

11202



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE SIGNOS CLINICOS  
PARA VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN POSTANESTESICA

TESIS QUE PRESENTA:

**DRA. ANA LUISA SALAS GARCIA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD EN  
**ANESTESIOLOGIA**

ASESOR: DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2005

m351755



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE RECOLECCION DE FIRMAS



DOCTORA

NORMA LETICIA JUÁREZ DIAZ GONZALEZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



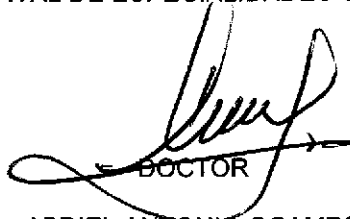
DOCTOR

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

JEFE DEPARTAMENTO CLINICO DE ANESTESIOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR

ABDIEL ANTONIO OCAMPO

MEDICO ANESTESIOLOGO

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

INVESTIGADOR ASOCIADO

UMAE HOSPITAL ESPECIALIDADES  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."

RECIBIDO  
- 5 SEP 2005  
DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION EN SALUD

**"CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE SIGNOS CLINICOS  
PARA VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN POSTANESTESICA"**

El presente estudio fue aprobado por el comité local de investigación con el número de folio; 013/96.

## **DEDICATORIAS**

Hace poco más o menos tres años que mi vida cambió por completo. Jamás había tenido la intención, ni la más profunda sensación de vivir sola. Quizás si hubiese sabido a todas las carencias que me enfrentaría y los problemas que me acogerían, jamás lo hubiera intentado. No obstante, con el paso del tiempo se aprende que la felicidad es gratis y fiel compañera de todos los días

**A DIOS:** Deseo agradecer profundamente la vida que me otorgó al haberme puesto en un hogar maravilloso al nacer, el cual recuerdo en estos momentos de manera nostálgica.

**A MIS PADRES:** Sin su apoyo en todo sentido el placer cotidiano de vivir sería simple monotonía. Es difícil imaginar cómo sería el andar cotidiano sin recordar su comprensión, su apoyo inmenso y su amor.

Gracias por compartir y dedicar gran parte de sus vidas conmigo y por darme aliento para la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo día; De verdad serán inolvidables.

**A RAMIRO:** Quiero agradecerte muy especialmente Rodri, que durante bastante tiempo tuviste la paciencia suficiente para apoyarme profundamente, para darme tu comprensión, tu cariño y tu amor. Gracias por hacer de esos momentos un verdadero vivir..... Gracias por presionar a mi perezosa voluntad para que avanzase. Qué puedo decir que sea nuevo para ti... Simplemente dejaré escrito lo que ya sabes: "Nadie hay para mí como tú".

**A VANESITA, LUPITA Y JUANITO:** Mis tres excelentes hermanos los que me preguntaron una (y mil) veces cómo iban las cosas o se interesaron por cuándo acababa (o cuándo empezaba). Ustedes han hecho posible que me sienta razonablemente orgullosa de este trabajo y espero sea motivo también de orgullo para ustedes.

## **AGRADECIMIENTOS**

**AL DR. ABDIEL ANTONIO OCAMPO (MI ASESOR DE TESIS):** Quiero enfatizar mi agradecimiento hacia usted por tener la paciencia ante mis dudas de novato y por escuchar atentamente los problemas que a lo largo de esta Tesis surgieron; su apoyo, sus consejos y sugerencias para mi formación, pero sobretodo por la amistad brindada.

Será difícil olvidar los maravillosos momentos de las comidas de especialidades y no por su sabor precisamente. Gracias a Fer, Mari y todos los que aparecían de manera espontánea por haber compartido esos formidables momentos.

Sin lugar a duda este trabajo no pudo haberse realizado sin la formación que recibí durante tres años en el hospital de. Especialidades y hospitales en los que tuve rotación. Gracias a todos los médicos que contribuyeron realmente en mi formación. A los pacientes que con su dolor y padecimientos son los verdaderos libros de los que aprendemos día con día.

