



**Nombre del alumno:**

**Gabriela Montserrat calvo Vázquez**

**Nombre del profesor:**

**Gerardo Antonio Morales Gómez**

**Nombre del trabajo:**

**Ensayo**

**Materia:**

**Submodulo 1**

PASIÓN POR EDUCAR

**Grado: Segundo Semestre. Grupo: A.**

**Fecha de entrega: 1 de julio del 2022 Día viernes**

## Introducción

Hablaremos de dos temas los cuales son: Valoración neurológica y Escala de Glasgow.

La valoración neurológica pueden ser el resultado de las alteraciones en las funciones cognitiva, motora, sensorial o neuromuscular, y pueden afectar negativamente a las personas en distintos aspectos, tales como la actividad, la comunicación y el bienestar.

La Escala de Glasgow es una escala de aplicaciones neurológicas que permite medir el nivel de conciencia de una persona.

La Escala de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores, la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora.



La exploración neurológica del paciente neurocrítico no sólo permite establecer una valoración basal adecuada, sino también detectar los cambios que se producen en el estado del paciente. Esta exploración incluye siempre la valoración del nivel de conciencia y el examen de las pupilas.

La mayor parte de los pacientes con TCE que acuden a los servicios de urgencias, presentan un TCE

Que es TCE?

La palabra TCE significa Traumatismo craneológico generalmente es causado por un golpe, una sacudida o un impacto explosivo a la cabeza, o una lesión penetrante de la cabeza que interrumpe el funcionamiento normal del cerebro. No todos los golpes de la cabeza causan un TCE

El objetivo principal de una escala es trasladar el conjunto de alteraciones neurológicas de cada exploración sucesiva a datos numéricos que ayuden a valorar de forma objetiva y cuantificable la gravedad de la alteración neurológica. Además, las escalas permiten comparar datos, deducir pronósticos.

La definición de coma más aceptada en la actualidad está basada en esta escala y se refiere a un paciente que no obedece órdenes, no pronuncia palabras, no abre los ojos y no responde espontáneamente ante cualquier estímulo. Esta escala nos permite valorar tanto la gravedad inicial tras el traumatismo, como la posterior evolución mediante exploraciones periódicas.

La valoración inicial, una vez realizada la reanimación, es la valoración más importante cuando el paciente posteriormente es sedado e intubado.

Existen otras escalas para medir la gravedad de la lesión neurológica, como son las escalas de coma de Bruselas, de Grady o de Innsbruck. Sin embargo, estas escalas no presentan la fiabilidad inter-observador y la capacidad pronóstica de la escala de Glasgow, por lo que no se utilizan de forma generalizada.

Una de las dificultades para determinar el alcance del traumatismo craneoencefálico leve (TCEL), es la falta de consenso en su definición. La definición más generalizada es la del paciente que ha sufrido un TCE y presenta una puntuación en la escala de Glasgow de 14 a 15 puntos.

Al paciente ingresado para observación, además de controlarle los signos vitales, se le deben realizar exploraciones neurológicas repetidas (Escala de coma de Glasgow, pupilas y memoria). La frecuencia de estas valoraciones dependerá de la situación clínica de cada paciente. Si la puntuación en la escala de Glasgow es inferior a 15, las guías europeas recomiendan repetir las cada 30 minutos durante las primeras 2 horas

Cuando el paciente es dado de alta a las pocas horas del accidente, algunos centros entregan al acompañante una hoja informativa con unas recomendaciones sobre los cuidados que requiere el paciente y los signos de alarma tributarios de acudir a un centro sanitario

## Estado de alerta

Comenzaremos por la descripción del estado de alerta o estado de despierto (o de conciencia, según la literatura anglosajona). Se describen cinco estados:

1. Alerta o despierto: El paciente tiene los ojos abiertos, interactúa y responde adecuadamente a los estímulos verbales.
2. Confusión (ocasionalmente se describe como obnubilación): El paciente tiene los ojos abiertos e interactúa, pero tiene disminuida su capacidad de atención, por lo que es posible que responda inadecuadamente a las preguntas.
3. Somnolencia o letargo: El paciente tiende a quedarse dormido si no es estimulado de alguna manera, para alertarlo generalmente es suficiente el estímulo verbal o algún estímulo táctil.
4. Estupor: El paciente tiene los ojos cerrados y solo tiene alguna respuesta cuando el estímulo es muy intenso o doloroso.
5. Coma: No existe respuesta alguna a estímulos.

