



## **Mi Universidad**

Presentan: *Vázquez Gómez Zayra Yamilet*

Nombre del tema: *Super Nota Escalas de Valoración*

Parcial: *Segundo*

Nombre de la Materia: *Prácticas Profesionales*

Nombre del profesor: *Lic. Alfonso Velázquez Ramírez*

Nombre de la licenciatura: *Enfermería*

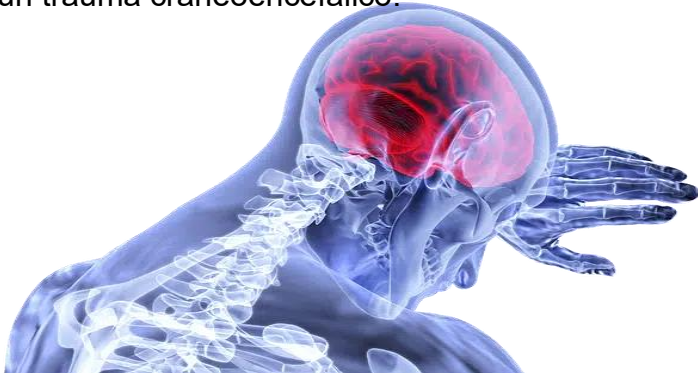
Cuatrimestre: *Noveno*

Pichucalco, Chiapas A 15 de junio de 2024

# Escala de Glasgow

## ¿Qué es?

Es una **escala de aplicación neurológica** que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico.



## Se emplea

Durante las veinticuatro horas siguientes al episodio y evalúa tres parámetros:

- La capacidad de apertura ocular
- La reacción motora
- Capacidad verbal.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
			(rigidez de)	(rigidez de)		

## Parámetros

La escala se basa en parámetros que surgen de las respuestas de la corteza cerebral y del tronco encefálico, o sea, los responsables de las conductas que tienen lugar en la vigilia, e ignoran los reflejos de las pupilas y los movimientos de los ojos.

## Clasificación

Clasificación de traumatismos craneoencefálicos basándose en el grado de severidad. Siguiendo tres posibilidades:

- **Leves:** Los resultados que van de los 13 a los 15 puntos
- **Moderados.** De 9 a 12,
- **Severos:** 8 o menos.

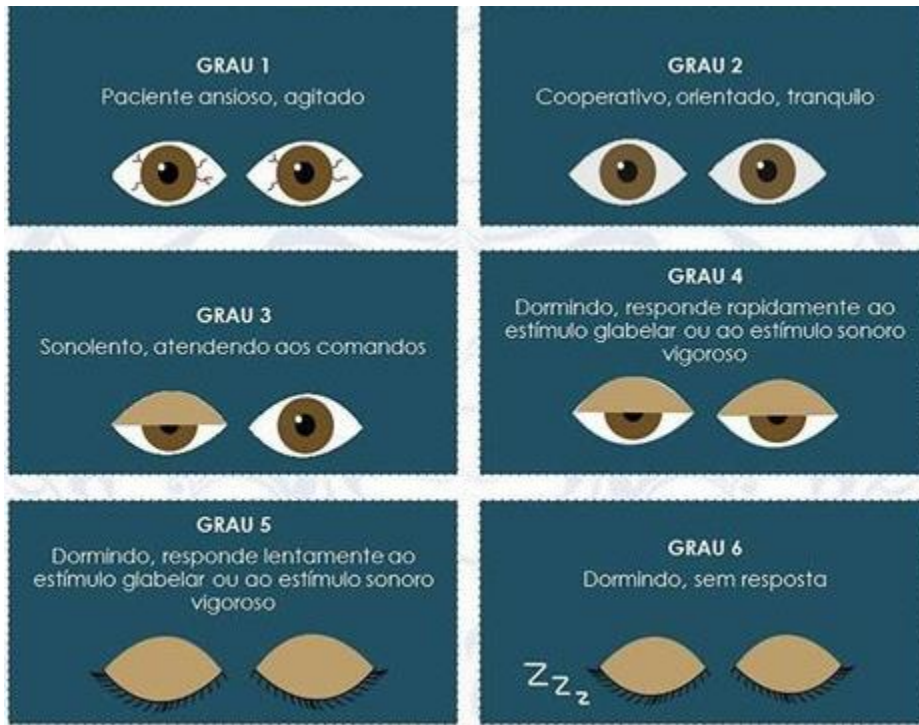
ESCALA DE COMO DE GLASGOW MODIFICADA (1 - 4 años)		
Parámetros	Respuesta observada	Puntuación
Abertura ocular	Esponáneamente	4
	A una orden verbal	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Sonidos apropiados, sonrisa social	5
	Llanto consolable	4
	Llanto consolable	3
	Llanto inconsolable, irritado	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Obedece órdenes, movimientos espontáneos	6
	Localiza el dolor	5
	Defensa al dolor	4
	Flexión hipertónica (decorticación)	3
	Extensión hipertónica (descerebración)	2
	Ninguna	1
<b>Trauma leve</b>	<b>Trauma moderado</b>	<b>Trauma grave</b>
13 - 15	9 - 12	3 - 8