Por último quiero dar las gracias a todos aquellos que me han devuelto una sonrisa, a todos aquellos que me ofrecieron un pan en tiempos difíciles, a todos aquellos que han puesto de su parte para que el trajín diario sea más llevadero y muy en especial a la vida que, como dijera Violeta Parra, me ha dado tanto.....

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVO	5
MATERIAL Y MÉTODOS	6
RESULTADOS	7
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIONES	12
BIBLIOGRAFÍA	16

## RESUMEN

### "CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE SIGNOS CLINICOS PARA VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN POSTANESTESICA"

\*Dra. Ana L. Salas García

\*\*Dr. Abdiel Antonio Ocampo

\*\*\*Dr. Antonio Castellanos Olivares

\*\*\*\*Dra. Norma Juárez Díaz González

**Introducción:** La unidad de cuidados pos anestésicos (UCPA) es el área del quirófano donde se realiza el cuidado de todos los pacientes que hayan recibido sedación, anestesia general o regional. La creación y difusión de las unidades de recuperación pos anestésicas (UCPA) han disminuido el riesgo de complicaciones, en el periodo inmediato a la cirugía. Debe emplearse un método cuantitativo para evaluar al paciente en la unidad de cuidados pos anestésicos y existen diferentes métodos para evaluar el proceso de recuperación pos anestésica como, en la actualidad la escala más utilizada es la de Aldrete Krulik propuesta en 1970 y vigente hasta la actualidad, la cual subestima la temperatura y la correlación de la circulación con algunos medicamentos utilizados actualmente en la practica anestésica ( vasopresores).

**Objetivo:** Construir y Validar una escala clínica para evaluación del paciente en el período pos anestésico inmediato.

**Material y Métodos:** Se estudiaron 500 pacientes de ambos sexos, programados para cirugía electiva o de urgencia con ASA I-IV en el HE CMN SXXI que fueron manejados con diferentes técnicas anestésicas; se midió en el área de recuperación una escala de signos clínicos, 20, 60, 90 y 120 minutos.

**Resultados:** Se realizó un estudio tipo prospectivo y longitudinal en 500 pacientes, con edades de 16 a 88 años, El análisis se hizo para evaluar la consistencia interna calculando el coeficiente alfa, el cual resultó tener validez con un coeficiente global de 0.72

**Conclusiones:** La escala de signos clínicos tiene validez interna con lo cual se puede evaluar al paciente en la sala de recuperación. Es consistente de acuerdo a la clasificación y puntuación que puede dar el evaluador.

\* Médico Residente de Tercer año de Anestesiología. HE CMN SXXI

\*\* Médico Anestesiólogo adscrito al HE CMN SXXI

\*\*\* Jefe del servicio de Anestesiología HE CMN SXXI

\*\*\*\* Jefe de la División de Educación e Investigación en Salud HE CMN SXXI



## **INTRODUCCIÓN**

La Unidad de cuidados pos anestésicos (UCPA) es el área del quirófano donde se realiza el cuidado de todos los pacientes que hayan recibido sedación, anestesia general o regional. (1)

La creación y difusión de las unidades de recuperación pos anestésicas (UCPA) han disminuido el riesgo de complicaciones, en el periodo inmediato a la cirugía: Las mismas son controladas por médicos anestesiólogos y personal auxiliar idóneo acompañado por recursos materiales de diagnóstico, para un adecuado manejo de todas estas situaciones. La mayoría de ellas son previsibles y de relativamente fácil resolución cuando se detecta una fase temprana de su evolución. (2)

En un hospital la UCPA está designada para la vigilancia del paciente en el periodo pos operatorio. Esto debido a la diversidad de efectos secundarios relacionados con los medicamentos utilizados en el transanestésico, así como complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico. La recuperación dependerá básicamente de la disminución de los anestésicos administrados. (3,4)

Los efectos secundarios a la administración de anestésicos son: Trastornos de la actividad muscular, trastornos de la función respiratoria, trastornos hemodinámicos Y estado de conciencia, todo esto a causa de acción de los

relajantes musculares, narcóticos, o por efecto directo de anestésicos sobre funciones cerebrales. (5,6)