## Estudios Neurológicos

Radiografía simple de cráneo

Tomografía computada

Resonancia magnética

Electroencefalograma

Potenciales evocados auditivos, visuales o somatosensoriales

Ultrasonido

Análisis de líquido

Cefalorraquídeo

Una vez realizado el diagnóstico sindromático, lo siguiente es realizar una aproximación topográfica de la alteración o lesión; en primer lugar, resulta muy importante distinguir entre lesiones del sistema nervioso periférico y del sistema nervioso central, además de tratar de

identificar si se trata de una patología: difusa (demencia, encefalopatía, delirium), focal (infarto cerebral, tumor, hematoma) o multifocal (esclerosis múltiple). Una primicia es tratar de explicar toda la sintomatología del paciente por un solo sitio de lesión, y si no fuera posible, entonces pensar en dos o más sitios; para esto resulta de vital importancia realizar una correlación clínica, anatómica y funcional muy estrecha. Explicar toda la diversidad de posibles sitios de lesión y su sinología, trasciende a los fines del presente manuscrito, pero si se desea, se pueden consultar textos especializados en el tema.

Los objetivos de la escala en términos clinimétricos son los siguientes: Discriminación: se refiere a la evaluación de la profundidad de la alteración de la consciencia y coma en pacientes con trastornos cerebrales agudos e implica distinguir gravedad del daño cerebral en leve o moderado. Evaluación: se refiere a la medición del cambio en el nivel de consciencia de los pacientes con daño cerebral mientras están bajo observación. Predicción: se refiere a la predicción de la evolución de estos pacientes en función de su nivel de consciencia en el momento de evaluación.

El nivel de consciencia no puede ser directamente observado, por lo tanto, la evaluación clínica de las personas con alteración en el estado de consciencia se basa en la observación y las inferencias sobre el estado subyacente. De ahí la importancia de proporcionar un marco común de referencia que no esté sujeta a la variabilidad entre evaluadores o a fluctuaciones impredecibles. Diversos estudios apoyan el uso de la GCS por profesionales de Enfermería y su validez en la toma de decisiones.

Un estudio reciente concluyó que la valoración de GCS por enfermeras de cuidados intensivos muestra una alta concordancia, tanto en la valoración global como en cada uno de sus componentes. Según este estudio la experiencia de las enfermeras observadoras no influye en las valoraciones.

## CONCLUSION

Un examen médico es el primer paso para diagnosticar una posible lesión cerebral. La evaluación generalmente incluye un examen neurológico. Este examen evalúa el pensamiento, la función motora (movimiento), la función sensorial, la coordinación, el movimiento de los ojos y los reflejos.

## BIBLIOGRAFIA

<https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/MercedesArribas>.

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un165h>

# Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de consciencia.  
Por debajo de 7 puntos: Coma  
Por debajo de 8 puntos: Intubación

Valor máximo: 15  
Valor mínimo: 3

**Respuesta ocular**

Esponánea	Orden Verbal	Al dolor	Sin respuesta
 4	 3	 2	 1

**Respuesta verbal**

Orientado	Desorientado	Palabras inapropiadas	Sonidos Incomprensibles	Sin respuesta
 5	 4	 3	 2	 1

**Respuesta motora**

Orden verbal	Localiza el dolor	Flexión/ retirada	Flexión anormal	Extensión	Sin respuesta
 6	 5	 4	 3	 2	 1