# Escala de Ramsay

## ¿Qué es?

Es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva. Presenta 6 grados de sedación.

NIVELES	CARACTERÍSTICAS
NIVEL 1	Despierto: agitado, ansioso, inquieto
NIVEL 2	Despierto: colaborador, tranquilo
NIVEL 3	Somnoliento: responde a órdenes verbales.
NIVEL 4	Dormido: responde a órdenes enérgicas
NIVEL 5	Dormido: responde al dolor
NIVEL 6	Dormido: no hay respuesta



## Monitorización al paciente

La escala también es útil en la monitorización continua del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y otros entornos hospitalarios, donde es importante mantener un nivel de sedación adecuado y evaluar su evolución.



## Beneficios

- **Comunicación efectiva:** Facilita la comunicación entre los profesionales de la salud al proporcionar un lenguaje común para describir el nivel de sedación del paciente.
- **Adecuado manejo del paciente:** Al permitir un monitoreo y ajuste preciso de la sedación, la escala ayuda a garantizar el bienestar del paciente y reduce el riesgo de complicaciones relacionadas con la sedación insuficiente o excesiva.
- **Falta de adaptabilidad a diferentes pacientes:** La Escala de Ramsay también puede ser limitada en su capacidad para adaptarse a las necesidades de pacientes con patologías específicas, como pacientes pediátricos o pacientes con enfermedades neurológicas.

# Escala de Ramsay

## Alternativas a la escala de Ramsay

**Sedación Richmond:** Es una escala de sedación alternativa que evalúa el nivel de sedación en pacientes en cuidados intensivos. La escala consta de diez niveles, que van desde el paciente completamente despierto hasta la sedación profunda.

### Escala RASS de Sedación – Agitación [ de Richmond]

**Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderada (1B).**

[+4]	Combativo. Ansioso, violento.
[+3]	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el TET, etc.
[+2]	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador.
[+1]	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
[ 0 ]	Alerta y tranquilo.
[ -1]	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
[-2]	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
[-3]	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
[-4]	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
[-5]	Sedación muy profunda. No responde a la estimulación física.

**Escala de agitación y sedación de Riker :** Es otra herramienta de evaluación de la sedación que utiliza una combinación de criterios clínicos para evaluar el nivel de sedación y la agitación en pacientes en cuidados intensivos.

[7]	Agitación peligrosa, peligro de retirada de catéteres, tubos, etc
[6]	Muy agitado, muerde el tubo, requiere sujeción mecánica
[5]	Agitado, se calma con instrucciones verbales
[4]	Tranquilo y colaborador
[3]	Sedado, despierta al estímulo auditivo intenso
[2]	Muy sedado, despierta ante estímulos físicos, no responde a instrucciones verbales
[1]	Excesivamente sedado, sin respuesta a estímulos intensos

## Conclusión

Es una herramienta clínica valiosa para evaluar el nivel de sedación en pacientes en diferentes situaciones médicas y quirúrgicas. Sin embargo, es importante tener en cuenta sus limitaciones y considerar alternativas, como la Sedación Richmond y la Escala de Agitación y Sedación de Riker, en casos en los que la Escala de Ramsay puede no ser suficiente.



# Escala de Silverman

## ¿Qué es?

Es un método de evaluación objetiva del trabajo respiratorio en los recién nacidos.