Aún así y contando con controles y elementos de monitoreo tales como oxímetros, capnógrafo, tensiómetro automático etc. Fundamentalmente con las observaciones constantes, un número importante de pacientes pueden tener complicaciones que ponen en peligro su vida. Por ello tales complicaciones se pueden dividir como primarias y secundarias. (7)

Dentro de las primarias tenemos a las complicaciones neurológicas, respiratorias y hemodinámicas. Estas pueden progresar hasta ocasionar la muerte del paciente y generalmente cumplen un círculo vicioso entre ellas, cada una de las mismas puede desencadenar otras. Una hipoxia no diagnosticada puede llevar alteraciones hemodinámicas y llevarnos a paro cardíaco si no es tratada. (8)

Las secundarias dentro de las que tenemos las complicaciones metabólicas, náuseas, vómitos y dolor; No comprometen en forma inmediata la vida del paciente y pueden ser causa y consecuencia de las primarias o generarse entre ellas mismas. Así por ejemplo la hipotermia puede prolongar la recuperación de la conciencia o el dolor puede inducir náuseas y vómitos. (9)

Por ello, es necesario descubrir las complicaciones precozmente y tratarlas o mejor aún prevenirlas. Así como el mantenimiento de la respiración es trascendental para la vida del ser humano, el adecuado estado hemodinámico no es menos importante; entonces debe prestarse particular atención a la actividad

motora, saturación de oxígeno, respiración, circulación, estado de conciencia, coloración de tegumentos y temperatura. (10)

Debe emplearse un método cuantitativo para evaluar al paciente en la unidad de cuidados pos anestésicos y existen diferentes métodos para evaluar el proceso de recuperación pos anestésica como: El índice de calidad de la recuperación el cual es un cuestionario de nueve preguntas simples que presenta las limitaciones propias de preguntar a los pacientes que no son capaces de distinguir que parte de la asistencia se refiere la anestesia, a la cirugía o a los cuidados postoperatorios, y lo perciben como asistencia integral.

Otras escalas como el Índice de alta pos anestésico a casa, Criterios para la salida rápida tras anestesia ambulatoria cuenta con la limitación como que son escalas subjetivas y que requiere entrenamiento del personal que lo aplica o que son escalas no validadas. Otras más como la Escala de Interacción y serenidad de Vancouver y escala de valoración de alerta/ sedación por el observador cuentan con la limitación; la escala se desarrollaron usando una aproximación psicométrica y algunas de sus variables están tan cercanas que en el fondo miden lo mismo, son subjetivas, revierte el orden de los niveles respecto al Ramsay, aumenta el nivel al disminuir la sedación de forma análoga al Glasgow. (11,12,)

En la actualidad la escala más utilizada es la de Aldrete Kroulik propuesta en 1970 y vigente hasta la actualidad, la cual subestima la temperatura y la correlación de la circulación con algunos medicamentos utilizados actualmente en la práctica anestésica ( vasopresores) (13)

Se ha intentado unificar criterios para todos los tipos de anestesia y cirugías sin tener éxito al respecto. La realización y aplicación de esta valoración intenta facilitar el funcionamiento al anesthesiologo en instituciones en las que el volumen de trabajo es importante y en las que él es responsable directo de la recuperación inmediata de un padecimiento sometido a un procedimiento anestésico quirúrgico. (16)

La finalidad de este proyecto es una validación de constructo de la escala de signos clínicos para valoración de recuperación pos anestésica.

## **OBJETIVO**

Construir y Validar una escala clínica para evaluación del paciente en el período pos anestésico inmediato.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El estudio se dividió en dos fases:

### 1° Fase de construcción de la Escala:

A)Revisión de la bibliografía, en esta fase se revisó diferentes publicaciones sobre las diversas escalas, de las cuales se tomaron los parámetros clínicos que más frecuentemente se evalúan.

