. Si el gasto cardíaco es bajo, el organismo lo compensa aumentando la frecuencia cardíaca y disminuyendo la irrigación de regiones anatómicas no esenciales (piel y mucosas) para proteger cerebro, corazón y riñones. La frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el relleno capilar y los ruidos cardíacos se pueden postergar hasta la fase ABCDE.

La combinación de los tres componentes del triángulo de evaluación pediátrica puede resolver tres interrogantes fundamentales:

1. ¿Cuál es la alteración funcional más probable?
2. ¿Cuán grave es la enfermedad del niño?
3. ¿Con cuánta premura es necesario intervenir y qué tipo de intervenciones terapéuticas se deben administrar?

El ABCDE es la segunda parte de la evaluación inicial, y un examen físico ordenado, con contacto con el paciente, que permite establecer una secuencia de intervenciones de apoyo vital según las prioridades establecidas, con el fin de revertir la insuficiencia orgánica e incluye:

Vía aérea.

Respiración: Frecuencia respiratoria, auscultación, saturación de oxígeno (oximetría de pulso).

Circulación: Frecuencia cardíaca, características del pulso, temperatura cutánea, tiempo de llenado capilar y presión arterial (TA sistólica mínima= 70+ [2 por edad en años]).

Discapacidad:

Corteza cerebral: Aspecto general (TEP), escala APDN, escala de Glasgow modificada.

Tronco encefálico: Reacción pupilar luminosa, actividad motora.

Exposición (esta fase la realizará el médico asistido por enfermería)

Una vez finalizada la evaluación inicial y tratada las alteraciones funcionales o anatómicas agudas damos paso a la evaluación adicional que incluye:

Anamnesis y examen físico dirigidos:

Realizar un interrogatorio exhaustivo.

Efectuar un examen físico detallado.

Establecer un diagnóstico clínico.

Planificar los estudios complementarios de laboratorio, estudios de diagnóstico por imágenes y tratamiento.

2- Evaluación Permanente

Ver cómo evolucionan las alteraciones funcionales y anatómicas detectadas.

Observar respuestas a las intervenciones.

Guiar las modificaciones del tratamiento.

Clasificación:

Se considera la parte clave del proceso, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención facultativa.

El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

NOTA:

Se deberá tener en cuenta la intensidad del dolor al definir la prioridad con que el niño debe ser atendido. Este síntoma en sí es una urgencia. Además, un niño con dolor viene acompañado por padres con un alto grado de ansiedad.

Para evaluar el dolor se puede emplear la escala *Amiel Tison*, que mide la severidad del dolor en los lactantes y la escala visual análoga (EVA) en los niños mayores de cuatro años. En la clasificación el dolor severo se clasifica, en general, en el nivel 2 de urgencia, mientras que el moderado agudo en el nivel 3 o 4, dependiendo de la escala de valoración utilizada.

Niveles de priorización

Los pacientes serán valorados en el menor tiempo posible por el profesional encargado del triage, el cual aplicará los criterios de la escala para asignar el nivel de urgencia del I al V. El nivel del asignado determinará el orden en que los pacientes serán atendidos por el personal facultativo y de enfermería.

Nivel I (ROJO)

Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.

*Tiempo de atención de enfermería **inmediato***

*Tiempo de atención del facultativo **inmediato***

Nivel II (NARANJA)

Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.

Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso.

*Tiempo de atención de enfermería **inmediato***

*Tiempo de atención del facultativo **15 minutos***

Nivel III (AMARILLO)

Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales).

*Tiempo de atención de enfermería **30 minutos***

*Tiempo de atención del facultativo **30 minutos***

Nivel IV (VERDE)

Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad-urgencia significativa.

Suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica

*Tiempo de atención de enfermería **60 minutos***

*Tiempo de atención del facultativo **60 minutos***

Nivel V (AZUL)

Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica.

Tiempo de atención de enfermería 120 minutos

Tiempo de atención del facultativo 120 minutos

NIVEL	SIGNOS/SINTOMAS
I	<ul style="list-style-type: none"> • Resucitación, con inminencia de muerte • Paro cardiorrespiratorio • Patología respiratoria • Obstrucción de vías respiratoria altas • Obstrucción de vías respiratorias bajas • Inminencia de falla respiratoria • Apneas • Alteración de la conciencia • Convulsión o estatus convulsivo • Accidentes graves • Traumatismos graves • Reacción anafiláctica • Ahogamiento • Quemadura eléctrica • Quemaduras mayores del 25% de la superficie corporal quemada o con compromiso de la vía aérea
II	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome febril en lactante menor de seis meses • Fiebre más petequias • Síndrome de dificultad para respirar • Disnea, polipnea, aumento del trabajo respiratorio, estridor laríngeo • Alteraciones del nivel de conciencia, confusión, estupor, obnubilación, agitación • Alteraciones hemodinámicas, pulso débil, alteración de la tensión arterial • Sangrado severo • Trauma craneoencefálico moderado • Dolor abdominal con alteración sistémica