Valora la función respiratoria del recién nacido basado en 5 criterios

SIGNOS	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINAL	Sincronizado	Hundimiento de tórax y abdomen	Discordancia
TIRAJE INTERCOSTAL	Ausente	Apenas visible	Marcada
RETRACCION XIFOIDEA	Sin retracción	Apenas visible	Marcada
ALETEO NASAL	Ausente	Mínima	Marcada
QUEJIDO ESPIRATORIO	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible

**0 puntos:** Sin dificultad respiratoria

**1 a 3 puntos:** Con dificultad respiratoria leve

**4 a 6 puntos:** Con dificultad respiratoria moderada

**7 a 10 puntos:** Con dificultad respiratoria severa

## Criterios a evaluar

Durante un examen clínico bien estructurado, todas las variables a evaluar dentro de la valoración de Silverman Anderson se examinan en menos de 30 segundos. Conforme se evalúan se les asigna una puntuación para obtener el resultado final en menos de 1 minuto. Cuanto más bajo sea el resultado, mejor será la condición de la función respiratoria del recién nacido y por tanto su pronóstico. Los parámetros clínicos a evaluar son los siguientes:

- Movimientos torácico abdominales
- Tiraje intercostal
- Retracción xifoidea
- Aleteo nasal y quejido espiratorio

## Sistema de puntuación de gravedad respiratoria.

Hay cinco parámetros asociados con el trabajo respiratorio. Estos parámetros incluyen quejido espiratorio, movimiento de la parte superior del tórax, dilatación de las fosas nasales, retracción de la parte inferior del tórax y retracción del xifoideas. Cada parámetro asociado con el trabajo respiratorio se abarca en tres grados llamados:

Grado 0, grado 1 y grado 2. El grado 0 se refiere a la condición normal del recién nacido, mientras que el grado 2 se refiere a la condición grave del recién nacido con dificultad respiratoria.

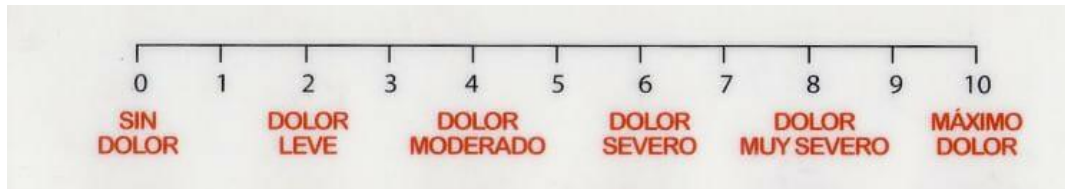
Las puntuaciones de cada parámetro se suman para obtener la puntuación final, que oscila entre 0 y 10. Una puntuación general de 0 significa que el recién nacido está respirando cómodamente, mientras que una puntuación general de 10 significa que el recién nacido se encuentra en dificultad respiratoria severa.



# Escala de Eva

## ¿Qué es?

Es el nombre que recibe una escala horizontal utilizada para medir el dolor en el ámbito de la sanidad. Permite establecer una valoración del dolor que oscila entre 0 y 10, siendo el 0 la ausencia completa de dolor y el 10 un dolor insoportable.



## ¿Por qué se usa la escala de Eva?

Son especialmente útiles para comprobar la evolución del paciente, pero no sirven para la extrapolación de datos a la población en su conjunto. Es de gran utilidad para valorar por ejemplo cómo la administración de analgésicos puede controlar el dolor que sufre el paciente. De este modo, para los médicos resulta más sencillo establecer las pautas de tratamiento en relación a los niveles de dolor presentados.



## Resultados de la escala

- < 4: los valores inferiores a 4 señalan que la intensidad del dolor que sufre el paciente es leve o moderada.
- 4 - 6: si el paciente señala un área de la escala EVA entre 4 y 6 centímetros, quiere decir que su dolor oscila entre moderado y grave.
- 6: cuando la evaluación del dolor es mayor a 6, el paciente se encuentra en una situación grave, muy grave, e incluso insoportable.

## Escala del dolor: EVA



# Escala de Capurro

## ¿Qué es?

Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada. Este test tiene dos formas de evaluación A y B.

## Se basa

En cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de  $\pm 8,4$  días cuando es realizado por un explorador entrenado

## Evalúa

### Signos Somáticos de CAPURRO:

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares.

A cada uno de los parámetros se les asigna una puntuación del siguiente modo:

### Tamaño de la glándula mamaria

- No palpable (0 Puntos)
- Palpable menor de 5mm (5 Puntos)
- Palpable entre 5 y 10mm (10 Puntos)
- Palpable mayor de 10mm (15 Puntos)

### Formación del pezón

- Apenas visible sin areola (0 Puntos)
- Diámetro menor de 7.5mm, areola lisa y chata (5 Puntos)
- Diámetro mayor de 7.5mm, areola punteada, borde no levantado (10 Puntos)
- Diámetro mayor de 7.5mm, areola punteada, borde levantado (15 Puntos)

### Textura de la piel

- Muy fina, gelatinosa (0 Puntos)
- Fina, lisa (5 Puntos)
- Más gruesa, discreta, descamación superficial (10 Puntos)
- Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies (15 Puntos)
- Gruesa, grietas profundas

### Pliegues plantares

- Sin pliegues (0 puntos)
- Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 Puntos)
- Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior (10 Puntos)
- Surcos en mitad anterior (15 Puntos)
- Surcos en más de la mitad anterior (20 Puntos)

### Test de CAPURRO (B) Valoración de la edad Gestacional

Forma de la oreja	Pabellón de deformación plana no curvado 0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior 8	Pabellón incurvado en el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de las glándulas mamarias	No palpable 0	Palpable menor a 5 mm 5	Palpable entre 5 y 10 mm 10	Palpable mayor de 10 mm 15	
Formación del pezón	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5mm Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde no levantado 10	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde levantado 15	
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa 0	fina lisa 5	Más gruesa Descamación superficial discreta 10	Gruesa, Grietas superficiales Descamación en manos y pies 15	Gruesa Grietas profundas apegaminadas 20
Pliegues Plantares	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior 5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior, surcos en 1/2 anterior 10	Surcos en la 1/2 anterior 15	Surcos en más de la 1/2 anterior 20

Este test se centra en el análisis del desarrollo de cinco parámetros de carácter fisiológico únicamente

Visita: [joanmaenfermeriablog.com](http://joanmaenfermeriablog.com)



### Forma de la oreja (Pabellón)

- Aplanada, sin incurvación (0 puntos)
- Borde superior parcialmente incurvado (8 Puntos)
- Borde superior totalmente incurvado (16 Puntos)
- Pabellón totalmente incurvado (24 puntos)

# Escala de Capurro

## Valoración de Capurro A

En recién nacido o cuando el niño tiene signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica se usan las cinco observaciones somáticas, se agrega una constante (K) de 204 días para obtener la edad de la gestación y toda esta valoración se lleva de cinco a seis minutos.

### Test de CAPURRO (A) Valoración de la edad Gestacional

Forma de la oreja	Pabellón de deformación plana no curvado 0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior 8	Pabellón incurvado en el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de las glándulas mamarias	No palpable 0	Palpable menor a 5 mm 5	Palpable entre 5 y 10 mm 10	Palpable mayor de 10 mm 15	
Formación del pezón	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5mm Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde no levantado 10	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde levantado 15	
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa 0	fina lisa 5	Más gruesa Descamación superficial discreta 10	Gruesa, Grietas superficiales Descamación en manos y pies 15	Gruesa Grietas profundas apergamaminadas 20
Pliegues Plantares	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior 5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior Surcos en 1/3 anterior 10	Surcos en la 1/2 anterior 15	Surcos en mas de la 1/2 anterior 20
Signos Neurológicos	Signo de la bufanda 0	Signo de la bufanda 6	Signo de la bufanda 12	Signo de la bufanda 18	
	Caída de la cabeza 0	Caída de la cabeza 4	Caída de la cabeza 8	Caída de la cabeza 12	

La valoración de CAPURRO A se usa en recién nacidos que presentan signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica

Visita: yoamofermeriablog.com

> 270 grados 180 a 270 180 grados < 180 grados

Después de realizar el Test de Capurro, los resultados pueden situar al neonato en alguno de los siguientes cinco parámetros básicos:

## Rangos de edad gestacional

Por método de CAPURRO

V.E. Alex Santiago



- Postmaduro: 42 semanas o más.
- A término: Entre 37 y 41 semanas.
- Prematuro leve: Entre 35 y 36 semanas.
- Prematuro moderado: Entre 32 y 34 semanas.
- Prematuro extremo: Menos de 32 semanas.

## Método de aplicación de la escala

Después de medir cada uno de los parámetros del test y luego sumar los resultados. Debemos proceder aplicar las siguientes ecuaciones siguientes:

Ecuación para la aplicación de la escala CAPURRO A

Ecuación para la aplicación de la escala CAPURRO B



$$\text{Edad Gestacional (días)} = \frac{204 + \text{obtenidos del test}}{7}$$

$$\text{Edad Gestacional (días)} = \frac{200 + \text{obtenidos del test}}{7}$$

Total de pts

Total de pts

V.E. Alex Santiago

V.E. Alex Santiago



# Escala de Apgar

## ¿Qué es?

Es una evaluación rápida y objetiva del estado fisiológico del recién nacido en los primeros minutos de vida. El propósito de la escala de Apgar es evaluar la adaptación del bebé a la vida fuera del útero y, si es necesario, tomar medidas inmediatas para mejorar su condición.

## Evalúa

La escala de Apgar evalúa cinco signos vitales del recién nacido:

- Frecuencia cardíaca
- Respiración
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

Cada signo se evalúa en una escala del 0 al 2, con una puntuación máxima de 10. El examen se realiza inmediatamente después del nacimiento, al minuto de nacer y nuevamente a los cinco minutos de nacer.

En casos en los que el bebé requiere cuidados especiales, la evaluación puede repetirse en intervalos de 5 a 10 minutos.

## Tabla de escala de Apgar

SIGNO		Puntuación		
		0	1	2
<b>A</b>	Apariencia/color	Cianosis	Acrocianosis	Rosado
<b>P</b>	Pulso/FC	Ausente	<100 por min.	>100 por min
<b>G</b>	Gesto/reflejos (estimulación planta del pie)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
<b>A</b>	Actividad/tono muscular	Flacidez	Flexiones	Movimiento activo
<b>R</b>	Respiración/esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, quejumbroso	Llanto vigoroso
<b>Normal 7 - 10</b>		<b>Asfixia</b>	Leve <b>6-7</b>	Valorar a 1 min. y 5 min.
			Moderada <b>4-6</b>	Valorar al 1, 5, 15, 20 min. (extendido)
			Severa <b>&lt;4</b>	



## Puntuación de la escala

Tiene un rango de puntuación de 0 a 10. Los recién nacidos con una puntuación entre 7 y 10 se consideran saludables y no requieren cuidados especiales. Puntuaciones entre 4 y 6 indican que el recién nacido necesita atención y, dependiendo de la causa de la puntuación baja, puede requerir intervenciones médicas inmediatas.

# Escala de Crichton

## ¿Qué es?

Es empleada en población adulta para la evaluación del riesgo de caídas. Se usa para determinar si usted tiene un riesgo bajo, moderado o alto. Si la evaluación indica que su riesgo es mayor, el profesional de la salud o el proveedor de cuidados le puede recomendar estrategias para prevenir las caídas y reducir el riesgo de lesiones.

Valoración del riesgo	Puntuación	
Limitación física	2	
Estado mental alterado	3	
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2	
Problemas de idioma o socioculturales	2	
Problemas sin factores de riesgo evidentes	1	
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	
<b>Riesgo de caída</b>		
<b>ALTO: 4 a 10 puntos</b>	<b>MEDIO: 2 a 3 puntos</b>	<b>BAJO: 0 a 1 puntos</b>

## Clasificación

1. **Iniciación de la marcha** (inmediatamente después de decir que ande)
  - Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar 0
  - No vacila 1
2. **Longitud y altura del paso**
  - a) *Movimiento del pie derecho*
    - No sobrepasa al pie izquierdo 0
    - Sobrepasa al pie izquierdo 1
    - El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso 0
    - El pie derecho se separa completamente del suelo 1
  - b) *Movimiento del pie izquierdo*
    - No sobrepasa al pie derecho 0
    - Sobrepasa al pie derecho 1
    - El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso 0
    - El pie izquierdo se separa completamente del suelo 1
3. **Simetría del paso**
  - La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual 0
  - La longitud de los pasos parece igual 1
4. **Fluidez del paso**
  - Paradas entre los pasos 0
  - Los pasos parecen continuos 1
5. **Trayectoria** (observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)
  - Desviación grave de la trayectoria 0
  - Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria 1
  - Sin desviación o ayudas 2
6. **Tronco**
  - Balanceo marcado o usa ayudas 0
  - No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar 1
  - No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas 2
7. **Postura al caminar**
  - Talones separados 0
  - Talones casi juntos al caminar 1

# Escala de Braden

## ¿Qué es?

Es un método evaluativo desarrollado para predecir el riesgo de desarrollo de úlceras por presión en pacientes con movilidad limitada, una condición frecuentemente observada en entornos de neurorrehabilitación. Se basa en la valoración de seis criterios específicos:

### Percepción sensorial

- Humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Fricción y cizallamiento.

## Criterios

### Percepción Sensorial:

Evalúa la capacidad del paciente para sentir y responder ante el dolor o la incomodidad causada por la presión. Este criterio considera si el paciente puede comunicar eficazmente el malestar o si hay una disminución en la percepción sensorial que podría impedir la respuesta a la presión prolongada.

### Humedad:

Mide el grado de exposición de la piel a la humedad, que puede provenir del sudor, la incontinencia o derrames de líquidos. La humedad constante en la piel puede aumentar el riesgo de deterioro de la misma y facilitar la formación de úlceras.

### Actividad:

Valora el nivel de actividad física del paciente. Los pacientes que son muy activos tienen un menor riesgo de desarrollar úlceras por presión, ya que cambian de posición con frecuencia, redistribuyendo la presión. En cambio, los pacientes con actividad limitada o nula están en mayor riesgo.

### Movilidad:

Examina la capacidad del paciente para cambiar y controlar su posición corporal. Una movilidad reducida o la incapacidad para moverse sin asistencia aumenta el riesgo de exposición a presión prolongada en áreas específicas del cuerpo.

### Nutrición:

Analiza la ingesta alimenticia del paciente, incluyendo su dieta habitual y su capacidad para ingerir y asimilar los nutrientes necesarios para mantener la salud de la piel y el tejido subcutáneo. Una nutrición deficiente puede debilitar la piel, haciéndola más susceptible a daños.

### Fricción y Cizallamiento:

Considera la resistencia que la piel debe superar al moverse o ser movida, así como el daño potencial que el movimiento puede causar en la piel y los tejidos subyacentes. La fricción se refiere al roce de la piel contra una superficie, mientras que el cizallamiento es la fuerza que actúa paralelamente a la superficie de la piel, a menudo causada cuando el paciente se desliza en la cama.



Riesgo de lesiones cutáneas	Nutrición	Movilidad	Actividad	Exposición a la humedad	Percepción sensorial
Problema	Muy pobre	Completamente inmóvil	Encamado	Constantemente húmeda	Completamente limitada
Problema potencial	Probablemente inadecuada	Muy limitada	En silla	Húmeda con frecuencia	Muy limitada
No existe problema aparente	Adecuada	Ligeramente limitada	Deambula ocasionalmente	Ocasionalmente húmeda	Ligeramente limitada
	Excelente	Sin limitaciones	Deambula frecuentemente	Raramente húmeda	Sin limitaciones

0 Índice < 12 → Riesgo alto  
 0 Índice 13-15 → Riesgo medio  
 0 Índice 16-18 → Riesgo bajo  
 0 Índice > 19 → Sin riesgo

## Referencia

1. Rodríguez, J. E., & Ramírez-Elías, A. (s. f.). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000100005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005)
2. Porto, J. P., & Gardey, A. (2021, julio 15). Escala de Glasgow recuperado de: <https://definicion.de/escala-de-glasgow/>
3. Ocronos, R., & Ocronos, R. (2023). Escala de Ramsay. <https://revistamedica.com/escala-de-ramsay-que-es-aplicaciones-beneficios-limitaciones/>
4. Tejada, D. B. (2022, 17 septiembre). Test de Silverman Andersen Escalas Medicas. <https://escalasmedicas.com/test-de-silverman/>
5. Valoración de Silverman Anderson criterios, interpretación. (2019, 9 mayo). <https://definicion.edu.lat/academia/0DC7864D19C7A5C8039E15D48DC6437E.html>
6. Manzanas, J., & Manzanas, J. (2019, 3 septiembre). Escala EVA para valorar el dolor. <https://www.esalud.com/escala-eva-valorar-dolor/>
7. Santiago, A. (2021, 12 febrero). CAPURRO Valoración o test de Edad Gestacional. Yo Amo Enfermería Blog. <https://yoamoenfermeriablog.com/2021/02/12/edad-gestacional-capurro/>
8. (2024). Escala de Crichton. <https://www.udocz.com/apuntes/478831/escala-de-crichton>
9. Roldán, G. F. (2024, 12 marzo). Escala de Braden y la prevención de úlceras por presión. Neurocenter. <https://neurocenter.mx/escala-braden/>
10. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación. (2017, 5 junio). www.elsevier.com. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/escala-de-coma-de-glasgow-tipos-de-respuesta-motora-y-su-puntuacion>