B)Clasificación de los signos clínicos y asignación de puntajes obtenidos de la escala previa.

C)Evaluación de consistencia interna. Se aplicó la escala a un grupo de 500 pacientes que fueron sometidos a anestesia general balanceada, Bloqueos regionales, local, sedación; Así como técnicas combinadas. En los tiempos al salir de la sala de operaciones, al ingreso a UCPA (MIN 0), 20, 60, 90 Y 120 minutos respectivamente y se calculó el coeficiente Alfa de Chronbach.

D)Evaluación de concordancia. Para clasificar correctamente a los pacientes dentro de los parámetros observados como la actividad muscular, saturación de oxígeno, respiración, circulación, estado de conciencia, coloración de tegumentos. Teniendo en una primera fase de este estudio un calculo de coeficiente Kappa.

2° fase de comparación con la escala de Aldrete -Kroulick que es el estándar vigente.

## RESULTADOS

Se aplicó la escala a 500 pacientes programados para cirugía de manera electiva o urgencia clasificados como ASA I, II, III, IV.

Los pacientes fueron evaluados a la salida de la sala de operaciones, al ingreso a UCPA (MIN 0), 20, 60, 90 Y 120 minutos respectivamente.

Para evaluar la consistencia interna se calculó el coeficiente alfa de acuerdo a los siguientes dominios, obteniéndose los siguientes coeficientes.

Parámetros	Coeficiente Alfa
Actividad muscular	0.94
Saturación de oxígeno	0.86
Respiración	0.60
Circulación	0.82
Estado de la Conciencia	0.73
Color de tegumentos	0.81
Global	0.72

De estos 500 pacientes sometidos a cirugía 434 pacientes fueron sometidos a anestesia general, 25 pacientes se les aplicó bloqueo peridural, 13 pacientes fueron sometidos a anestesia local más sedación, 10 pacientes a sedación, 7 pacientes a bloqueo peridural más sedación, 4 pacientes a anestesia local, 3 pacientes a una anestesia combinada de anestesia general más bloqueo peridural, 3 pacientes a bloqueo axilar y 1 paciente a bloqueo subaracnoideo. (Gráfico 1)

De los 500 pacientes sometidos a procedimiento anestésico, el anestésico más utilizado fue fentanil sevoflorano en 358 anestésias, Fentanil isoflorano en 76 pacientes, en 34 procedimientos únicamente lidocaína, en 13 pacientes lidocaína fentanil, en 2 pacientes midazolam fentanil y en 17 pacientes otro tipo de anestesia. (Gráfico 2)

En algunos pacientes fue necesario la utilización de algún tipo de amina siendo 13 pacientes a los que se le administró Dopamina, un paciente requirió dobutamina y otro paciente ameritó la combinación dopamina-dobutamina.  
(Gráfico 3)

GRAFICO 4			
VARIABLE	N°	?	D.E (±)
EDAD	500	49.56	17.45
DURACIÓN CIRUGIA	500	144.75	83.30
TIEMPO ESTANCIA EN UCPA	500	81.84	33.04
TASA FENTANIL	466	2.7	1.4

VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA



## DISCUSIÓN

En la actualidad contamos con numerosas escalas de valoración para la recuperación anestésica pero estas no contemplan aspectos esenciales y carecen de consistencia interna tal es el caso de la escala de Aldrete Kroulick, que aunque ya cuenta con una modificación como lo es el Aldrete Modificado en el que ya se evalúa la función respiratoria a través de su frecuencia en un ciclo por minuto y se toma en cuenta el impacto de la saturación de oxígeno no toma en cuenta el uso de aminas vaso activas importantes desde el punto de vista cardiológico. (1,2)

La función cardiovascular se valora por los cambios que ocurren en la tensión arterial y frecuencia cardiaca al término del procedimiento anestésico quirúrgico, la escala propuesta describe el comportamiento circulatorio con el uso de aminas vasoactivas, que no se toma en cuenta en la escala de Aldrete, consideramos que esto es importante ya que aunque la tensión arterial puede ser la misma entre dos pacientes, el puntaje de evaluación será distinto en un paciente con uso de aminas y sin estas.(1,3)

En cuanto a la coloración de tegumentos, la escala de Aldrete-Kroulik no evalúa aspectos importantes en este signo como son la temperatura, que traerá consigo alteraciones importantes en la coloración del paciente y por consiguiente modificara también otros signos clínicos como oximetría de pulso y frecuencia respiratoria.

El instrumento creado en esta investigación llamado "Escala de Signos Clínicos" tiene validez interna y se puede evaluar al paciente en la sala de recuperación anestésica por tener un coeficiente alfa global de 0.72, con una confiabilidad de actividad motora de 0.94, una confiabilidad en la saturación de 0.86, una confiabilidad de la respiración de 0.60, coeficiente de la circulación de 0.82, con un coeficiente de estado de conciencia de 0.73 y en el color de tegumentos con un coeficiente de 0.81. Teniendo el menor valor en el coeficiente de respiración ya antes mencionado. También se evaluó la concordancia entre los observadores en un estudio previo con un coeficiente kappa casi perfecto que va de 0.93 a 100, lo que nos indica que cualquier especialista en el área puede utilizarla.

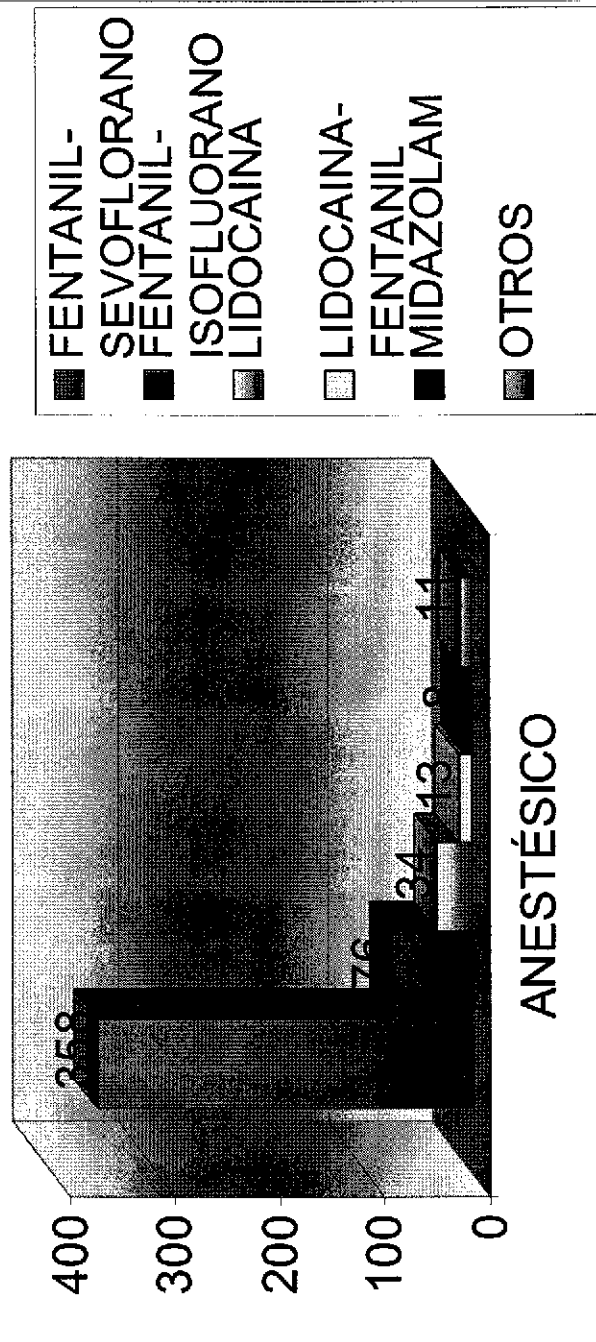
En el rubro de vasopresores la escala de signos clínicos valora la tensión arterial, pero tiene en cuenta el uso o no de vasopresores, que modificará el puntaje de evaluación de un paciente que no lo requiera; en cuanto a la coloración, la escala de signos clínicos no sólo la valora sino que describe la temperatura, que como se mencionaba será una variable de modificación en la coloración del paciente.

## **CONCLUSIONES**

La escala de signos clínicos tiene validez interna con lo cual se puede evaluar al paciente en la sala de recuperación.

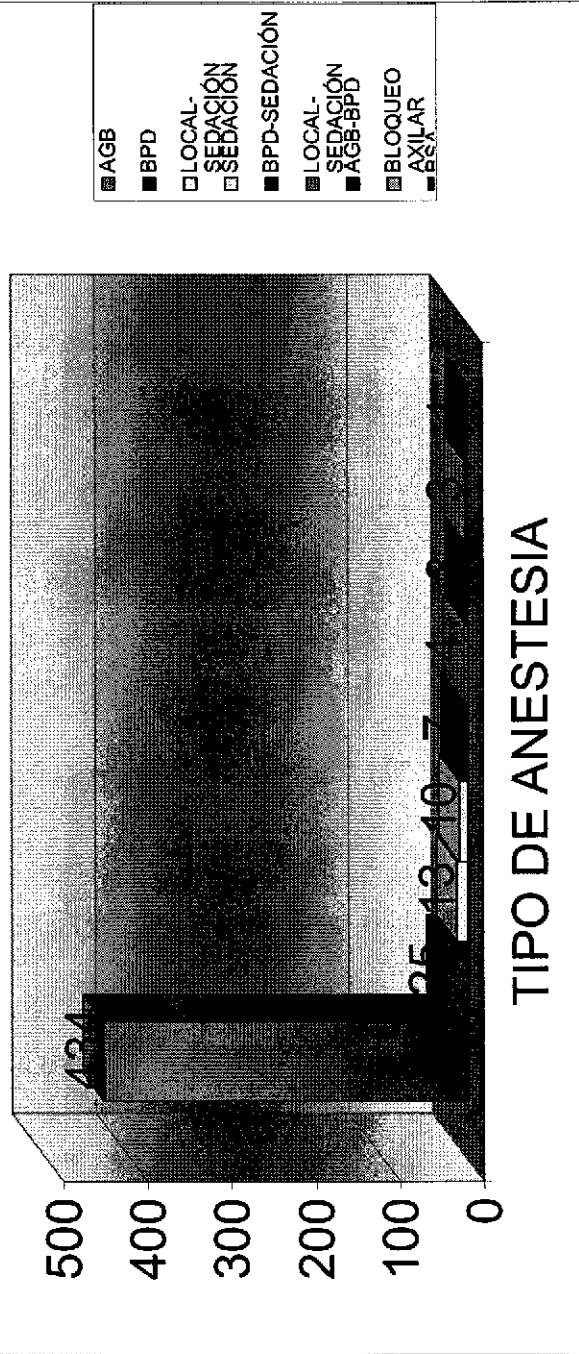
Es consistente de acuerdo a la clasificación y puntuación que puede dar el evaluador.

# GRAFICO 1. TIPO DE ANESTÉSICO



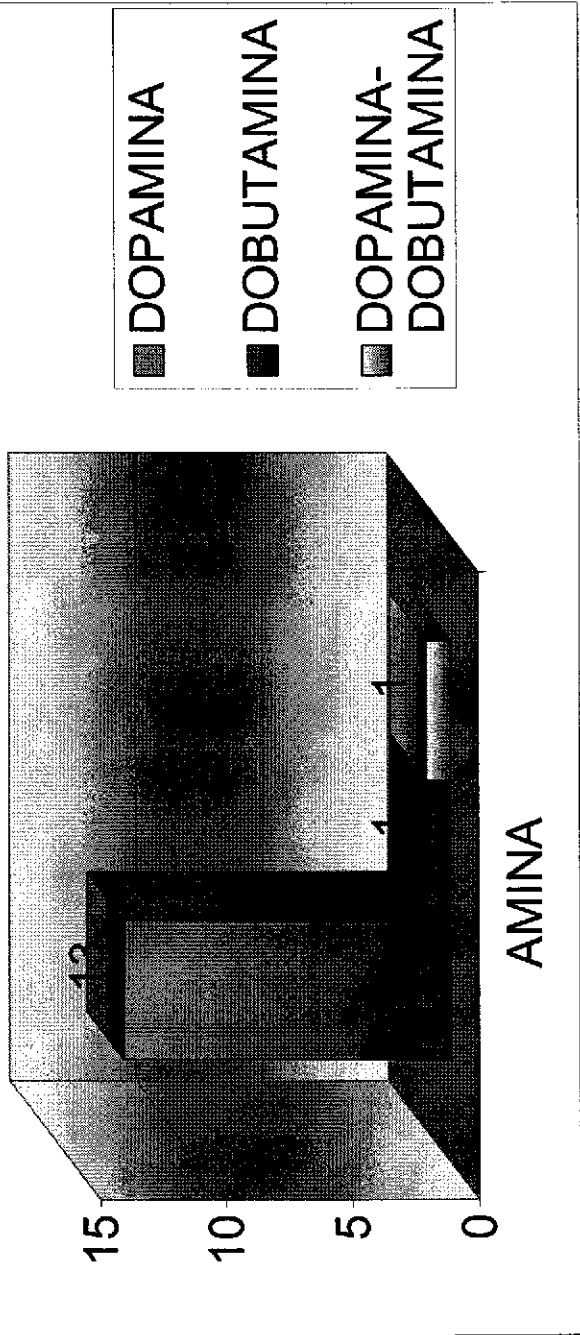
VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA

## GRÁFICO 2. TIPO DE ANESTESIA



VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA

# GRÁFICO 3. TIPO DE AMINA



VALORES EXPRESADOS EN FRECUENCIA

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez Tamayo, López Esquivel. **Valoración de la recuperación postanestésica en gineco-obstetricia.** Revista Mexicana de Anestesiología 1970;19:123-132.
2. Aldrete, Kroulik. **A Postanesthetic Recovery Score.** Aesthesia and analgesia 1970; 49:924-934.
3. Detrich O, Berré J. **The Brussels Sedation Scale: Use of a simple clinical sedation scale can avoid excessive sedation in patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit.** Br J Anaesth 1999; 698-701.
4. Roser D, Bion J. **Measuring sedation in the ICU: guess on the scales.** Br J Anaesth 1999;83: 691-692.
5. Herbert M, Healy B . **Profile of recovery after general anesthesia.** British Medical Journal 1983; 286:1539.
6. Riker RR, Picard JT, Fraser GL. **Prospective evaluation of Sedation Agitation Scale For adult critically ill patients.** Crit Care Med 1999; 27: 1325-1329.
7. Kallar SK, Cheng F. **Practical Application of postanesthetic discharge scoring system.** Anesthesiology 1995; 82:94.
8. Robertson GS, Gregor Mc, Jones I. **Evaluation of doxapram por aurosal from general anesthesia in outpatients.** British Journal Anesthesiology 1977; 49:133.

9. Macnab AJ, Levine M, Glick N, Susak L. **A research tool for measurement of recovery from sedation: The Vancouver Sedative Recovery Scale.** J Pediatr Surg 1991;26: 1263-1267.
10. Dexter F, Tinker A. **Analysis of strategies to decrease postanesthesia care unit cost.** Anesthesiology 1995; 82:94.
11. Bay N, Prys R. **Factors influencing arterial PO<sub>2</sub> during recovery form anesthesia .**British Journal Anaesthesia 1997; 40: 398-407.
12. Knill RL. **Ventilatory responses to hypoxia and hypercapnia during halothane sedation and anesthesia in man .** Anesthesiology 1978; 49:244-251.
13. Bevan C, Donati F, Kopman A. **Reversal of neuromuscular blockade.** Anesthesiology 1976; 44: 291-296.



## ANEXO 1

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre de paciente	Edad
Tipo de anestesia:	
Anestésico utilizado:	
Cirugía realizada:	Tiempo de duración:
Aminas utilizadas	Dosis
Glasgow de ingreso	Egreso
Aldrete al llegar a recuperación	Al salir
Tiempo de estancia en recuperación:	Servicio al que pasa

#### PARAMETRO OBSERVADO

	VALOR NORMAL	AL SALIR	0 MIN	20 MIN	60 MIN	90MIN	120MIN
<b>ACTIVIDAD MOTORA</b>							
Sin movimiento de extremidad	0						
Movimiento voluntario de una extremidad	1						
Movimiento voluntario de 4 extremidades	2						
<b>SATURACION DE OXIGENO</b>							
Menos de 80%	0						
80-84%	1						
85-90%	2						
91-100%	3						
<b>RESPIRACION</b>							
Apnea intubación orotraqueal	0						
Tiros supraesternales, disociación toracoabdominal	1						
Frecuencia respiratoria menor 10 o mayor 20x'	2						
Frecuencia respiratoria entre 10-20 por minuto	3						
<b>CIRCULACION</b>							
TA Y FC >41% de sus valores. Uso vasopresores	0						
TA Y FC entre 30 y 40% de sus val basal. Uso vasop1							
TA Y FC entre 15-29% de sus valores básales.	2						
TA Y FC entre 10-15% de sus valores básales.	3						
<b>ESTADO DE CONCIENCIA</b>							
Sin respuesta a estímulo verbal ni doloroso	0						
Responde a estímulo doloroso	1						
Responde a estímulo verbal	2						
Movimientos voluntarios y lenguaje coherente	3						
<b>COLORACION DE TEGUMENTOS</b>							
Cianosis	0						
Palidez con temperatura entre 36 y 37 <sup>a</sup>	1						
Sonrosado con temperatura entre 36 y 37 <sup>a</sup>	2						
<b>Global</b>	<b>16</b>						

## ANEXO 1

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre de paciente	Edad
Tipo de anestesia:	
Anestésico utilizado:	
Cirugía realizada:	Tiempo de duración:
Aminas utilizadas	Dosis
Glasgow de ingreso	Egreso
Aldrete al llegar a recuperación	Al salir
Tiempo de estancia en recuperación:	Servicio al que pasa

#### PARAMETRO OBSERVADO

	VALOR NORMAL	AL SALIR	0 MIN	20 MIN	60 MIN	90MIN	120MIN
<b>ACTIVIDAD MOTORA</b>							
Sin movimiento de extremidad	0						
Movimiento voluntario de una extremidad	1						
Movimiento voluntario de 4 extremidades	2						
<b>SATURACION DE OXIGENO</b>							
Menos de 80%	0						
80-84%	1						
85-90%	2						
91-100%	3						
<b>RESPIRACION</b>							
Apnea intubación orotraqueal	0						
Tiros supraesternales, disociación toracoabdominal	1						
Frecuencia respiratoria menor 10 o mayor 20x'	2						
Frecuencia respiratoria entre 10-20 por minuto	3						
<b>CIRCULACION</b>							
TA Y FC >41% de sus valores. Uso vasopresores	0						
TA Y FC entre 30 y 40% de sus val basal. Uso vasop1							
TA Y FC entre 15-29% de sus valores básaes.	2						
TA Y FC entre 10-15% de sus valores básaes.	3						
<b>ESTADO DE CONCIENCIA</b>							
Sin respuesta a estímulo verbal ni doloroso	0						
Responde a estímulo doloroso	1						
Responde a estímulo verbal	2						
Movimientos voluntarios y lenguaje coherente	3						
<b>COLORACION DE TEGUMENTOS</b>							
Cianosis	0						
Palidez con temperatura entre 36 y 37 <sup>a</sup>	1						
Sonrosado con temperatura entre 36 y 37 <sup>a</sup>	2						
<b>Global</b>	<b>16</b>						