	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma torácico y abdominal • Vómito y/o diarrea con signos de deshidratación • Reacción alérgica/urticaria • Sospecha de diabetes mellitus tipo I • Intoxicación medicamentosa
III	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de un mes • Dolor tolerable • Cuadro respiratorio agudo sin signos de dificultad respiratoria • Vómito/diarrea sin signos de deshidratación • Fiebre sin compromiso sistémico • Enfermedad crónica no complicada • Síncope • Sospecha de infección urinaria en pacientes entre seis y doce meses
IV	<ul style="list-style-type: none"> • Ej.: Fiebre moderada o de corta evolución, con buen estado general
V	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser resueltos en el 1^a nivel de atención.

Funciones de la enfermería de R.A.C.:

La enfermería de R.A.C. ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área de recepción administrativa del servicio y con el área de espera de los pacientes. Recibir a los pacientes y sus familiares en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad.

Conocer perfectamente la escala aplicada, realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente y/o familia dirigiendo la entrevista, cuando sea necesario, para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica del paciente mediante la monitorización de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.) y documentar dicha valoración.

Acompañar a los pacientes a la zona donde serán atendidos, dar la información registrada al equipo multidisciplinar encargado del proceso diagnóstico y terapéutico en el área asignada.

Reevaluar periódicamente a los pacientes la sala de espera e instruir a los pacientes y sus familias para que notifiquen a la enfermera del R.A.C. cualquier cambio en la situación clínica.

Deberá tener control visual del área de espera y de cabina de admisión de pacientes.

REEVALUACION SEGÚN LOS NIVELES DE PRIORIZACION

TABLAS ÚTILES EN EL TRIAGE PEDIATRICO

Edad	Peso/Kg	F.C.: lpm	F. R.: rpm	Tensión Arterial: mm Hg	
				Sistólica	Diastólica
Pretérmino	1	140-160	40-60	39-59	16-36
RN	3-4	120-180	30-50	50-75	30-50
6 m 1 año	7	100-130	20-40	80-10	45-65
	10				
1-2 a	10-12		20-30	80-105	45-70
2-3 a	12-14	90-120	15-25	80-120	50-80
3-6 a	12-19				
6-8 a	19-26	80-110	15-20	85-130	55-90
8-10 a	26-32				
10-14 a	32-50	70-100	13-15	90-140	60-95
> 14 a	> 50				

ASMA- CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD
PROF. O. BELLO

VARIABLES	1	3	5
PUNTAJES ASIGNADOS			
SIBILANCIAS	INSPIRACION	INSPIRACION ESPIRACIÓN	AUSENTES
RETRACCIONES	MININA	IMPORTANTE	MUY MARCADAS USO DE ECM MOV. TORACO-ABD. PARADOJALES
SAT O2	93-95% VEA	<93% VEA 90-95% C/O2	<90% CON O2
CONCIENCIA	NORMAL	AGITADO	MUY AGITADO SOMNOLIENTO CONFUSO

LEVE	4-8
MODERADA	9-12
SEVERA	13-20

VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA:

ESCALA DE GLASGOW

Tabla 2. Escala de Glasgow Modificada para Lactantes

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Esontánea	4	Esontánea, normal	6	Arrullos balbuceos	5
A la voz	3	Retira al tacto	5	Irritable	4
Al dolor	2	Retira al dolor	4	Llora al dolor	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Quejido al dolor	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

Escala de Coma de Raimondi (Menores de 3 años)

Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Respuesta Ocular
4. Flexiona y extiende	3. Llanto vital	4. Sigue con la mirada.
3. Retira al dolor	2. Respiración espontánea	3. Movimientos extraoculares conservados, pupilas reactivas.
2. Hipertonía	2. Hipertonía	2. Movimientos extraoculares disminuídos, pupilas fijas.
1. Flaccidez		1. Movimientos extraoculares abolidos, pupilas fijas

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

Clasificación de los Niveles de Conciencia	
Categoría	Características
Alerta	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
Letargo	Paciente somnoliento e inactivo, necesita un estímulo más intenso para despertar.
Embotamiento	Indiferencia a los estímulos externos, mantiene la respuesta fugazmente.
Estupor	Sólo despierta con estímulos externos intensos y continuos.
Coma	La estimulación energética no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.

Fuente: Urden Linda D. Valoración Neurológica y Proceso Diagnóstico, Cuidados Intensivos en Enfermería. 2ª ed. Harcourt Prace 1998.

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



From Wong D.L., Hockenberry-Eaton M., Wilson D., Winkelstein M.L., Schwartz P.: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission.