



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
 VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

RECOPIACION DE
 ESCALAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Delegación Regional Estado de México Oriente

Coordinación de Educación e Investigación en Salud

HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72

“LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”

SERVICIO DE GERIATRIA

CICLO 2017-2018

DR. JOSE OCTAVIO DUARTE FLORES

MEDICINA GERIATRICA



Facultad de Medicina





DEFINICION

La Valoración Geriátrica Integral es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente geriátrico. Los beneficios derivados de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral son la reducción de la variabilidad de la práctica clínica, la estratificación de los problemas de salud y el análisis de dependencias funcional que le permite llevar a cabo el diseño de las estrategias de intervención coordinada entre los diferentes profesionales.

CRITERIOS DE INGRESO

Criterios de ingreso al servicio de Geriatria de acuerdo a GPC IMSS-190-10:

1. Edad mayor a 70 años.
2. Comorbilidad (3 o más patologías, excepto enfermedad renal crónica e insuficiencia hepática Child C).
3. Síndromes geriátricos (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, deprivación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión).
4. Deterioro cognitivo o delirium.

Deberán reunir los criterios 1 + 2 + 3, 1 + 2 + 4 o 1 + 4.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

- Socio familiar.
- Funcionalidad.
- Mental y psicoafectivo.
- Biológico.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



SOCIO-FAMILIAR





APGAR FAMILIAR

Función	Nunca (0 puntos)	Casi nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa aspectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface como compartimos en mi familia: 1) el tiempo para estar juntos. B) los espacios de la casa. C) el dinero.					
Puntaje total					

Interpretación del resultado

Bueno 18-20 puntos

Disfunción familiar leve 17-14 puntos

Disfunción familiar moderada 13 a 10 puntos

Disfunción familiar severa menos de 9 puntos



ESCALA DE VALORACION SOCIOFAMILIAR DE GIJON (VERSION ORIGINAL DE GARCIA-GONZALEZ)

La consideración de los pacientes o usuarios del sistema de salud como un todo que tenga en cuentas las circunstancias no solo físicas, sino también ambientales y sociales, es una característica propia de la atención primaria.

Área valorada	Ítems
Situación familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia físico-psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.
Situación económica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente. 3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva. 4. LISMI-FAS. Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al aparatado anterior.
Vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada a las necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...). 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción). 4. Ausencia de ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).
Relaciones sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales. 2. Relación social solo con familia y vecinos. 3. Relación social solo con familia o vecinos. 4. No sale de su domicilio, recibe familia. 5. No sale, no recibe visitas.
Apoyos red social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.

Interpretación de resultado

<10 puntos: normal o riesgo social bajo.

10-16 puntos: riesgo social intermedio.

≥17 puntos: riesgo social elevado (problema social).



ESCALA DE VALORACION SOCIOFAMILIAR DE GIJON (ABREVIADA Y MODIFICADA)

La consideración de los pacientes o usuarios del sistema de salud como un todo que tenga en cuentas las circunstancias no solo físicas, sino también ambientales y sociales, es una característica propia de la atención primaria.

Área valorada	Ítems
Situación familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con pareja y/o familiar sin conflicto. 2. Vive con pareja de similar edad. 3. Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo. 4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades. 5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.
Relaciones y contactos sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio. 2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa. 3. Sólo se relaciona con familia, sale de casa. 4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (más de una por semana). 5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (menos de una por semana).
Apoyos red social	<ol style="list-style-type: none"> 1. No necesita ningún apoyo. 2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos. 3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.). 4. Tiene soporte social, pero es insuficiente. 5. No tiene ningún soporte social y lo necesita.

Interpretación de resultado

<7 puntos: situación social buena (bajo riesgo institucionalización).

8-9 puntos: situación intermedia.

≥10 puntos: deterior social severo (alto riesgo institucionalización).



TIPOLOGIA FAMILIAR

De acuerdo a composición	De acuerdo a desarrollo social	De acuerdo a integración	De acuerdo a demografía	De acuerdo a ocupación	De acuerdo a complicaciones de desarrollo familiar
<p>Nuclear. Padre, madre e hijos. Extensa. Familia nuclear y miembros con lazos consanguíneos. Compuesta. A la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo.</p>	<p>Moderna. Madre trabaja fuera del hogar. Tradicional. Padre es proveedor económico. Primitiva o arcaica. Familia campesina.</p>	<p>Integrada. Conyugues viven juntos con sus funciones. Semi-integrada. Conyugues viven juntos, no cumplen funciones. Desintegrada. Ausencia de un conyugue por muerte, abandono, divorcio.</p>	<p>Urbana. Suburbana. Rural.</p> <p>Por ubicación geográfica de residencia.</p>	<p>Campesina. Obrera. Empleada. Profesional. Comerciante.</p>	<p>Interrumpida. Separación o divorcio. Contraída. Muerte de un miembro. Reconstruida. Uno de los conyugues o ambos han tenido una unión previa, con o sin hijos.</p>
De acuerdo a conformación	De acuerdo a Luis Leñero	De acuerdo a Torres	De acuerdo a presencia física hogar	De acuerdo a De La Revilla	
<p>Nuclear. Lazos de parentesco legítimos. Semi-nuclear. Monoparental o uni-parental. Consanguínea. Vinculo generacional. - Extensa. Familia nuclear vive con familia de origen de conyugue. - Semi-extensa. Familia nuclear, viven miembros de la familia de orígenes de uno de los conyugues. Compuesta. Miembros sin nexo. Múltiple. Dos o más familia bajo el mismo techo. Extensa modificada. Sistema de redes familiares y pautas de ayuda mutua.</p>	<p>Por cultura y subcultura. - Indígena. Urbana. - Rural tradicional.</p> <p>Por estratificación socioeconómica. - Marginado y subproletario. - Popular. - Medio. - Elitista de dominio.</p> <p>Por ubicación geo social. - Región que habitan. Redes ecológicas que mantengan. - Grado de sedentarismo o migración.</p>	<p>Un núcleo. - Familia nuclear sin hijos. - Nuclear completa. Pareja e hijos solteros. - Nuclear incompleta. Jefe sin pareja.</p> <p>Más de un núcleo. Extensa.</p> <p>Grupos domésticos. Pluripersonal, jefe sin conyugue.</p>	<p>Núcleo integrado. Ambos padres. Núcleo no integrado. No hay presencia de un padre. Extensa ascendente. Hijos casados que viven en casa de padres. Extensa descendente. Padres que viven en casa de sus hijos. Extensa colateral. Parejas que viven en la casa de familiares colaterales.</p>	<p>Nuclear. Padre, madre e hijos. - Nuclear simple. Conyugues y menos de cuatro hijos. - Nuclear números. Padres y más de cuatro hijos. - Nuclear ampliada. Se añaden otros parientes. - Binuclear. Uno o ambos conyugues son divorciados. Extensa. El mismo hogar más dos generaciones. Monoparental. Un conyugue y sus hijos. Sin familia. Adulto soltero, divorciado. Equivalente familiares. Mismo hogar, no núcleo familiar tradicional.</p>	



CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR VERSION SUBJETIVA (SCB-SB)

Para cada una de las siguientes frases, indique primero si esto ha ocurrido durante el ultimo mes. Si así ha sido, encierre en un circulo la respuesta que señale el grado de angustia que le ha causado.

Puntuación: 0, no ha ocurrido; 1, ha ocurrido, pero no ha causado angustia; 2, ha ocurrido y ha causado poca angustia; 3, ha ocurrido y ha causado regular angustia; 4, ha ocurrido y ha causado mucha angustia.

No.	Pregunta	0	1	2	3	4
1	Mi familiar continúa manejando, aun cuando ya no debería.					
2	Tengo poco control sobre la enfermedad de mi familiar.					
3	Tengo poco control sobre la conducta de mi familiar.					
4	Mi familiar constantemente pregunta lo mismo una y otra vez.					
5	Tengo que realizar demasiados deberes/labores (hacer la comida, ir de compras, realizar los pagos) que mi familiar solía hacer.					
6	Me afecta el no poder comunicarme con mi familiar.					
7	Yo asumo toda la responsabilidad de mantener el orden en nuestro hogar.					
8	Mi familiar no coopera con el resto de la familia.					
9	Tuve que buscar ayuda de la beneficencia pública para cubrir los gastos médicos de mi familiar.					
10	Recurrir a la beneficencia pública es humillante y desagradable.					
11	Mi familiar no me reconoce en ningún momento.					
12	Mi familiar me ha golpeado en varias ocasiones.					
13	Mi familiar se ha perdido en el supermercado.					
14	Mi familiar ha estado mojando la cama.					
15	Mi familiar ha intentado atacarme y me ha amenazado.					
16	Constantemente tengo que limpiar después de que mi familiar come.					
17	Tengo que encubrir los errores que mi familiar comete.					
18	Siento miedo cuando mi familiar se enoja.					
19	Es desgastante tener que arreglar y vestir a mi familiar todos los días.					
20	Me esmero tanto en ayudar a mi familiar, pero él/ella no lo agradece.					
21	Es frustrante encontrar las cosas que mi familiar escondió.					
22	Me preocupa que mi familiar salga de casa y se pierda.					
23	Mi familiar ha agredido a otros además de mí.					
24	Me siento tan solo como si tuviera el mundo encima.					
25	Me avergüenza salir fuerza de casa con mi familiar por miedo a que haga algo malo.					
	Total					_____/100



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Puntuación: 0, nunca; 1, rara vez; 2, a veces; 3, frecuentemente; 4 casi siempre.

No.	Pregunta	0	1	2	3	4
1	¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de la familia?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su paciente?					
8	¿Cree que su paciente depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?					
10	¿Cree que la salud de usted se ha visto afectada por cuidar de su paciente?					
11	¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?					
12	¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente?					
14	¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que le cuide como si nadie más pudiera hacerlo?					
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?					
16	¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y cuidado de su paciente?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso qué hacer con su paciente?					
20	¿Cree que debería hacer más por su paciente?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?					
22	En resumen ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?					
	Total					_____/88



CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR (VERSION ABREVIADA DE SIETE ITEMS)

Indique en cada uno de los enunciados el número correspondiente a la percepción de agobio del cuidador.

Puntuación: 1, no ocurrió/ocurrió, pero no causó agobio; 2, agobio leve; 3, agobio moderado; 4, agobio grave.

No.	Pregunta	1	2	3	4
1	Me siento tan solo, como si tuviera al mundo en mis hombros.				
2	Tengo poco control sobre la conducta de mi familiar.				
3	Debo hacer demasiados deberes/labores (alimentar, ir de compras) que mi familiar solía hacer.				
4	Estoy molesto por no poder comunicarme con mi familiar.				
5	Mi familiar hace repetidamente las mismas preguntas.				
6	Tengo poco control sobre la enfermedad de mi familiar.				
7	Mi familiar no coopera con el resto de nuestra familia.				
	Total	_____/7-28			

Interpretación de resultado

7-16 puntos: ausencia de sobrecarga.

≥17 puntos: sobrecarga intensa.



VERSION CORTA DE LA ENCUESTA SOBRE MALTRATO A PERSONAS ADULTAS MAYORES

Todas las preguntas por realizar deben ser antecedidas por la frase “en los últimos doce meses”.

No.	Físico	Si	No
1	¿Le han golpeado?		
2	¿Le han dado puñetazos o patadas?		
3	¿Le han empujado o le han jalado el pelo?		
4	¿Le han aventado algún objeto?		
5	¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?		
	Psicológico		
1	¿Le han humillado o se han burlado de usted?		
2	¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?		
3	¿Le han aislado o le han corrido de la casa?		
4	¿No han respetado sus decisiones?		
	Negligencia		
1	¿Le han dejado de suministrar medicamentos que necesita?		
	Económico		
1	¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?		
2	¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o alguna otra propiedad?		

Si el paciente responde “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores es necesario que sea evaluado por personal especializado (Trabajo Social y/o Geriatría).



OARS SOCIAL RESOURCE SCALE

Me gustaría hacerle preguntas acerca de sus familiares y amigos.

¿Su estado civil es?:

Soltero
Casado/a
Viudo/a
Divorciado/a
Separado/a
No contesta

¿Cuántas veces durante la semana pasada ha visto a personas que no viven con usted? (visitas, etc.)

3: Una vez al día o más
2: 2-6 veces/semana
1: Una vez
0: Ninguna
// No responde

¿Quién vive con usted? (ponga sí/no):

Sí/no Nadie
Sí/no Esposo/a
Sí/no Hijos
Sí/no Nietos
Sí/no Padres
Sí/no Otros. Especificar _____
Sí/no Hermanos/as
Sí/no Otros familiares
Sí/no Amigos/as
Sí/no Cuidadores pagados.

¿Tiene usted alguna persona en quien confiar?

1: Sí 2: No // No responde

¿Se encuentra solo o se siente en soledad?

1: Casi nunca
1: Algunas veces
0: A menudo
// No responde

¿Cuántas personas conoce suficientemente bien como para visitarlas en su casa?

3: mayor 5
2: 3-4
// No responde
1: Una vez
0: Ninguna

¿Ve usted a sus amigos y familiares tan a menudo como a usted le gustaría?

1: Sí 0: No // No responde

¿Si alguna vez necesitase usted ayuda por encontrarse incapacitado, tendría quien le prestase esa ayuda?

1: Sí 0: No

¿Cuántas veces ha hablado por teléfono con amigos y/o familiares en la última semana?

3: Una vez al día o más
2: 2-6 veces
// No responde
1: Una vez
0: Ninguna

Si ha contestado Sí: ¿Esa persona cuidaría de usted?

De forma indefinida
Durante un corto período de tiempo
(semanas o 6 meses)
Sólo de forma pasajera (para ir al médico, a comer, etc.)
// No responde
¿Quién es esa persona? Nombre:

Relación: _____

INTERPRETACION

Excelentes recursos sociales: las relaciones sociales son muy amplias y satisfactorias. Al menos una persona puede cuidarlo/a indefinidamente en caso de necesidad.

Buenos recursos sociales; las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias y adecuadas, y al menos una persona puede cuidarlo indefinidamente. O las relaciones son muy amplias y satisfactorias y puede ser cuidado por sólo un período corto de tiempo.

Deterioro social leve; las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas, pero al menos una persona puede cuidarlo de forma indefinida. O las relaciones sociales son razonablemente satisfactorias, pero sólo puede ser cuidado un período corto de tiempo.

Deterioro social moderado: las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; sólo se pueden dar cuidados durante períodos cortos de tiempo. o las relaciones sociales son al menos adecuadas o satisfactorias, pero la ayuda sólo puede prestarse de vez en cuando.

Deterioro social grave: las relaciones sociales son insatisfactorias, de pobre calidad y pocas; se puede prestar cuidados sólo de vez en cuando. O las relaciones son al menos satisfactorias o adecuadas, pero la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.

Deterioro social total: las relaciones son de pobre calidad, insatisfactorias y pocas, y la ayuda no se le puede dar ni de vez en cuando.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



FUNCIONALIDAD





INDICE DE BARTHEL

Baño/Ducha		
Independiente	Se baña completo en ducha o baño. Entre y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.	5
Dependiente	Necesita ayuda o supervisión.	0
Vestido		
Independiente	Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.	10
Ayuda	Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.	5
Dependiente	Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.	0
Aseo personal		
Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavare los dientes, maquillarse y afeitarse.	5
Dependiente	Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.	0
Uso del retrete (taza de baño)		
Independiente	Usa el retrete o taza de baño. Se siente, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.	10
Ayuda	Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.	5
Dependiente	Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	0
Uso de escaleras		
Independiente	Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.	10
Ayuda	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
Dependiente	Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	0
Traslado cama-sillón		
Independiente	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independiente.	15
Mínima ayuda	Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado.	10
Gran ayuda	Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5
Dependiente	Requiere de dos personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	0
Desplazamiento		
Independiente	Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
Ayuda	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal) o utiliza andador.	10
Independiente en silla de ruedas	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros, sin ayuda ni supervisión.	5
Dependiente	No camina solo o no propulsa su silla solo.	0
Control de orina		
Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.	10
Incontinencia ocasional	Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
Incontinente	Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejarse solo con sonda o colector.	0
Control de heces		
Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.	10
Incontinente ocasional	Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
Incontinente	Más de un episodio por semana.	0
Alimentación		
Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona.	10
Ayuda	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.	5
Dependiente	Depende de otra persona para comer.	0
		____ / 100



ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA DE KATZ (ABVD)

1	Baño (esponja, regadera o tina)	Si ()	No ()
1	No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).		
1	Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. Espalda o pierna).		
0	Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.		
2	Vestido	Si ()	No ()
1	Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.		
1	Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.		
0	Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.		
3	Uso de sanitario	Si ()	No ()
1	Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).		
1	Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.		
0	Que no vaya al baño por sí mismo.		
4	Transferencias	Si ()	No ()
1	Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).		
1	Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.		
0	Que no pueda salir de la cama.		
5	Continencia	Si ()	No ()
1	Control total de esfínteres.		
1	Que tenga accidentes ocasionales.		
0	Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza soda o es incontinente.		
6	Alimentación	Si ()	No ()
1	Que se alimenta por si solo sin asistencia alguna.		
1	Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mantequilla.		
0	Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.		
		TOTAL ____ / 6	

CLASIFICACION DE KATZ

- A. Independencia en todas las funciones.
- B. Independencia en todas las funciones menos una.
- C. Independencia en todo menos en bañarse y otra función adicional.
- D. Independencia en todo menos en bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Dependencia en el baño, vestido, uso de sanitario y otra función adicional.
- F. Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en C, D, E y F.



ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON (AIVD)

1	Capacidad para usar el teléfono	Si ()	No ()
1	Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas.		
1	Marca solo unos cuantos números bien conocidos.		
1	Contesta el teléfono, pero no llama.		
0	No usa el teléfono.		
2	Transporte	Si ()	No ()
1	Se transporta solo.		
1	Se transporta solo, únicamente en taxi, pero no puede usar otros recursos.		
1	Viaja en transporte colectivo acompañado.		
0	Viaja en taxi o auto acompañado.		
0	No sale.		
3	Medicación	Si ()	No ()
1	Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.		
0	Se hace responsable solo si le preparan por adelantado.		
0	Es incapaz de hacerse cargo.		
4	Finanzas	Si ()	No ()
1	Maneja sus asuntos independientemente.		
0	Solo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.		
0	Es incapaz de manejar dinero.		
5	Compras	Si ()	No ()
1	Vigila sus necesidades independientemente		
0	Hace independientemente solo pequeñas compras.		
0	Necesita compañía para cualquier compra.		
0	Incapaz de cualquier compra.		
6	Cocina	Si ()	No ()
1	Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.		
0	Prepara los alimentos solo si se le provee lo necesario.		
0	Calienta, sirve y prepara, pero no lleva una dieta adecuada.		
0	Necesita que le preparen los alimentos.		
7	Cuidado del hogar	Si ()	No ()
1	Mantiene la casa solo o con ayuda mínima		
1	Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.		
1	Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficacia.		
1	Necesita ayuda en todas las actividades.		
0	No participa.		
8	Lavandería	Si ()	No ()
1	Se ocupa de su ropa independientemente.		
1	Lava solo pequeñas cosas.		
0	Todo se lo tienen que lavar.		
		TOTAL ____ / 8	



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (FAQ)

Puntuación. 8 = No aplica (por ejemplo, nunca lo ha hecho), 0 = Normal, 1 = Con dificultad, pero lo hace por sí mismo (a), 2 = Requiere ayuda, 3 = Depende totalmente de otros.

Instrucciones. En las últimas 4 semanas, ha tenido el paciente alguna dificultad o ha requerido ayuda con:

1	Hacer cheques, pagar las cuentas o llevar un balance correcto en su chequera.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
2	Organizar los documentos para la declaración de impuestos, los asuntos de negocio u otro tipo de documento.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
3	Hacer compras solo (a) (por ejemplo, comprar ropa, cosas para la casa o alimentos).	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
4	Participar en juegos de destreza como jugar cartas o canasta, ajedrez o trabajar en un pasatiempo.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
5	Calentar agua, preparar una taza de café, apagar la estufa.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
6	Preparar una comida balanceada.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
7	Estar al tanto de las noticias.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
8	Prestar atención y entender un programa de la televisión, un libro una revista.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
9	Recordar las citas, los eventos familiares, los días de fiesta, las medicinas.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
10	Viajar fuera de su vecindario, manejar un automóvil o planear un viaje usando transporte público.	(8)	(0)	(1)	(2)	(3)
TOTAL						____ / 30



CALIFICACION CLINICA DE LA DEMENCIA (CDR)

INSTRUCCIONES:

Utilice toda la información disponible y emita su mejor juicio. Puntúe cada categoría (Memoria, Orientación, Razonamiento y Resolución de Problemas, Actividades Fuera de Casa, Actividades Domésticas y Aficiones, Cuidado Personal) tan independientemente como sea posible. Marque en cada casilla, para cada categoría, puntuando la presencia de deterioro a toda reducción del nivel usual de actividad del individuo, debido exclusivamente a los problemas cognoscitivos y no al deterioro debido a otros factores como minusvalía o depresión. Ocasionalmente la evidencia será ambigua, y el mejor juicio del clínico indicará que una categoría puede ser puntuada en una u otra casilla adyacente. En esa situación, el procedimiento usual es de puntuar la casilla que indique un mayor deterioro.

La presencia de una afasia debe tomarse en consideración, evaluando tanto las funciones lingüísticas como las no lingüísticas de cada categoría cognoscitiva. Si la afasia está presente en una proporción mayor que la demencia en general, el sujeto debe ser puntuado en base a la demencia en general. Proporcione evidencia de la función cognoscitiva no-lingüística.

El **CDR global** se deriva de los puntajes de cada una de las seis categorías ("puntuaciones de casillas" o *box scores*) de la siguiente manera:

- La Memoria (M) se considera como la categoría principal y el resto son categorías secundarias.
- CDR es igual a M si al menos tres categorías secundarias tienen la misma puntuación que la memoria.
- Siempre que tres o más categorías secundarias tengan un puntaje mayor o menor que M, el CDR es igual al puntaje de la mayoría de las categorías secundarias, del lado de M que contenga el mayor número de categorías secundarias.
- Cuando tres categorías secundarias se puntúen de un lado de M y dos categorías secundarias del otro lado de M, CDR es igual a M.
- Cuando M es igual a 0.5, el CDR es de 1 si al menos tres categorías secundarias tuvieran un puntaje igual o mayor a 1.
- Si M es igual a 0.5, el CDR no puede ser 0, sólo puede ser 0.5 ó 1.
- Si M es igual a 0, el CDR es de 0 excepto si hay deterioro (0.5 o más) en dos o más categorías secundarias, en cuyo caso el CDR será de 0.5.

Aunque lo anterior es aplicable en la mayoría de las situaciones de la Enfermedad de Alzheimer, estas reglas no cubren todas las posibles combinaciones de puntajes. Circunstancias poco usuales pueden presentarse ocasionalmente en la enfermedad de Alzheimer y pueden esperarse en demencias no-Alzheimer, por ejemplo:

- Ante empates en las categorías secundarias de un lado de M, escoja las categorías empatadas más cercanas a M para el CDR (por ejemplo, M y otra categoría secundaria iguales a 3, dos categorías secundarias iguales a 2 y dos categorías secundarias iguales a 1.... CDR = 2).
- Cuando sólo una o dos categorías secundarias tienen la misma puntuación que M, CDR es igual a M siempre y cuando no más de dos categorías secundarias estén a cada lado de M.
- Cuando M es igual a 1 o más, el CDR no puede ser 0; en esta circunstancia, el CDR es de 0.5 cuando la mayoría de las categorías secundarias son iguales a 0.

El **CDR sum of boxes** es el resultado de la suma de los valores obtenidos en cada una de las categorías evaluadas.



DETERIORO					
	NINGUNO 0	DUDOSO 0.5	LEVE 1	MODERADO 2	GRAVE 3
MEMORIA	Sin pérdida de memoria o leves olvidos inconstantes	Olvidos leves constantes; recolección parcial de eventos; olvidos "benignos"	Pérdida moderada de memoria; más marcada para eventos recientes; el defecto interfiere con las actividades diarias	Pérdida grave de memoria; sólo retiene mucho aprendizaje; información nueva se pierde con rapidez	Pérdida grave de memoria; sólo retiene fragmentos
ORIENTACION	Completamente orientado	Completamente orientado pero con leve dificultad para las relaciones temporales	Dificultad moderada con las relaciones temporales; orientado en el lugar del examen; puede tener algo de desorientación geográfica en otro lugar	Dificultad grave con las relaciones temporales; habitualmente desorientado en el tiempo; a menudo en el lugar	Orientado sólo en persona
RAZONAMIENTO Y SOLUCION DE PROBLEMAS	Resuelve los problemas diarios y se encarga bien de los negocios y finanzas; razonamiento bueno con relación al comportamiento previo	Leve dificultad para resolver problemas, similitudes y diferencias	Dificultad moderada para hacer frente a problemas, similitudes y diferencias; razonamiento social habitual mantenido	Grandes dificultades para hacer frente a problemas, similitudes y diferencias; juicio social habitual limitado	Incapaz de razonar o resolver problemas
ACTIVIDADES FUERA DE CASA	Función independiente a su nivel habitual en el trabajo, compras, voluntariado y agrupaciones sociales	Leve dificultad en estas actividades	Incapaz de ser independiente en estas actividades; aunque aún puede participar en algunas; parece normal a primera vista	Incapaz de ser independiente fuera de casa; parece estar lo suficientemente bien como para realizar funciones fuera de casa	Incapaz de ser independiente fuera de casa; parece demasiado enfermo para realizar las mismas
ACTIVIDADES DOMESTICAS Y AFICIONES	Vida en casa, aficiones e intereses intelectuales bien conservados	Vida en casa, aficiones e intereses intelectuales algo limitados	Dificultad leve pero clara de su actividad doméstica; abandono de las tareas más difíciles; abandono de las aficiones e intereses más complicados	Sólo realiza tareas simples; intereses muy restringidos y mal mantenidos	Sin función significativa fuera de casa
CUIDADO PERSONAL	Completamente capaz de cuidarse por sí mismo		Necesita recordatorios	Requiere ayuda para vestirse, asearse y encargarse de sus efectos personales	Requiere mucha ayuda para su cuidado personal; incontinencia frecuente



ESCALA DE CALIFICACION DE LA SEVERIDAD DE LA DEMENCIA (DSRS) PRIMERA PARTE

RECONOCIMIENTO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

0. Normal, reconoce a las personas y generalmente sabe quienes son.
1. Usualmente reconoce a los nietos, primos o parientes que no ve con frecuencia, pero tal vez no recuerde el parentesco.
2. Usualmente no reconoce a los miembros de la familia que no ve con frecuencia. A menudo se confunde acerca del parentesco, tales como: nietos o sobrinos.
3. A veces no reconoce a los miembros de la familia inmediata o a otras personas a quienes ve con frecuencia. Tal vez no reconozca a sus hijos, hermanos o hermanas que no ve regularmente.
4. Con frecuencia no reconoce a su cónyuge o persona que lo cuida.
5. No muestra señales alguna de reconocer o estar al tanto de la presencia de los otros.

ORIENTACION EN EL TIEMPO

0. Está conciente de la hora del día y del día de la semana.
1. Cierta confusión acerca de la hora del día o el día de la semana, pero no lo suficientemente severa como para interferir con las actividades diarias.
2. Confusión frecuente acerca de la hora del día.
3. Confusión casi constante acerca de la hora del día.
4. Parece estar totalmente desorientado en el tiempo.

ORIENTACION DE LUGAR

0. Conciencia normal acerca de donde se encuentra, aún hasta en lugares nuevos.
1. A veces está desorientado en lugares nuevos.
2. Frecuentemente desorientado en lugares nuevos.
3. Usualmente desorientado, aún hasta en lugares conocidos. Podría olvidarse de que ya está en su casa.
4. Casi siempre está desorientado en cuanto al lugar.

HABILIDAD PARA TOMAR DECISIONES

0. Normal, tan capaz de tomar decisiones como antes.
1. Sólo cierta dificultad en tomar decisiones que surgen de la vida diaria.
2. Dificultad moderada. Se confunde cuando las cosas se complican o los planes cambian.
3. Raras veces toma decisiones importantes. Se confunde con facilidad.
4. No puede entender lo que está ocurriendo la mayor parte del tiempo.

ACTIVIDAD SOCIAL Y COMUNITARIA

0. Normal, actúa igual con la gente como de costumbre.
1. Sólo presenta problemas menores que no son realmente importantes; pero claramente actúa de manera diferente a años anteriores.
2. Todavía puede participar en actividades comunitarias sin ayuda. Puede parecer normal a la gente que no le conoce.
3. Con frecuencia tiene dificultad en relacionarse con personas fuera del hogar sin ayuda de la persona que lo cuida. Usualmente puede participar en actividades tranquilas en el hogar con amigos. El problema es evidente para cualquiera que lo observa.
4. Ya no participa realmente en las actividades del hogar en que participan otras personas. Puede solamente relacionarse con el cuidador primario.
5. Poca o ninguna respuesta aún con el cuidador primario.



ESCALA DE CALIFICACION DE LA SEVERIDAD DE LA DEMENCIA (DSRS) SEGUNDA PARTE

ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DEL HOGAR

0. Normal. No hay disminución de la capacidad de hacer tareas en su hogar.
1. Algunos problemas con las actividades del hogar. Podría tener más dificultad con el manejo del dinero (pago de cuentas) y las tareas de reparación. Todavía puede ir a las tiendas, cocinar o limpiar. Todavía mira la televisión o lee el periódico con interés y entendimiento.
2. Comete errores en las tareas simples, como ir a la tienda, cocinar o limpiar. Está perdiendo el interés en el periódico, la televisión o la radio. Con frecuencia es incapaz de seguir una conversación prolongada sobre un tema individual.
3. No puede salir de compras, cocinar ni limpiar sin bastante ayuda. No entiende el periódico ni la televisión. No puede seguir una conversación.
4. No realiza ninguna actividad en el hogar.

CUIDADO Y ASEO PERSONAL

0. Normal. Cuida de sí mismo como siempre.
1. A veces olvida lavarse, afeitarse, peinarse o se viste con ropas inapropiadas. No es tan limpio como en el pasado.
2. Necesita ayuda para vestirse, lavarse y el cuidado personal.
3. Depende totalmente de ayuda para el cuidado personal

ALIMENTACION

0. Normal, no necesita ayuda para comer los alimentos que le sirven.
1. Puede necesitar ayuda para cortar los alimentos o tener dificultades con ciertas comidas, pero básicamente es capaz de comer por sí solo.
2. Generalmente es capaz de comer por sí solo, pero puede necesitar alguna ayuda. Puede perder el interés durante la comida.
3. Necesita ser alimentado. Podría tener dificultad tragando.

CONTROL PARA ORINAR Y EVACUAR

0. Normal, no tiene problemas para orinar o evacuar, excepto en el caso de problemas físicos.
1. Raras veces pierde el control de la orina (generalmente menos de un accidente por mes).
2. Falla ocasionalmente el controlar la orina (alrededor de una vez o menos por semana).
3. Falla frecuentemente el controlar la orina (más de una vez por semana).
4. Generalmente no puede controlar el orinarse y frecuentemente no puede controlar el evacuar.

HABILIDAD PARA IR DE UN LUGAR A OTRO

0. Normal, capaz de trasladarse por su cuenta. (Puede presentar problemas físicos que necesiten el uso de un bastón o andador).
1. A veces se confunde mientras conduce el automóvil o toma medios públicos de transporte, especialmente en lugares nuevos. Es capaz de ir caminando por sí solo a otros lugares.
2. No puede conducir automóviles ni tomar transportación pública por sí sólo, incluso en lugares familiares. Puede ir caminando por sí solo a lugares cercanos. Puede perderse si se aleja demasiado de la casa.
3. No se le puede dejar solo fuera de la casa. Puede caminar por la casa sin perderse ni confundirse.
4. Se confunde y necesita ayuda para encontrar el camino dentro de la casa.
5. Casi siempre está en cama o en una silla. Podría caminar algunos pasos con ayuda, pero no tiene sentido de la dirección.
6. Siempre está en cama. No puede sentarse ni ponerse de pie.

TOTAL

_____/42



EVALUACION DEL ESTADO FUNCIONAL EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (FAST)

ETAPA

NIVEL DE CAPACIDADES

1 (Adulto Normal)	Sin dificultades, ya sea subjetivas u objetivas.
2 (Anciano Normal)	Queja de olvidar donde dejo algunos objetos. Dificultad subjetiva para encontrar palabras.
3 (EA Temprana)	Disminución en el desempeño laboral evidenciado por sus compañeros; dificultad para viajar a nuevos lugares. Disminución en la capacidad de organización.
4 (EA Leve)	Disminución en la capacidad para desarrollar actividades complejas (Ej. Planeación de una cena para invitados), manejo de finanzas personales (Ej. Olvida pagar sus cuentas), dificultad para realizar compras, etc.
5 (EA Moderada)	Requiere asistencia para seleccionar su ropa de forma apropiada de acuerdo con el día, estación del año u ocasión.
6 (EA Moderada-Severa)	<p>A. Dificultad para vestirse de forma adecuada sin asistencia.</p> <p>B. Incapaz para bañarse de forma adecuada (Ej. Dificultad para ajustar la temperatura del baño), ocasionalmente o con mayor frecuencia en las ultimas semanas.</p> <p>C. Incapacidad para manejar adecuadamente el sistema de vaciado de la taza del baño (Ej. Olvida jalarle al baño, no es capaz de limpiarse correctamente o no tira en lugares adecuados el papel de baño utilizado).</p> <p>D. Incontinencia Urinaria (Ocasional o más frecuente).</p> <p>E. Incontinencia Fecal (Ocasional o más frecuente en las últimas semanas).</p>
7 (EA Severa)	<p>A. Habilidad para hablar limitada a aproximadamente media docena de diferentes palabras o menos, en el transcurso de un día promedio o durante una entrevista intensiva.</p> <p>B. La capacidad de hablar se limita a una palabra no comprensible en un día promedio o durante una entrevista (la persona puede repetir la palabra una y otra vez).</p> <p>C. Perdida de la capacidad para deambular (No puede caminar sin asistencia personal).</p> <p>D. Perdida de la capacidad para levantarse de una silla sin asistencia (Ej. El individuo se puede caer hacia los lados si la silla no cuenta con descansa brazos).</p> <p>E. Perdida de la capacidad para sonreír.</p> <p>F. Incapacidad para mantener levantada la cabeza sin asistencia.</p>



ESCALA DE BERG

Instrucciones generales:

A. Hacer una demostración de cada función. Al puntuar recoger la respuesta más baja aplicada a cada ítem.

En la mayoría de ítems, se pide al paciente que mantenga una posición dada durante un tiempo determinado. Se van reduciendo más puntos progresivamente si no se consigue el tiempo o la distancia fijada, si la actuación del paciente requiere supervisión, o si el paciente toca un soporte externo o recibe ayuda del examinador.

b. El equipamiento requerido para la realización del test consiste en un cronómetro o reloj con segundero, una regla u otro indicador de 5, 12 y 25 cm. Las sillas utilizadas deben tener una altura razonable. Para la realización del ítem 12, se precisa un escalon o un taburete (de altura similar a un escalón).

1. DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, levántese. Intente no ayudarse de las manos.

- () 4 capaz de levantarse sin usar las manos y de estabilizarse independientemente
- () 3 capaz de levantarse independientemente usando las manos
- () 2 capaz de levantarse usando las manos y tras varios intentos
- () 1 necesita una mínima ayuda para levantarse o estabilizarse
- () 0 necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse

2. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA

INSTRUCCIONES: Por favor, permanezca de pie durante dos minutos sin agarrarse.

- () 4 capaz de estar de pie durante 2 minutos de manera segura
- () 3 capaz de estar de pie durante 2 minutos con supervisión
- () 2 capaz de estar de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- () 1 necesita varios intentos para permanecer de pie durante 30 segundos sin agarrarse
- () 0 incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia

3. SEDESTACIÓN SIN APOYAR LA ESPALDA, PERO CON LOS PIES SOBRE EL SUELO O SOBRE UN TABURETE O ESCALÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese con los brazos junto al cuerpo durante 2 min.

- () 4 capaz de permanecer sentado de manera segura durante 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer sentado durante 2 minutos bajo supervisión
- () 2 capaz de permanecer sentado durante 30 segundos
- () 1 capaz de permanecer sentado durante 10 segundos
- () 0 incapaz de permanecer sentado sin ayuda durante 10 segundos

4. DE BIPEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, siéntese.

- () 4 se sienta de manera segura con un mínimo uso de las manos
- () 3 controla el descenso mediante el uso de las manos
- () 2 usa la parte posterior de los muslos contra la silla para controlar el descenso
- () 1 se sienta independientemente, pero no controla el descenso
- () 0 necesita ayuda para sentarse

5. TRANSFERENCIAS

INSTRUCCIONES: Prepare las sillas para una transferencia en pivot. Pida al paciente de pasar primero a un asiento con apoyabrazos y a continuación a otro asiento sin apoyabrazos. Se pueden usar dos sillas (una con y otra sin apoyabrazos) o una cama y una silla.

- () 4 capaz de transferir de manera segura con un mínimo uso de las manos
- () 3 capaz de transferir de manera segura con ayuda de las manos
- () 2 capaz de transferir con indicaciones verbales y/o supervisión
- () 1 necesita una persona que le asista
- () 0 necesita dos personas que le asistan o supervisen la transferencia para que sea segura.

6. BIPEDESTACIÓN SIN AYUDA CON OJOS CERRADOS

INSTRUCCIONES: Por favor, cierre los ojos y permanezca de pie durante 10 seg.

- () 4 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos de manera segura
- () 3 capaz de permanecer de pie durante 10 segundos con supervisión
- () 2 capaz de permanecer de pie durante 3 segundos



- 1 incapaz de mantener los ojos cerrados durante 3 segundos pero capaz de permanecer firme
- 0 necesita ayuda para no caerse

7. PERMANECER DE PIE SIN AGARRARSE CON LOS PIES JUNTOS

INSTRUCCIONES: Por favor, junte los pies y permanezca de pie sin agarrarse.

- 4 capaz de permanecer de pie con los pies juntos de manera segura e independiente durante 1 minuto
- 3 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente durante 1 minuto con supervisión
- 2 capaz de permanecer de pie con los pies juntos independientemente, pero incapaz de mantener la posición durante 30 segundos
- 1 necesita ayuda para lograr la postura, pero es capaz de permanecer de pie durante 15 segundos con los pies juntos
- 0 necesita ayuda para lograr la postura y es incapaz de mantenerla durante 15 segundos

8. LLEVAR EL BRAZO EXTENDIDO HACIA DELANTE EN BIPEDESTACIÓN

INSTRUCCIONES: Levante el brazo a 90°. Estire los dedos y llévelo hacia delante todo lo que pueda. El examinador coloca una regla al final de los dedos cuando el brazo está a 90°. Los dedos no debe tocar la regla mientras llevan el brazo hacia delante. Se mide la distancia que el dedo alcanza mientras el sujeto está lo más inclinado hacia adelante. Cuando es posible, se pide al paciente que use los dos brazos para evitar la rotación del tronco

- 4 puede inclinarse hacia delante de manera cómoda >25 cm
- 3 puede inclinarse hacia delante de manera segura >12 cm
- 2 puede inclinarse hacia delante de manera segura >5 cm
- 1 se inclina hacia delante pero requiere supervisión
- 0 pierde el equilibrio mientras intenta inclinarse hacia delante o requiere ayuda

9. EN BIPEDESTACIÓN, RECOGER UN OBJETO DEL SUELO

INSTRUCCIONES: Recoger el objeto (zapato/zapatilla) situado delante de los pies

- 4 capaz de recoger el objeto de manera cómoda y segura
- 3 capaz de recoger el objeto pero requiere supervisión
- 2 incapaz de coger el objeto pero llega de 2 a 5 cm (1-2 pulgadas) del objeto y mantiene el equilibrio de manera independiente
- 1 incapaz de recoger el objeto y necesita supervisión al intentarlo
- 0 incapaz de intentarlo o necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

10. EN BIPEDESTACIÓN, GIRARSE PARA MIRAR ATRÁS

INSTRUCCIONES: Gire para mirar atrás a la izquierda. Repita lo mismo a la derecha

El examinador puede sostener un objeto por detrás del paciente al que puede mirar para favorecer un mejor giro.

- 4 mira hacia atrás hacia ambos lados y desplaza bien el peso
- 3 mira hacia atrás desde un solo lado, en el otro lado presenta un menor desplazamiento del peso del cuerpo
- 2 gira hacia un solo lado pero mantiene el equilibrio
- 1 necesita supervisión al girar
- 0 necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer

11. GIRAR 360 GRADOS

INSTRUCCIONES: Dar una vuelta completa de 360 grados. Pausa. A continuación repetir lo mismo hacia el otro lado.

- 4 capaz de girar 360 grados de una manera segura en 4 segundos o menos
- 3 capaz de girar 360 grados de una manera segura sólo hacia un lado en 4 segundos o menos
- 2 capaz de girar 360 grados de una manera segura, pero lentamente
- 1 necesita supervisión cercana o indicaciones verbales
- 0 necesita asistencia al girar

12. SUBIR ALTERNANTE LOS PIES A UN ESCALÓN O TABURETE EN BIPEDESTACIÓN SIN AGARRARSE

INSTRUCCIONES: Sitúe cada pie alternativamente sobre un escalón/taburete. Repetir la operación 4 veces para cada pie.

- 4 capaz de permanecer de pie de manera segura e independiente y completar 8 escalones en 20 segundos
- 3 capaz de permanecer de pie de manera independiente y completar 8 escalones en más de 20 segundos
- 2 capaz de completar 4 escalones sin ayuda o con supervisión
- 1 capaz de completar más de 2 escalones necesitando una mínima asistencia
- 0 necesita asistencia para no caer o es incapaz de intentarlo

13. BIPEDESTACIÓN CON LOS PIES EN TANDEM



INSTRUCCIONES: Demostrar al paciente. Sitúe un pie delante del otro. Si piensa que no va a poder colocarlo justo delante, intente dar un paso hacia delante de manera que el talón del pie se sitúe por delante del zapato del otro pie (para puntuar 3 puntos, la longitud del paso debería ser mayor que la longitud del otro pie y la base de sustentación debería aproximarse a la anchura del paso normal del sujeto).

- () 4 capaz de colocar el pie en tándem independientemente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 3 capaz de colocar el pie por delante del otro de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 2 capaz de dar un pequeño paso de manera independiente y sostenerlo durante 30 segundos
- () 1 necesita ayuda para dar el paso, pero puede mantenerlo durante 15 segundos
- () 0 pierde el equilibrio al dar el paso o al estar de pie.

14. BIPEDESTACIÓN SOBRE UN PIE

INSTRUCCIONES: Apoyo sobre un pie sin agarrarse

- () 4 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante >10 seg.
- () 3 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla entre 5-10 seg.
- () 2 capaz de levantar la pierna independientemente y sostenerla durante 3 ó más segundos
- () 1 intenta levantar la pierna, incapaz de sostenerla 3 segundos, pero permanece de pie de manera independiente
- () 0 incapaz de intentarlo o necesita ayuda para prevenir una caída
- () PUNTUACIÓN TOTAL (Máximo= 56)

Las alteraciones del equilibrio y las dificultades, o la imposibilidad para volver a caminar son dos de los síntomas motores que con mayor frecuencia presentan los pacientes que han sufrido un daño cerebral adquirido (DCA). La recuperación de estas aptitudes constituye una parte esencial dentro del proceso de rehabilitación dado el grado de autonomía funcional que la recuperación de las mismas conlleva.

En el ámbito clínico, tradicionalmente la evaluación y el seguimiento de estos déficits se realiza con escalas clínicas de medida tales como: Escala Berg, Tinetti equilibrio y marcha, escala COVS, Hauser, Rivermead.

El Berg Balance Scale fue desarrollada en 1989 como una medida cuantitativa del estado funcional del equilibrio en ancianos, cuya validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio han sido demostradas también en pacientes hemipléjicos.

La escala de Berg comprende 14 ítems (puntuación comprendida 0-4). Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 (equilibrio gravemente afectada) a 56 (excelente equilibrio).

Los pacientes deben completar 14 tareas mientras el examinador califica el desempeño del paciente en cada tarea. Elementos de la prueba son representativos de las actividades diarias que requieren equilibrio, como sentado, de pie, inclinándose, y dar un paso. Algunas tareas se clasifican de acuerdo a la calidad de la ejecución de la tarea, mientras que otras son evaluadas por el tiempo necesario para completar la tarea.

Específicamente, los resultados se interpretan como:

- 0-20: alto riesgo de caída
- 21-40: moderado riesgo de caída
- 41-56: leve riesgo de caída

En promedio, los pacientes con puntuaciones menores de 40 tienen casi doce veces más probabilidades de caer que aquellos con puntuaciones superiores a 40. Puntuaciones inferiores a 45 de los 56 son generalmente aceptados como indicadores de alteración del equilibrio. En diversos artículos establecen como punto de corte de 45 puntos de 56 para una deambulación independiente segura.

También según las puntuaciones obtenidas en la escala de Berg nos permite obtener información de su capacidad motora y funcional. Podemos establecer 5 grupos:

- Grupo de inicio de bipedestación (33-39)
- Grupo de inicio de marcha (40-44)
- Marcha con/sin ayudas técnicas (45-49)
- Marcha independiente (50-54)
- Marcha funcional (55-56)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



TIMED UP AND GO TEST

Targeted Population: Older adults.

Description: The timed Up and Go test is a modified, timed version of the Get Up and Go test (Mathias et al, 1986), which evaluates gait and balance. The patient is observed and timed while rising from an armchair, walking 3 meters, turning, walking back, and sitting down again. No physical assistance is given. The patient wears regular footwear and uses any customary walking aid. A stopwatch or wrist-watch with a second hand is used to time this activity. The patient is allowed one practice trial and then three actual trials. The times from the three actual trials are averaged. This test is quick, requires no special equipment or training, and is easily included as part of the routine medical examination.

Scores: A score of < 10 seconds = freely mobile, < 20 seconds = mostly independent, 20 to 29 seconds = variable mobility, > 30 seconds = impaired mobility. A score of 30 seconds or greater indicates that the patient has impaired mobility, requires assistance, and is at a high risk for falls.

Accuracy: The authors reported that the time score was reliable (interrater and intrarater); correlated well with log-transformed scores on the Berg Balance Scale, gait speed, and Barthel Index of ADL; and appeared to predict the patient's ability to go outside alone safely. The authors suggest that the timed Up and Go test is a reliable and valid test for quantifying functional mobility, which may also be useful in monitoring clinical change over time.

Administration Time: < 2 minutes.

From Podsiadlo D, Richardson S: The timed "Up and Go:" a test of basic functional mobility for frail, elderly persons, *J Am Geriatric Soc* 39:142, 1991. Reprinted with permission Blackwell Publishing Ltd.

Descriptive summary from Loretz L: *Primary Care Tools for Clinicians: A Compendium of Forms, Questionnaires, and Rating Scales for Everyday Practice*, St. Louis, 2005, Mosby.



TINETTI BALANCE AND GAIT EVALUATION PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY

EQUILIBRIO: el paciente está situado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado		
Se inclina o se desliza en la silla		0
Se mantiene seguro		1
<hr/>		
2. Levantarse		
Imposible sin ayuda		0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse		1
Capaz sin usar los brazos		2
<hr/>		
3. Intentos para levantarse		
Incapaz sin ayuda		0
Capaz, pero necesita más de un intento		1
Capaz de levantarse con sólo un intento		2
<hr/>		
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)		
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco		0
Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse		1
Estable sin andador, bastón u otros soportes		2
<hr/>		
5. Equilibrio en bipedestación		
Inestable		0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte		1
Apoyo estrecho sin soporte		2
<hr/>		
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, 3 veces		
Empieza a caerse		0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene		1
Estable		2
<hr/>		
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)		
Inestable		0
Estable		1
<hr/>		
8. Vuelta de 360 grados		
Pasos discontinuos		0
Continuos		1
Inestable (se tambalea, se agarra)		0
Estable		1
<hr/>		
9. Sentarse		
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla		0
Usa los brazos o el movimiento es brusco		1
Seguro, movimiento suave		2

Puntuación total equilibrio (máximo 16) =



Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (2.ª parte: marcha)

MARCHA: el paciente permanecerá de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
<hr/>	
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	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 con el paso	1
<hr/>	
b) Movimiento del pie izquierdo:	
No sobrepasa al pie derecho con el paso	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 con el paso	1
<hr/>	
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
<hr/>	
13. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
<hr/>	
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
<hr/>	
15. 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
<hr/>	
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1
<hr/>	

Puntuación marcha (máximo 12) =

Puntuación total (equilibrio y marcha) (máximo 28) =



VALORACION DE MARCHA Y EQUILIBRIO

PRUEBAS DE EQUILIBRIO



Bipedestación	Tiempo	<input type="text"/> seg
¿Permaneció el paciente por más de 10 seg?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Semitandem	Tiempo	<input type="text"/> seg
¿Permaneció el paciente por más de 10 seg?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tandem	Tiempo	<input type="text"/> seg
¿Permaneció el paciente por más de 10 seg?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Unipodal Pie Izquierdo	Tiempo	<input type="text"/> seg
¿Permaneció el paciente por más de 5 seg?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Unipodal Pie Derecho	Tiempo	<input type="text"/> seg
¿Permaneció el paciente por más de 5 seg?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

PRUEBA DE “LEVANTATE Y ANDA”

Siente al paciente en una silla alta de respaldo rígido, indicarle “póngase de pie, de ser posible sin apoyarse. Quédese quieto de pie un instante y camine 15 pasos, de media vuelta y vuelva al asilla, gire nuevamente y siéntese”.

	Normal	Anormal
Equilibrio Sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencia de sentado a de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmo y estabilidad al caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad para girar sin trastabillar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORMAL	<input type="checkbox"/>	
ANORMAL	<input type="checkbox"/>	
GRAVEMENTE ANORMAL	<input type="checkbox"/>	

PRUEBA CRONOMETRADA DE “LEVANTATE Y ANDA” (6 METROS)

Pida al paciente que se levante de su silla (con apoya-brazos), camine la mitad de la distancia determinada, gire de regreso y vuelva a sentarse en la silla.

Tiempo seg ¿Tardó 14 seg. o más en realizarlo? Sí No

ACTIVIDAD FÍSICA

Horas de ejercicio / actividad física en los últimos 3 días antes del inicio de la enfermedad precipitante del ingreso. En pacientes ambulatorios aplicarse en lo realizado dentro de su rutina habitual.

- Mas de 2 horas Menos de 1 hora
 1-2 horas Ninguna



EXTENUACIÓN FÍSICA

- ¿Siente que todo lo que hace requiere un gran esfuerzo?
Sí No Frecuencia _____
- ¿Siente que ya no puede seguir adelante?
Sí No Frecuencia _____

0= Muy raramente (<1 día). 1= Alguna vez o un poco (1-2 días). 2= Una cantidad moderada (3-4 días).
3= La mayor parte del tiempo (3-4 días).



PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FISICO

1. Prueba de balance	
 A. Pararse con los pies uno a cada lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) NO <input type="checkbox"/> (0 puntos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
 B. Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) NO <input type="checkbox"/> (0 puntos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
 C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo en seg _____ (máx. 15)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/> PUNTAJE:
TOTAL (A+B+C)/4	Puntos
0: <3.0seg o no intenta 1: 3.0 a 9.99seg 2: 10seg	
2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)	
A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba	Seg: Se rehúsa <input type="checkbox"/>
B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba	Seg: Se rehúsa <input type="checkbox"/>
TOTAL/4	Puntos
<i>Calificar la medición menor</i> 1:>8.70 seg 2: 6.21 a 8.70seg 3: 4.82 a 6.20seg 4:<4.82seg	
3. Prueba de levantarse cinco veces de una silla	
 A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a B) ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
 B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla	Seg: Se rehúsa <input type="checkbox"/>
TOTAL/4	Puntos
0: Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda >60seg 1: 16.7 a 60seg 2: 13.7 a 16.69seg 3: 11.2 a 13.69seg 4: <11.19seg	
TOTAL PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)/12	Puntos



ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TIMILSON Y ROTH

A.- Cambios en la ejecución de las actividades diarias.

1 punto incapacidad total, 0.5 punto incapacidad parcial, 0 punto totalmente capaz.

1. Capacidad para realizar tareas domésticas.
2. Capacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero.
3. Capacidad para recordar listas cortas de elementos (por ejemplo lista de las compras).
4. Capacidad para orientarse en casa.
5. Capacidad para orientarse en calles familiares.
6. Capacidad para valorar el entorno (por ejemplo reconocer si está en casa, o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras).
7. Capacidad para recordar hechos recientes (por ejemplo visitas de parientes o amigos).
8. Tendencia para recordar el pasado.

Incapaz	Parcial	Capaz
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0
1	0.5	0

Puntuación máxima 0 - 8

TOTAL:

B.- Alteraciones de los hábitos.

9. Comer:

- a) Limpiamente con los cubiertos adecuados. (0)
- b) Desafiladamente solo con la cuchara. (2)
- c) Sólidos simples (por ejemplo galletas). (2)
- d) Ha de ser alimentado. (3)

10. Vestirse:

- a) Se viste sin ayuda. (0)
- b) Fallos ocasionales (abotarse). (1)
- c) Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse. (2)
- d) Incapaz de vestirse. (3)

11. Control de esfínteres:

- a) Normal. (0)
- b) Incontinencia urinaria ocasional. (1)
- c) Incontinencia urinaria frecuente. (2)
- d) Doble incontinencia. (3)

Puntuación máxima 0 - 9

TOTAL:

C.- Cambios de personalidad y conducta.

- Sin cambios. (0)
12. Retraimiento reciente. (1)
13. Egocentrismo aumentado. (1)
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros. (1)
15. Afectividad embotada. (1)
16. Perturbación del control emocional aumento de la susceptibilidad e irritabilidad. (1)
17. Hilaridad inapropiada. (1)
18. Respuesta emocional distorsionada. (1)
19. Indiscreciones sexuales de aparición reciente. (1)
20. Falta de interés por las aficiones habituales. (1)
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva. (1)
22. Hiperactividad no justificada. (1)

Puntuación parcial 0 - 11

TOTAL:

Puntuación total A + B + C = 0 - 28 puntos Deterioro mental (Demencia) si los puntos son max de 4



FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)

Functional Independence Measure (FIM™) Instrument

L E V E L S	7 Complete Independence (timely, safely) 6 Modified Independence (device)	NO HELPER		
	Modified Dependence 5 Supervision (subject = 100%) 4 Minimal Assistance (subject = 75%+) 3 Moderate Assistance (subject = 50%+) Complete Dependence 2 Maximal Assistance (subject = 25%+) 1 Total Assistance (subject = less than 25%)	HELPER		

	ADMISSION	DISCHARGE	FOLLOW-UP
Self-Care			
A. Eating	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Grooming	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Bathing	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Dressing—Upper Body	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Dressing—Lower Body	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Toileting	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sphincter Control			
G. Bladder Management	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Bowel Management	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transfers			
I. Bed, Chair, Wheelchair	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Toilet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Tub, Shower	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Locomotion			
L. Walk/Wheelchair	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Stairs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> W Walk C Wheelchair B Both </div>	<input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> W Walk C Wheelchair B Both </div>	<input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> W Walk C Wheelchair B Both </div>
Motor Subtotal Score	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communication			
N. Comprehension	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expression	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> A Auditory V Visual H Both </div>	<input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> A Auditory V Visual H Both </div>	<input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> A Auditory V Visual H Both </div>
Social Cognition			
P. Social Interaction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Problem Solving	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memory	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognitive Subtotal Score	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL FIM™ SCORE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTE: Leave no blanks. Enter 1 if patient is not testable due to risk.



Functional Independence Measure (FIM): Items and Levels of Function

SELF-CARE

Eating. Includes use of suitable utensils to bring food to mouth, chewing, and swallowing, once meal is appropriately prepared.

Grooming. Includes oral care, hair grooming, washing hands and face, and either shaving or applying makeup.

Bathing. Includes bathing the body from the neck down (excluding the back), tub, shower, or sponge/bed bath. Performs safely.

Dressing—Upper Body. Includes dressing above the waist as well as donning and removing prosthesis or orthosis when applicable.

Dressing—Lower Body. Includes dressing from the waist down as well as donning or removing prosthesis or orthosis when applicable.

Toileting. Includes maintaining perineal hygiene and adjusting clothing before and after toilet or bed pan use. Performs safely.

SPHINCTER CONTROL

Bladder Management. Includes complete intentional control of urinary bladder and use of equipment or agents necessary for bladder control.

Bowel Management. Includes complete intentional control of bowel movement and use of equipment or agents necessary for bowel control.

MOBILITY

Transfers: Bed, Chair, Wheelchair. Includes all aspects of transferring to and from bed, chair, and wheelchair, and coming to a standing position, if walking is the typical mode of locomotion.

Transfer: Toilet. Includes getting on and off a toilet.

Transfers: Tub or Shower. Includes getting into and out of a tub or shower stall.

LOCOMOTION

Walking or Using Wheelchair. Includes walking, once in a standing position, or using a wheelchair, once in a seated position, on a level surface.

Check most frequent mode of locomotion. If both are about equal, check *W* and *C*. If initiating a rehabilitation program, check the mode for which training is intended.

() *W* = Walking () *C* = Wheelchair

Stairs. Goes up and down 12 to 14 stairs (one flight) indoors.

COMMUNICATION

Comprehension. Includes understanding of either auditory or visual communication (e.g., writing, sign language, gestures).

Check and evaluate the most usual mode of comprehension. If both are about equally used, check *A* and *V*.

() *A* = Auditory () *V* = Visual

Expression. Includes clear vocal or nonvocal expression of language. This item includes both intelligible speech or clear expression of language using writing or a communication device.

Check and evaluate the most usual mode of expression. If both are about equally used, check *V* and *N*.

() *V* = Vocal () *N* = Nonvocal

SOCIAL COGNITION

Social Interaction. Includes skills related to getting along and participating with others in therapeutic and social situations. It represents how one deals with one's own needs together with the needs of others.

Problem Solving. Includes skills related to solving problems of daily living. This means making reasonable, safe, and timely decisions regarding financial, social, and personal affairs and initiating, sequencing, and self-correcting tasks and activities to solve the problems.

Memory. Includes skills related to recognizing and remembering while performing daily activities in an institutional or community setting. It includes ability to store and retrieve information, particularly verbal and visual. A deficit in memory impairs learning as well as performance of tasks.

DESCRIPTION OF THE LEVELS OF FUNCTION AND THEIR SCORES

INDEPENDENT—Another person is not required for the activity (NO HELPER).

7 COMPLETE INDEPENDENCE—All of the tasks described as making up the activity are typically performed safely, without modification, assistive devices, or aids, and within a reasonable time.

6 MODIFIED INDEPENDENCE—Activity requires any one or more than one of the following: an assistive device, more than reasonable time, or there are safety (risk) considerations.

DEPENDENT—Another person is required for either supervision or physical assistance in order for the activity to be performed, or it is not performed (REQUIRES HELPER).

MODIFIED DEPENDENCE—The subject expends half (50%) or more of the effort. The levels of assistance required are:

5 Supervision or setup—Subject requires no more help than standby, cuing or coaxing, without physical contact. Or, helper sets up needed items or applies orthoses.

4 Minimal contact assistance—With physical contact the subject requires no more help than touching, and subject expends 75% or more of the effort.

3 Moderate assistance—Subject requires more help than touching, or expends half (50%) or more (up to 75%) of the effort.

COMPLETE DEPENDENCE—The subject expends less than half (less than 50%) of the effort. Maximal or total assistance is required, or the activity is not performed. The levels of assistance required are:

2 Maximal assistance—Subject expends less than 50% of the effort, but at least 25%.

1 Total assistance—Subject expends less than 25% of the effort.



ESCALA DE ROSOW-BRESLAU (MOVILIDAD)

- 1. Sube y baja escaleras para llegar al siguiente piso.
- 2. Es capaz de caminar 500 metros.
- 3. Realiza trabajo pesado en casa (ej. lavar paredes).

TOTAL

_____ /3

ESCALA DE NAGI (DISCAPACIDAD)

¿Es el paciente es capaz de ?

- 1. Inclinarsse, agacharse, arrodillarse (ej. recoger objetos)
- 2. Levantar los brazos por arriba de los hombros
- 3. Escribir o manipular pequeños objetos (ej. monedas)
- 4. Empujar o jalar objetos (ej. silla)
- 5. Levantar y cargar objetos de 5kg o más

TOTAL

_____ /5



ROSA

La escala ROSA le ayudará a valorar y a documentar hasta qué punto influye la enfermedad en las capacidades de su paciente en la vida diaria. Para calificar todas las afirmaciones (de la 1 a la 16) en relación con un paciente, marque con una cruz (x) cuál es la valoración que mejor describe las capacidades del paciente durante la última semana. Procure valorar meticulosamente cada afirmación. Evite todas las afirmaciones.

Antes de comenzar con la evaluación mediante la escala ROSA, determine el grado de afectación de la enfermedad de Alzheimer basándose en su impresión clínica global.

La enfermedad de Alzheimer del paciente está en ...		Puntuación
<input type="checkbox"/> fase temprana	<input type="checkbox"/> fase media	
<p>1. El paciente puede recordar acontecimientos que sucedieron hace mucho tiempo.</p> <p>muy bien <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy mal/hada en absoluto</p> <p>Escenario: El paciente se encuentra de pronto con un familiar cercano o con un buen amigo. Fase temprana: El paciente reconoce al familiar/amigo, pero no sabe su nombre con exactitud. Fase media: El paciente tiene problemas para recordar el nombre/la relación con el familiar/amigo. Fase tardía: El paciente tiene problemas para recordar el nombre/la relación con el familiar/amigo. El paciente tiene problemas para recordar su propio nombre.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>2. El paciente puede recordar acontecimientos que sucedieron en un pasado cercano.</p> <p>muy bien <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy mal/hada en absoluto</p> <p>Escenario: El paciente quiere salir de casa, pero no puede recordar dónde están las llaves. Fase temprana: El paciente busca las llaves durante varios minutos. El paciente no sale de casa sin llaves. Fase media: El paciente sabe que tiene que hacer algo, pero sale de casa sin las llaves. Fase tardía: Normalmente el paciente apenas puede acordarse de que debe llevar consigo la llave cuando sale de casa.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>3. El paciente puede planear y llevar a cabo procesos complejos.</p> <p>muy bien <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy mal/hada en absoluto</p> <p>Escenario: El paciente desea ir de compras/preparar la comida. Fase temprana: El paciente busca las llaves durante varios minutos. El paciente no sale de casa sin llaves. Fase media: El paciente tiene grandes dificultades para ir de compras, pero puede preparar con ayuda una comida sencilla. Fase tardía: El paciente necesita ayuda incluso para procesos sencillos.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>4. El paciente puede hacerse entender.</p> <p>muy bien <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy mal/hada en absoluto</p> <p>Escenario: El paciente quiere reírse algo. Fase temprana: El paciente necesita algo de tiempo para encontrar las palabras adecuadas. Fase media: El paciente no emplea las palabras correctas para lo que está pensando. Es difícil comprender lo que el paciente quiere decir. Fase tardía: Aunque el paciente todavía puede hablar, tiene problemas para hacerse entender.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>5. El paciente puede comunicarse.</p> <p>muy bien <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy mal/hada en absoluto</p> <p>Escenario: El paciente quiere que alguien haga algo por él. Fase temprana: El paciente expresa su deseo a menudo con claridad y apropiadamente y comprende la respuesta de la otra persona. Fase media: El paciente tiene dificultades para expresar su deseo de manera equilibrada con una apropiada elección de las palabras y para comprender la respuesta de la otra persona. Fase tardía: El paciente expresa su deseo mediante ruidos o gestos y apenas comprende la respuesta de la otra persona.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>6. El paciente muestra competencias sociales.</p> <p>muy bien <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy mal/hada en absoluto</p> <p>Escenario: El paciente desea establecer contacto con alguien. Fase temprana: El paciente busca a alguien algunas veces que pueda pasar tiempo con él o llama a amigos/miembros de la familia que pueden pasar tiempo con él. Fase media: El paciente necesita apoyo para dirigirse a alguien/conversar con alguien. Fase tardía: En la mayoría de los casos el paciente no reacciona cuando alguien desea establecer contacto con él.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>7. El paciente se comporta agresivamente.</p> <p>nada en absoluto <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 muy fuerte</p> <p>Escenario: El paciente quiere algo/quiere que alguien haga algo por él, pero no lo consigue/la otra persona no lo hace. Fase temprana: El paciente manifiesta su enfado por la situación con palabras. Fase media: El paciente reacciona ante esta situación con gritos/palabrotas o con gestos amenazadores. Fase tardía: El paciente estalla o en esta situación frecuentemente se vuelve violento.</p>		<input type="checkbox"/>
Suma parcial (1):		<input type="checkbox"/>



ESTADIOS DE HOEHN Y YAHR (PARKINSON)

- 0 – No hay signos de enfermedad.
- 1.0 – Enfermedad exclusivamente unilateral.
- 1.5 – Afectación unilateral y axial.
- 2.0 – Afectación bilateral sin alteración del equilibrio.
- 2.5 – Afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de retropulsión. (Test del empujón)
- 3.0 – Afectación bilateral leve a moderada; cierta inestabilidad postural, pero físicamente independiente.
- 4.0 – Incapacidad grave; aún capaz de caminar o de permanecer en pie sin ayuda.
- 5.0 – Permanece en una silla de ruedas o encamado si no tiene ayuda.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



MENTAL Y PSICO-AFECTIVA





EXAMEN MINIMO DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN (MMSE)

1	¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Repita estos tres objetos: MESA, LLAVE, LIBRO (Uno cada segundo) Deletree la palabra M-U-N-D-O al revés	(1)	(2)	(3)		
4	Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	¿Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente?	(1)	(2)	(3)		
6	Muestre una Pluma y un reloj y pida que los identifique.	(1)	(2)			
7	Repita la siguiente frase: “Ni si es, ni no es, ni peros”	(1)				
8	Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente): “Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso”	(1)	(2)	(3)		
9	Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice: “Cierre los ojos” .	(1)				
10	“Escriba una frase, enunciado u oración con cualquier cosa que me quiera decir” .	(1)				
11	Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados)	(1)				
		TOTAL ____ / 30				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

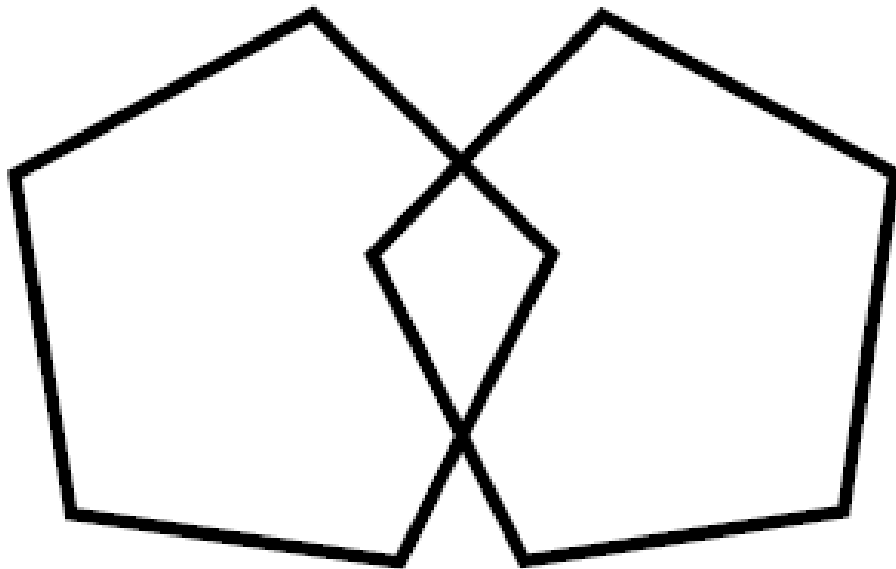


CIERRE LOS OJOS





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL





TEST DEL INFORMANTE (TIN)

Recuerde por favor como era su familiar hace 10 años y compare como es ahora. Contésteme si ha habido algún cambio a lo largo de estos 10 años en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntare a continuación:

Ha mejorado	1
Ha mejorado poco	2
No ha cambiado	3
Ha empeorado un poco	4
Ha empeorado mucho	5

1. Capacidad para reconocer las caras de personas más íntimas (familiares, amigos,).
2. * Capacidad para recordar los nombres de esas mismas personas.
3. Recordar las cosas de esas personas (donde viven, de que viven, cuando es su cumpleaños)
4. * Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos dos o tres meses, tanto noticias, como cosas suyas o de sus familiares.
5. * Recordar de lo que se habla en una conversación mantenida unos días antes.
6. * Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes pararse a la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho un poco antes.
7. Recordar su propia dirección o su número de teléfono.
8. * Recordar la fecha en que vive.
9. * Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y donde se guardan las cosas.
10. * Saber donde se pone una cosa que se encuentra fuera de su lugar.
11. Adaptarse a una situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, en alguna celebración, ir de vacaciones).
12. saber manejar los aparatos de la casa (Teléfono, coche, lavadora, maquina de afeitarse, equipo de sonido, estereo, computadora).
13. * Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, secador de pelo, estereo, computadora etc.).
14. * Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).
15. * Aprender cosas nuevas (en general).
16. Capacidad de recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven.
17. * Comprender el significado de palabras poco comunes (del periódico, televisión, conversación).
18. * Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado.
19. * Seguir una historia en un libro. La prensa, el cine, la radio, o la televisión.
20. Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios.
21. Recordar agentes y hechos históricos del pasado (La revolución, la independencia, etc.).
22. * Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (que vestido ponerse que comida preparar) como en asuntos a mas largo plazo (donde ir de vacaciones o invertir dinero).
23. * Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta, o los impuestos, tratar con el banco).
24. Manejar dinero para la compra (cuanto dinero dar, calcular el cambio).
25. * Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuanta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).
26. * Cree que su inteligencia (en general) Ha cambiado en algo durante los últimos diez años?

Puntuación máxima 130 puntos

PUNTO DE CORTE 84/85

*ítems de versión abreviada (punto de corte = 56/57)



Ha mejorado	1
Ha mejorado poco	2
No ha cambiado	3
Ha empeorado un poco	4
Ha empeorado mucho	5

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

<p>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</p> <p style="text-align: center;">[] []</p>	<p>Copiar el cubo</p> <p style="text-align: center;">[] []</p>	<p>Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)</p> <p style="text-align: center;">[] [] []</p> <p style="text-align: center;">Contorno Números Agujas</p>	<p>Puntos</p> <p style="font-size: 2em;">_ / 5</p>																	
<p>IDENTIFICACIÓN</p> <p style="text-align: center;">[] [] []</p>			<p style="font-size: 2em;">_ / 3</p>																	
<p>MEMORIA</p> <p>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSTRO</td> <td style="text-align: center;">SEDA</td> <td style="text-align: center;">IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">CLAVEL</td> <td style="text-align: center;">ROJO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1er intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2º intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	1er intento						2º intento						<p>Sin puntos</p>
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO															
1er intento																				
2º intento																				
<p>ATENCIÓN</p> <p>Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2</p> <p>Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB</p> <p>Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.</p>			<p style="font-size: 2em;">_ / 2</p> <p style="font-size: 2em;">_ / 1</p> <p style="font-size: 2em;">_ / 3</p>																	
<p>LENGUAJE</p> <p>Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []</p> <p>Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N \geq 11 palabras)</p>			<p style="font-size: 2em;">_ / 2</p> <p style="font-size: 2em;">_ / 1</p>																	
<p>ABSTRACCIÓN</p> <p>Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla</p>			<p style="font-size: 2em;">_ / 2</p>																	
<p>RECUERDO DIFERIDO</p> <p>Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSTRO</td> <td style="text-align: center;">SEDA</td> <td style="text-align: center;">IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">CLAVEL</td> <td style="text-align: center;">ROJO</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">[]</td> <td style="text-align: center;">[]</td> <td style="text-align: center;">[]</td> <td style="text-align: center;">[]</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		[]	[]	[]	[]	[]	<p>Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente</p>	<p style="font-size: 2em;">_ / 5</p>					
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO															
	[]	[]	[]	[]	[]															
<p>Optativo</p> <p>Pista de categoría</p> <p>Pista elección múltiple</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																			
<p>ORIENTACIÓN</p> <p>[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad</p>			<p style="font-size: 2em;">_ / 6</p>																	
<p>© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org</p>			<p>Normal \geq 26 / 30</p> <p>TOTAL _ / 30</p> <p>Añadir 1 punto si tiene \leq 12 años de estudios</p>																	



CUESTIONARIO DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER

ERROR

1. Fecha de hoy: DD _____ MM _____ AA _____
2. Día de la semana de hoy:
3. Nombre del lugar:
4. Número de teléfono:
- 4ª. Dirección (si no tiene teléfono):
5. Edad:
6. Fecha de nacimiento:
7. Nombre del presidente actual:
8. Nombre del presidente anterior:
9. Nombre de la madre:
10. Restar 3 a 20 y seguir restando sucesivamente:

Instrucciones para completar el cuestionario

Plantee al sujeto las preguntas del 1 al 10 de la lista y registre todos los errores.

Para ser realizado de forma correcta las respuestas deben ser dadas sin referencia al calendario, periódico, certificado de nacimiento u otra ayuda para la memoria.

La pregunta 1, se considera correcta solamente cuando son dados correctamente la fecha, el mes y el año exactos.

La pregunta 2, se define por sí sola.

La pregunta 3, se considera correcta si brinda cualquier descripción correcta del local. "Mi casa", el nombre de la ciudad de residencia, el nombre del hospital o la institución.

La pregunta 4, se considera correcta cuando puede ser verificado el número.

La pregunta 4ª, se realiza solamente si el sujeto no tiene teléfono.

La pregunta 5, se considera correcta cuando la edad mencionada se corresponde con el año de nacimiento.

La pregunta 6, se considera correcta solamente cuando son dados la fecha, el mes y el año exactos.

La pregunta 7 y 8, solamente requieren los apellidos de los presidentes.

La pregunta 9, no requiere ser verificada. Se considera correcta si es dado un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.

La pregunta 10, requiere que todas las series sean realizadas correctamente para ser considerada válida. Cualquier error al intentar la serie inválida el resto.

Puntajes del cuestionario.

La educación influye sobre el rendimiento en la prueba y por lo tanto debe ser tomada en cuenta al realizar la puntuación. A los efectos de realizar la puntuación se han considerado tres niveles educativos: a) personas que solamente han tenido una educación de nivel escolar; b) personas que han cursado estudios secundarios en forma parcial o completa; y c) personas que han recibido educación superior.

Para los sujetos con nivel de educación secundaria rigen los siguientes criterios:

0-2 errores: funcionamiento intelectual normal

3-4 errores: alteración intelectual leve

5-7 errores: alteración intelectual moderada

8-10 errores: alteración intelectual severa

Se permite un error más si la persona ha tenido solamente educación escolar, y un error menos si ha recibido educación más allá de la secundaria



TEST DE TSAACS

Población diana: Población general mayor de 65 años, especialmente indicado en pacientes con un grado de instrucción bajo o pacientes con déficits sensoriales. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 4 ítems. Se pide al paciente que nombre sin parar hasta que se le diga basta una serie de colores, de animales, de frutas y de ciudades. Se le da un minuto para cada serie o se pasa a la siguiente pregunta cuando haya hecho 10 elementos de la misma sin repetir ninguno aunque no haya agotado el minuto de tiempo.

Instrucciones:

Se le pide al paciente que diga tantos nombres –ítems- como pueda recordar de cada una de las 4 categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de 1 minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante hacer constar el número de ellos. Siempre anotaremos en la hoja los nombres que dice ya que ayudará a valorar la evolución de los pacientes. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos.

El punto de corte para detectar una demencia, en la validación al español, es igual o menor de 29 en los adultos, e igual o menor a 27 en los ancianos. Además, se propone un punto de corte de 25 para considerar como probable demencia tipo Alzheimer, obteniendo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%, con un índice de mal clasificados del 24%.

En la versión original, los autores concluían que una puntuación en el set-test inferior a 15 estaba siempre asociada a demencia, mientras que ninguno de los pacientes con más de 25 sufría demencia.



EXAMEN DEL ESTADO MENTAL PROFUNDO DE BAYLOR (BPMSE)

COGNITIVO		SI	NO
Orientación			
1	¿Cómo está usted?	(1)	(0)
2	¿Cómo se llama usted?		
	Primer nombre	(1)	(0)
	Apellido	(1)	(0)
3	¿En qué lugar estamos ahora? (reconoce "hospital, clínica, consultorio, etc.)	(1)	(0)
4	¿En qué ciudad estamos?	(1)	(0)
Lenguaje			
<u>Denominación</u>			
1	Lápiz	(1)	(0)
2	Reloj	(1)	(0)
4	Botón	(1)	(0)
<u>Comprensión</u> (alinear un lápiz, una flor y un reloj)			
1	"Dame el lápiz"	(1)	(0)
2	"Dame el reloj y el lápiz"	(1)	(0)
3	"Cierra los ojos"	(1)	(0)
4	"Levanta la mano izquierda"	(1)	(0)
<u>Repetición</u>			
1	"Cama"	(1)	(0)
2	"Nevera"	(1)	(0)
3	"El teléfono está sonando"	(1)	(0)
Atención			
1	"Cuenta hasta diez"	(1)	(0)
2	"Mire mi nariz; sígala mirando (puntuar 1 si puede hacer más de 5 segundos).	(1)	(0)
3	Hace contacto visual espontáneamente.	(1)	(0)
4	Presta atención al examinador.	(1)	(0)
Habilidad motora			
1	"Dibújame un círculo"	(1)	(0)
2	Sostiene el lápiz correctamente	(1)	(0)
3	Dibuja una figura circular.	(1)	(0)
4	"Copia este cuadrado"	(1)	(0)
5	"Escribe tu nombre"		
	Primer nombre	(1)	(0)
	Apellido	(1)	(0)
		TOTAL	____ / 25
Conductual		SI	NO
Observaciones del comportamiento			
1	Descuidado, despeinado.	(1)	(0)
2	Retraso psicomotor.	(1)	(0)
3	Ansioso.	(1)	(0)
4	Agitado.	(1)	(0)
5	Irritable.	(1)	(0)
6	Agresivo.	(1)	(0)
7	Lloroso.	(1)	(0)
8	Impulsivo.	(1)	(0)
9	Inquieto.	(1)	(0)
10	Sospechoso.	(1)	(0)
		TOTAL	____ / 10

Comunicación. Describa brevemente la capacidad verbal (ej. Mudo, incoherente, tangencial, irrelevante, ecológico, parafrasis, repetitivo, respuesta telegráficas o monosilábicas, etc.).

Relaciones sociales. Describa brevemente las relaciones sociales (ej. No se relaciona para nada; trata de conversar, pero le es difícil por afasia; se comunica de forma no verbal; responde positivamente a elogios y sonrisas; evita al examinador; se aferra al cuidador, etc.).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

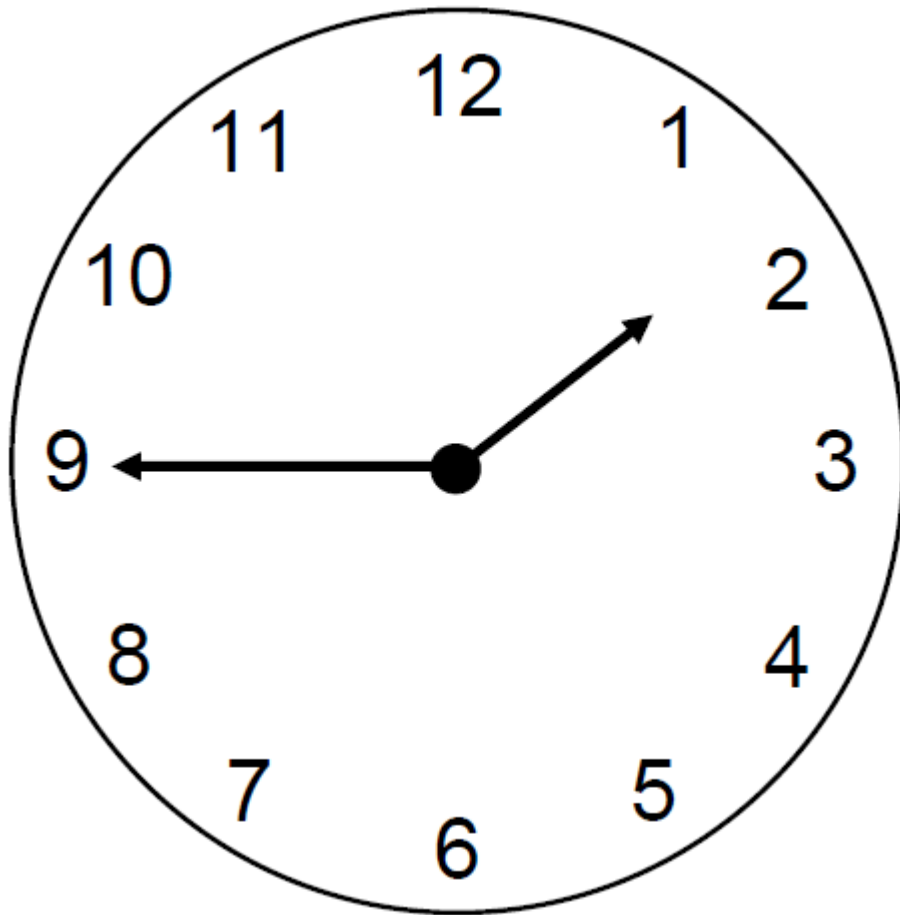




PRUEBA DEL RELOJ

INSTRUCCIONES. “Dibuje la caratula de un reloj, con todos sus números y que las manecillas marquen las 8 y 20” (Se puede repetir la instrucción completa solo una vez).

Esfuerzo		
	Intento	()
	No intento	()
	Rehusó	()
	Limitación física	()
Circulo		
	Buena calidad	(0)
	Mala calidad	(1)
	Inaceptable	(2)
	Total circulo	____ / 0-2
Números		
	Correcto	(0)
	Ausencia	(1)
	Adicionales	(1)
	Espaciamiento incorrecto	(1)
	Colocación incorrecta	(1)
	Números fuera del círculo	(1)
	No hay números	(5)
	Total números	____ / 0-5
Manecillas		
	Correcto	(0)
	Colocación incorrecta de la hora	(1)
	Colocación incorrecta del minuto	(1)
	Manecilla horaria ausente	(1)
	Manecillas adicionales	(1)
	No hay manecillas	(5)
	Total manecillas	____ / 0-5
Marcas extrañas		
	No hay marcas extrañas	(0)
	Marcas extrañas presentes	(1)
	Borraduras/correcciones	(1)
	Total marcas extrañas	____ / 0-2
	TOTAL	____ / 0-14





PRUEBA DE FLUIDEZ FONOLÓGICA Y SEMÁNTICA

INSTRUCCIONES:

- **Fluidez Fonológica:** Solicitar al paciente que enliste palabras con la letra “F”, excepto nombres propios (nombres de personas y apellidos, así como nombres de ciudades y países) y palabras derivadas (ej. Solo y soledad). Registrar las palabras enlistadas en **1 minuto**.
- **Fluidez Semántica:** Solicitar al paciente que enliste nombres de animales. Registrar los animales enlistados en **1 minuto**.
- **Perseveraciones:** Palabras o animales que el paciente repite en cada una de las pruebas.
- **Intrusiones:** Palabras que no comiencen con la letra F en la fluidez fonológica o que no sean animales en la fluidez semántica.
- Registrar junto con los resultados la desviación estándar correspondiente para la escolaridad del paciente.
- **Ejemplo de Registro:**

Fluidez Fonológica: 10 palabras (2 perseveraciones, 1 intrusión). DS -1.5
Fluidez Semántica: 15 palabras (1 perseveración, 0 intrusiones). DS 0

Escolaridad	Fluidez Fonológica (Letra F)		Fluidez Semántica (Categoría: Animales)	
	DS 0	DS -1.5	DS 0	DS -1.5
0 años	-	-	9-13	2-3
1-4 años	6-8	1	13-16	5-8
5-9 años	9-12	3-4	15-19	8-9
10-24 años	12-15	4-6	16-22	9-11



PRUEBA DE CINCO PALABRAS

INSTRUCCIONES:

A. Presentación de la lista y creación de un vínculo de categorización semántica:

1. Mostrar la lista: "Lea esta lista de 5 palabras en voz alta e intente aprenderlas pues se las preguntaré más tarde"
2. Después de que las haya leído y con la lista aún frente al paciente: "Podría decirme, viendo la hoja de papel, cual de estas palabras es: un animal, un lugar, un medio de transporte, una parte del cuerpo y una prenda de vestir."

B. Control del aprendizaje mediante el recuerdo inmediato:

1. Voltee la hoja y pida al paciente: "¿Podría decirme las palabras que acaba de leer?"
2. Para cada palabra no recordada de manera espontánea, preguntar: "¿Cual era el nombre del.... (dar la clave semántica correspondiente)?"
3. Si no aprendió todas las palabras, voltear la hoja y mostrar con el dedo la(s) palabra(s) no aprendidas diciendo para cada una: "el nombre del (categoría semántica) es (leer la palabra en voz alta)".
4. Después, voltear la hoja y preguntar para cada una de las palabras no aprendidas: "¿Cual era el nombre del (dar la clave semántica correspondiente)?"

NOTA: La imposibilidad de aprender las cinco palabras a pesar de varios intentos indica problemas de codificación, usualmente por una reducción en los recursos atencionales, y no permite continuar con la prueba.

C. Realizar otras pruebas, de preferencia de carácter no verbal, durante 3 a 5 minutos (La prueba del reloj es una opción).

D. Evaluación del recuerdo diferido espontáneo y asistido por claves semánticas:

1. Pida al paciente: "¿Podría repetirme las cinco palabras de la lista que leyó hace unos minutos?"
2. Preguntar para cada palabra no recordada: "¿Cual era el nombre del (clave semántica)?"

Un recuerdo diferido espontáneo deficitario puede ser secundario a:

- a) Problemas de consolidación (síndrome amnésico de tipo hipocámpico) si no logra recordar todas las palabras a pesar del uso de claves semánticas.
- b) Problemas de recuperación (síndrome amnésico de tipo fronto-subcortical) si el recuerdo diferido mejora con el uso de las claves semánticas, permitiendo la recuperación de todas las palabras.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



Autobús

Guante

Paloma

Diente

Mercado





PRUEBA DE DIGITOS EN PROGRESION (WAIS-R)

Esta prueba para evaluar memoria de trabajo (o atención), derivada de la Escala Revisada de Memoria de Wechsler,

Requiere que el paciente repita secuencias de números cuya longitud va aumentando progresivamente. La puntuación total es el número de secuencias repetidas correctamente.

Lea en voz alta las instrucciones, comenzando con la primera serie. Asegúrese que el paciente esté atento durante la prueba antes de presentar cada serie. Para lograrlo diga “¿Listo?” antes de la primera serie. Las series subsecuentes van precedidas de la frase “Ahora esta”.

Lea los dígitos claramente, a una velocidad de una por segundo, dejando que el tono de voz caiga en el último dígito. Cada secuencia se presenta solo una vez.

Si el participante pide que se repita la secuencia, diga “Sólo dígame de lo que se acuerde”. Los cambios espontáneos de respuesta son permitidos.

La prueba termina después de dos errores consecutivos en series de la misma longitud de dígitos.

Diga: “Voy a decirle unos números. Escuche con atención, y cuando termine repítalos después de mí. ¿Listo?”

¿Listo? 6 – 2 – 9

Ahora esta. 3 – 7 – 5

Ahora esta. 5 – 4 – 7 – 1

Ahora esta. 8 – 3 – 9 – 6

Ahora esta. 3 – 6 – 9 – 2 – 5

Ahora esta. 6 – 9 – 4 – 7 – 1

Ahora esta. 9 – 1 – 8 – 4 – 2 – 7

Ahora esta. 6 – 3 – 5 – 4 – 8 – 2

Ahora esta. 1 – 2 – 8 – 5 – 3 – 4 – 6

Ahora esta. 2 – 8 – 1 – 4 – 9 – 7 – 5

Ahora esta. 3 – 8 – 2 – 9 – 5 – 1 – 7 – 4

Ahora esta. 5 – 9 – 1 – 8 – 2 – 6 – 4 – 7

La Puntuación Total Correcta es el número de respuestas correctas antes de tener dos errores consecutivos para series de la misma longitud de dígitos.

La Longitud de los Dígitos en Progresión es la longitud de la secuencia de dígitos más larga que el sujeto pudo repetir correctamente.



PRUEBA DE DIGITOS EN REGRESION (WAIS-R)

Lea en voz alta la instrucción inicial: **“Voy a decirle algunos otros números. Cuando termine, quiero que me los repita al revés de cómo se los leí. ¿Listo?”**

Presente la serie de práctica: **“Intente esta: 2 – 8 – 3**

Espera a que el paciente responda; aliéntelo a adivinar si es necesario.

Si el paciente respondió correctamente, de la siguiente instrucción:

“Correcto. Ahora tengo algunos otros números. Recuerde, debe decirlos al revés de como se los diga”

Si el paciente respondió incorrectamente de la siguiente instrucción:

“No. Le dije 2 – 8 – 3, para decirlos bien al revés debió haberme dicho 3 – 8 – 2”

Presente entonces la segunda serie de práctica: **1 – 5 – 8**

Una vez asegurándose que haya comprendido, comience con la primera serie. Lea los dígitos claramente, a una velocidad de una por segundo, dejando que el tono de voz caiga en el último dígito. Cada secuencia se presenta solo una vez.

Si el participante pide que se repita la secuencia o repite los números al derecho, diga **“Después que le diga los números, intente repetirlos al revés”**. Los cambios espontáneos de respuesta son permitidos.

Si el paciente repite los números al derecho, puntúe la respuesta como mala y diga la siguiente instrucción, a menos que la prueba haya concluido: **“Recuerde, después que le diga los números, debe repetirlos al revés”**. Solo se permite una reinstrucción no solicitada.

La prueba termina después de dos errores consecutivos en series de la misma longitud de dígitos.

Diga: **“Voy a decirle unos números. Escuche con atención, y cuando termine repítalos después de mí. ¿Listo?”**

¿Listo? 5 - 1

Ahora esta. 3 – 8

Ahora esta. 4 – 9 – 3

Ahora esta. 5 – 2 – 6

Ahora esta. 3 – 8 – 1 – 4

Ahora esta. 1 – 7 – 9 – 5

Ahora esta. 6 – 2 – 9 – 7 – 2

Ahora esta. 4 – 8 – 5 – 2 – 7

Ahora esta. 7 – 1 – 5 – 2 – 8 – 6

Ahora esta. 8 – 3 – 1 – 9 – 6 – 4

Ahora esta. 4 – 7 – 3 – 9 – 1 – 2 – 8

Ahora esta. 8 – 1 – 2 – 9 – 3 – 6 – 5

La Puntuación Total Correcta es el número de respuestas correctas antes de tener dos errores consecutivos para series de la misma longitud de dígitos.

La Longitud del Span Digital en Regresión es la longitud de la secuencia de dígitos más larga que el sujeto pudo invertir correctamente.



BATERIA DE EVALUACION FRONTAL (FAB) PRIMERA PARTE

1. Semejanzas

“En que se parecen.....”

a) un plátano y una naranja

En caso de una respuesta parcial o totalmente errónea, asista al paciente diciendo “un plátano y una naranja *son*”; puntúe a esta respuesta como incorrecta y no asista en las siguientes

b) una mesa y una silla

c) una rosa, un tulipán y una margarita

Cuenta como correctas únicamente a las respuestas categoriales

3 correctas: 3 puntos

2 correctas: 2 puntos

1 correcta: 1 punto

0 correctas: 0 puntos

2. Fluidez verbal en 1 minuto

“Diga tantas palabras como pueda que comiencen con la letra ‘F’, cualquier palabra excepto nombres propios y derivados.”

Si el paciente no responde durante los primeros 5 segundos, asístale diciendo “**por ejemplo, ‘frío’**”. Si el paciente pausa por más de 10 segundos entre respuestas, estimúlelo diciendo “**cualquier palabra que comience con la letra ‘F’**.”

El tiempo máximo permitido es de un minuto. Cuenta como incorrectas las repeticiones, palabras derivadas o variaciones de palabras

>9 palabras: 3 puntos

6-9 palabras: 2 puntos

3-5 palabras: 1 punto

0 a 2 palabras: 0 puntos

3. Series motrices

“Fijese bien en lo que hago.....”

El examinador, sentado frente al paciente, lleva a cabo con la mano izquierda tres repeticiones de las series de Luria ‘puño-canto-palma’.

“Con su mano derecha haga las mismas series, primero conmigo y luego usted solo.” El examinador lleva a cabo tres repeticiones más, junto con el paciente, y luego dice **“Ahora, hágalo usted solo.”**

El paciente lleva a cabo seis series consecutivas por sí solo: 3 puntos

El paciente lleva a cabo al menos tres series consecutivas solo: 2 puntos

El paciente falla solo, pero hace las tres series con el examinador: 1 punto

El paciente no puede llevar a cabo al menos tres series consecutivas: 0 puntos



BATERIA DE EVALUACION FRONTAL (FAB) SEGUNDA PARTE

4. Instrucciones conflictivas

“Toque dos veces cuando yo toque una vez.” Para asegurarse que el sujeto haya comprendido, realice una serie de tres intentos: ‘1-1-1’.

“Toque una vez cuando yo toque dos veces”. Para asegurarse que el sujeto haya comprendido, realice una serie de tres intentos: ‘2-2-2’.

El examinador entonces lleva a cabo la siguiente serie: ‘1-1-2-1-2-2-1-1-2’.

Sin errores:	3 puntos
1-2 errores:	2 puntos
>2 errores:	1 punto
Golpea como el examinador ≥ 4 veces <i>consecutivas</i> :	0 puntos

5. Go-No-Go

“Toque una vez cuando yo toque una vez.”

Para asegurarse que el sujeto haya comprendido, realice una serie de tres intentos: ‘1-1-1’.

“No toque cuando yo toque dos veces”. Para asegurarse que el sujeto haya comprendido, realice una serie de tres intentos: ‘2-2-2’.

El examinador entonces lleva a cabo la siguiente serie: ‘1-1-2-1-2-2-1-1-2’.

Cuente como correctas únicamente a las respuestas categoriales

Sin errores:	3 puntos
1-2 errores:	2 puntos
>2 errores:	1 punto
Golpea como el examinador ≥ 4 veces <i>consecutivas</i> :	0 puntos

6. Conducta de prensión

El examinador está sentado frente al paciente y coloca las manos del mismo palmas arriba sobre sus rodillas. Sin hablar o ver al paciente, el investigador acerca sus manos a las del paciente y toca sus palmas, para ver si el sujeto las toma espontáneamente.

Si el paciente las toma, el examinador intenta de nuevo después de pedirle “**Ahora, no tome mis manos**”.

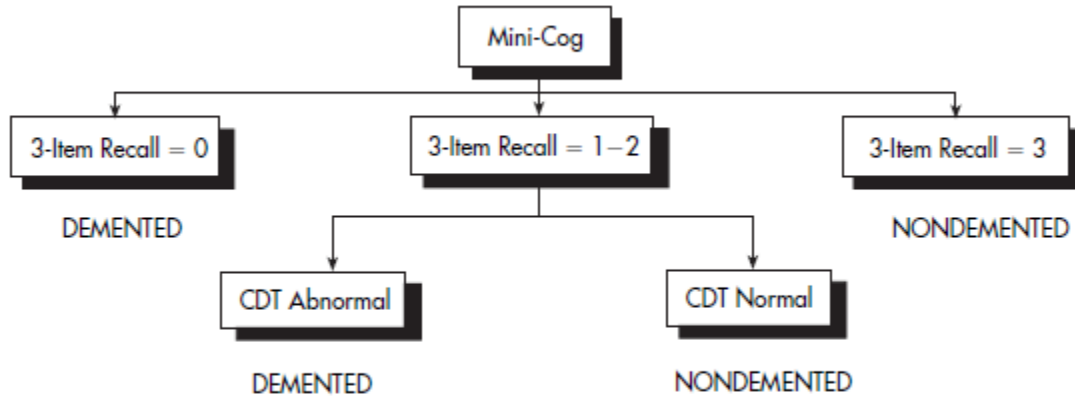
El paciente no toma las manos del examinador:	3 puntos
El paciente duda y pregunta que debe hacer:	2 puntos
El paciente toma las manos sin dudar:	1 punto
Toma las manos a pesar de pedirle explícitamente que no lo haga:	0 puntos

TOTAL

_____ / 18

MINI-COG

Mini-Cog Scoring Algorithm



CDT, Clock drawing test.

From Borson S, Scanlon J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A: The mini-cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly, *Int J Geriatr Psychiatry* 15:1021-1027, 2000.



MINI-COG VERSION ESPAÑOL

1) OBTENGA LA ATENCIÓN DEL PARTICIPANTE, Y DIGA:
"Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son

Manzana Amanecer Silla

Por favor, digamelas ahora."

Intento 1 _____

Intento 2
(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 1. Diga "Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, digamelas ahora")

Intento 3
(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 2. Diga "Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, digamelas ahora")

(Indique con una marca de verificación [✓] cada palabra que es repetida correctamente. Dete 3 intentos para repetir las palabras al participante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)

2) Dete al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORRESPONDIENTE:
"Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande." (Cuando esto haya sido completado, diga)
"Coloque todos los números en el círculo." (Cuando esto haya sido completado, diga) "Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 11 y 10." Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidió que recordara antes.

3) DIGA: "¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?" (Puntaje 1 por cada una) Puntaje de las Palabras

Puntaje el reloj (según el formulario de Puntaje del Reloj): Reloj Normal 2 puntos Puntaje del Reloj
Reloj Alterado 0 puntos

Puntaje Total = Puntaje de Palabras más Puntaje del Reloj 0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo;
3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo

Mini-Cog™, Derecho de autor S Borson. Permitido para uso educacional en el "AFA National Memory Screening Day" en el año 2012. No se puede modificar o usar para otro propósito sin permiso del autor (scobb@u.wy.edu). Todos los derechos están reservados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



RELOJ



Mini-Cog™, Derecho de autor S. Borson. Permitido para uso educacional en el "AFA National Memory Screening Day" en el año 2012. No se puede modificar o usar para otro propósito sin permiso del autor (soob@uw.edu). Todos los derechos están reservados.



PUNTAJE DEL DIBUJO DEL RELOJ

RELOJ NORMAL



UN RELOJ NORMAL CONTIENE TODOS LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

Todos los números 1-12, cada uno solo una vez, están presentes en el orden y dirección correctas dentro del círculo. Dos manecillas están presentes, una apuntando al 11 y la otra al 2.

CUALQUIER RELOJ AL QUE LE FALTE ALGUNO DE ESTOS ELEMENTO SE CONSIDERA ANORMAL. SI EL PARTICIPANTE SE REUSA A DIBUJAR EL RELOJ, ENTONCES ÉSTE SE CONSIDERA ANORMAL.

ALGUNOS EJEMPLOS DE RELOJES ANORMALES (EXISTEN MUCHAS OTRAS CLASES)



Agujas incorrectas



Faltan algunos números



CUESTIONARIO DISEJECUTIVO (DEX)

PUNTUACIONES: 0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = Ocasional, 3 = Frecuente, 4 = Muy frecuente.

1. Tengo problemas para comprender lo que la gente quiere decirme a menos que se me digan las cosas de manera sencilla y concreta. [0] [1] [2] [3] [4]
2. Actúo sin pensar y hago lo primero que me venga a la mente. [0] [1] [2] [3] [4]
3. A veces hablo sobre situaciones y cosas que nunca sucedieron, pero yo creo que si pasaron. [0] [1] [2] [3] [4]
4. Tengo problemas para pensar a futuro o hacer planes para el futuro. [0] [1] [2] [3] [4]
5. A veces me emociono de más por alguna cosa y puedo reaccionar de manera excesiva. [0] [1] [2] [3] [4]
6. Se me mezclan diferentes sucesos y confundo en que orden pasaron realmente. [0] [1] [2] [3] [4]
7. Tengo dificultades para comprender la intensidad de mis problemas y no soy realista sobre el futuro. [0] [1] [2] [3] [4]
8. Parezco ser poco entusiasta y apático sobre las cosas. [0] [1] [2] [3] [4]
9. Digo o hago cosas que son penosas cuando estoy con los demás. [0] [1] [2] [3] [4]
10. Realmente quiero hacer algo pero de un momento a otro ya no me interesa. [0] [1] [2] [3] [4]
11. Tengo dificultades para demostrar mis emociones. [0] [1] [2] [3] [4]
12. Me enojo por cosas sin importancia. [0] [1] [2] [3] [4]
13. Parece no importarme como me debo comportar en ciertas situaciones. [0] [1] [2] [3] [4]
14. Me cuesta trabajo dejar de decir o hacer algo una vez que he empezado. [0] [1] [2] [3] [4]
15. Tiendo a estar muy inquieto y no puedo quedarme quieto un rato. [0] [1] [2] [3] [4]
16. Me cuesta trabajo dejar de hacer algo aunque sé que debería dejar de hacerlo. [0] [1] [2] [3] [4]
17. Digo una cosa pero hago otra. [0] [1] [2] [3] [4]
18. Me cuesta trabajo mantener mi mente fija en algo y me distraigo con facilidad. [0] [1] [2] [3] [4]
19. Me cuesta trabajo tomar decisiones o decidir lo que quiero hacer. [0] [1] [2] [3] [4]
20. No me doy cuenta, o no me importa, lo que los demás piensen de mi comportamiento. [0] [1] [2] [3] [4]

TOTAL

_____ / 80



**INVENTARIO NEUROPSIQUIATRICO VERSION CORTA
(NPI-Q Y NPI-D)**

SEVERIDAD: [1] Leve: tiene el síntoma pero no muestra un gran cambio, [2] Moderado: es significativo el síntoma, pero no tiene un cambio muy marcado, [3] Severo: es significativo el síntoma, condiciona un cambio muy marcado.

MOLESTIA DEL CUIDADOR: [0] No molesta, [1] Mínima: muy poca, se puede sobrellevar, [2] Leve: poca molestia, generalmente se puede sobrellevar, [3] Moderado: regular molestia, no siempre se puede sobrellevar, [4] Severa: mucha molestia, difícil de sobrellevar, [5] Extrema o muy severa: demasiado molesta, no se puede sobrellevar.

	Presencia	Severidad	Molestia del Cuidador
Ideas Delirantes			
¿Tiene creencias falsas, como pensar que otros están robándole o planeando hacerle daño de alguna manera?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Alucinaciones			
¿Tiene alucinaciones como imágenes o voces inexistentes?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
¿Aparenta ver o escuchar cosas que no están presentes?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agitación/Agresión			
¿Se niega algunas veces a recibir ayuda de otros, o es difícil de manejar?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depresión/Disforia.			
¿Se encuentra triste o ha dicho que se siente triste?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansiedad			
¿Se altera al separarse de usted? ¿Tiene algunos otros signos de nerviosismo como falta de aire, imposibilidad para relajarse, suspiros o se siente muy tenso?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia/Exaltación			
¿Aparenta sentirse muy bien o actúa demasiado contento?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatía/Indiferencia			
¿Aparenta estar menos interesado/a en sus actividades cotidianas o en las actividades o planes de otros?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Desinhibición			
¿Actúa impulsivamente, por ejemplo, habla con extraños como si los conociera, o dice cosas que hieren los sentimientos de los demás?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilidad/Labilidad			
¿Se encuentra impaciente o enojón? ¿Tiene dificultades para sobrellevar retrasos o en la espera de actividades planeadas?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Conducta motora aberrante			
¿Realiza actividades repetitivas como caminar por la casa, agarrar botones de la ropa, enredar un hilo o cualquier otra actividad repetidamente?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sueño y trastornos conductuales nocturnos			
¿Lo despierta durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o hace siestas durante el día?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apetito y trastornos de la alimentación			
¿Ha perdido o ganado peso, o ha tenido un cambio en el tipo de comida que le gusta?	Sí [1] No [0]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
TOTAL			
	<input type="text"/> /0-12	<input type="text"/> /0-36	<input type="text"/> /0-60



INVENTARIO DE ALTERACIONES DE SUEÑO EN DEMENCIA (SDI)

Evaluación de presencia de síntomas en las últimas dos semanas.

Frecuencia: [1]: ocasionalmente/menos de una vez por semana, [2]: a menudo/una vez por semana aproximadamente, [3]: frecuentemente/varias veces a la semana pero menos que a diario, [4]: muy frecuentemente/una o más veces por día.

Severidad: [1]: leve (tiene actividad nocturna, pero no resulta particularmente perturbado), [2]: moderado (las actividades nocturnas ocurren y alteran al paciente y también el sueño del cuidador responsable de su atención), [3]: Grave (las actividades nocturnas ocurren; pero puede haber más de un comportamiento nocturno anormal).

Sobrecarga: [0]: Nada, [1]: Muy poco, [2]: Poco, [3]: Regular, [4]: Mucho, [5]: Demasiado.

	Presencia	Frecuencia	Severidad	Sobrecarga
1. ¿Tiene el paciente alguna dificultad para conciliar el sueño?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
2. ¿Se levanta el paciente por la noche? (no tener en cuenta si el paciente simplemente se levanta una o dos veces por la noche para ir al baño y vuelve a dormirse inmediatamente)	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
3. ¿El paciente deambula, pasea o se dedica a actividades inapropiadas durante la noche?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
4. ¿El paciente le despierta durante la noche?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
5. ¿Durante la noche el paciente se despierta, se viste y trata de salir, pensando que es de mañana y que ya es hora de empezar el día?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
6. ¿Se despierta el paciente demasiado temprano por la mañana (más pronto de lo habitual)?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
7. ¿Duerme el paciente excesivamente durante el día?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
8. ¿Tiene el paciente cualquier comportamiento nocturno que le moleste, del que no hayamos hablado?	Sí [1] No [0]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

TOTAL



ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS-15)

INSTRUCCIONES: Evaluar la presencia o ausencia de cada una de las situaciones en las ultimas **2 semanas**. Se puede aplicar al cuidador o acompañante (Proxy) en caso de que el paciente cuente con MMSE <12 puntos.

	Sí	No
1. En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
12. ¿Actualmente se siente inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente esta en mejor situación que usted?	1	0

TOTAL / 15

Puntos de Corte:

Alta probabilidad de presentar Depresión Mayor: 5 puntos o más.

Severidad de Síntomas:

Normal: 0-5 puntos.

Depresión Leve: 6-9 puntos.

Depresión establecida: 10-15 puntos.



CRITERIOS DSM-5 PARA DEPRESION MAYOR

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas, durante más de dos semanas:
Uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo deprimido (1) o pérdida de interés por las cosas (2).
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día.
 2. Disminución acusada del interés para realizar actividades la mayor parte del día.
 3. Pérdida importante de peso (o aumento)
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
 6. Cansancio o pérdida de energía.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte. Ideación suicida o tentativa específica o plan para realizarla.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto (maníaco-depresivo).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativos importantes de a actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por una reacción de duelo.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE APATIA EN DEMENCIA

- A. Falta de motivación en relación con el nivel previo de funcionamiento del paciente o del estándar para su edad y cultura, evidenciado de forma subjetiva por observación de otras personas o del propio médico.
- B. Presencia, además de la falta de motivación, de al menos uno de los síntomas pertenecientes a cada uno de los siguientes tres dominios:
- Disminución de conductas dirigidas a metas:
 - Pérdida de esfuerzo.
 - Dependencia de otros en actividades estructuradas.
 - Disminución de cognición dirigida a metas:
 - Pérdida de interés en aprender nuevas cosas o en nuevas experiencias.
 - Pérdida de la autocrítica o introspección.
 - Disminución de conductas concomitantes dirigidas a metas:
 - Afecto aplanado o sin cambio.
 - Falta de respuesta emocional a eventos positivos o negativos.
- C. Los síntomas causan distres clínicamente significativo o alteraciones en la funcionalidad social, ocupacional u otras.
- D. Los síntomas no son causados por alteraciones en el nivel de conciencia o efecto directo de sustancias (ej, abuso de drogas o medicamentos prescritos).



NIMH CRITERIOS PROVISIONALES PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

A. Por 2 semanas se presentan tres (o más) de los siguientes síntomas, que representan un cambio del funcionamiento previo. Por lo menos uno de los síntomas son:

- Estado de ánimo depresivo.
- Afecto positivo o placer disminuido.

No incluya síntomas que a su juicio, son claramente causados por una condición médica distinta a la enfermedad de Alzheimer, o son resultado directo de síntomas no anímicos asociados a la demencia (ej. pérdida de peso asociada a trastornos en la deglución).

Síntomas de Criterios Diagnósticos Provisionales:

- Animo deprimido clínicamente significativo (ej. depresivo, triste, sin esperanza, labil, temeroso).
- Disminución del afecto positivo o placer en respuesta a contacto social o actividades habituales.
- Aislamiento social o abandono.
- Alteraciones en el apetito.
- Alteraciones del sueño.
- Cambios psicomotores (ej. agitación o retraso psicomotriz).
- Irritabilidad.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad, desesperanza o culpa excesiva o inapropiada.
- Pensamientos recurrentes de muerte, intento, planeación o ideación suicida.

Criterios Diagnósticos Provisionales:

B. Cumple todos los criterios para demencia del tipo Alzheimer (DSM IV TR).

C. Los síntomas causan distres o alteración en la funcionalidad clínicamente significativos.

D. Los síntomas no ocurren exclusivamente ante la presencia de delirium.

E. Los síntomas no son causados por el efecto fisiológico directo de sustancias (ej. abuso de drogas o un medicamento).

F. Los síntomas no son mejor explicados por otras condiciones.



CRITERIOS DIAGNOSTICO DE PSICOSIS EN DEMENCIA

A. Síntomas Característicos:

- Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - Alucinaciones visuales o auditivas.
 - Ideas delirantes o delirios.

B. Diagnóstico Primario:

- Cuenta con todos los criterios de Demencia de tipo Alzheimer.

C. Evolución cronológica del inicio de los síntomas de psicosis contra el inicio de los síntomas de demencia.

D. Duración y Severidad:

- Los síntomas en el criterio A se han presentado al menos de por 1 mes de forma intermitente o más. Los síntomas son tan severos que condicionan alteración en el funcionamiento del paciente.

E. Excluir Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados:

- No se cumplen criterios de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante o trastorno del estado de animo con síntomas psicóticos.

F. Relación con Delirium:

- Las alteraciones no suceden exclusivamente en la presencia de Delirium.

G. Exclusión de otras causas de síntomas psicóticos:

- Las alteraciones no son explicadas de mejor forma por otra condición medica general o efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. abuso de drogas, un medicamento).

Hallazgos Asociados (Especificar su presencia):

- *Con Agitación:* cuando existe evidencia, por historia o por examen clínico, de agitación prominente con o sin agresión física o verbal.
- *Con Síntomas Negativos:* presencia de síntomas depresivos, tales como apatía, aplanamiento afectivo, abulia o retraso psicomotriz.
- *Con Depresión:* presencia de síntomas depresivos como animo deprimido, insomnio o hipersomnia, sensación de inutilidad o culpa inapropiada o pensamiento recurrentes de muerte.

Nota: para otras demencias, como la vascular, el criterio B debe de modificarse de forma apropiada.



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (QOL-AD) PRIMERA PARTE

INSTRUCCIONES:

- La herramienta se aplica al paciente con demencia (excepto si cuenta con un MMSE menor de 12 puntos) y a su cuidador o acompañante durante la consulta.
 - De la carta de respuesta al paciente o al acompañante de modo que el(ella) pueda verla mientras que el encuestador da las
 - siguientes instrucciones (las indicaciones deben seguirse literalmente).
 - Quiero preguntarle acerca de su calidad de vida para esto, usted tiene que calificar los diferentes aspectos de su vida usando una de las 4 palabras siguientes: mala, regular, buena, excelente.
 - Señale con el dedo cada una de las palabras al mismo tiempo que las menciona (mala, regular, buena, excelente).
 - Cuando usted piensa acerca de su vida, existen diferentes aspectos, como salud física, energía, familia, dinero y otras más. Voy a pedirle que califique cada una de estas áreas. Queremos saber como se siente acerca de su situación actual en cada área.
 - Si usted no está seguro acerca de que quiere decir alguna pregunta, puede preguntarme acerca de esto. Si usted tiene dificultad para calificar alguna pregunta, solo señale la que usted crea más conveniente.
 - En caso de que la herramienta sea contestada por el acompañante, ajustar cada uno de los reactivos para que pregunten acerca de la situación del paciente con demencia.
1. Para empezar, ¿Como se siente acerca de su salud física? Podría usted decir que esta es mala, regular, buena, excelente. Encierre en un círculo la palabra que mejor describa su salud física en este momento.
 2. Como se siente acerca de su nivel de energía (ganas de hacer las cosas)? Usted piensa que es mala, regular, buena, excelente? Si el participante dice que hay unos días son mejores que otros, hay que preguntarle que califique como se ha sentido la mayor parte del tiempo.
 3. ¿Cómo se encuentra su estado de ánimo últimamente? ¿Se ha sentido contento o se ha sentido triste? ¿Calificaría su estado de ánimo como malo, regular, bueno o excelente?
 4. ¿Cómo se siente con relación al estado de su vivienda? ¿Cómo se siente en relación al lugar donde vive ahora? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
 5. ¿Cómo se encuentra su memoria? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
 6. ¿Cómo se encuentra su situación familiar y su relación con los miembros de su familia? ¿La describiría como mala, regular, buena o excelente? Si responde que no tiene familia, pregunte por hermanos, hermanas, niños, sobrinos, sobrinas.
 7. ¿Cómo se siente acerca de su matrimonio? ¿Cómo es su relación con (nombre del cónyuge)? ¿Usted siente que es mala, regular, buena o excelente? Algunos pacientes son solteros, viudos o divorciados. Cuando éste sea el caso, pregunte como se siente con la persona con quien tenga la relación más cercana; ya sea un familiar o un amigo. Si existe un cuidador en la familia, pregunte de la relación con esta persona. Si no existe nadie adecuado, o el paciente no está muy seguro, califique el apartado como ausente. Si el la calificación del paciente a este apartado es con respecto a alguien más que no sea su cónyuge o pareja, debe de consignarse en la sección de comentarios.
 8. ¿Cómo describiría su relación actual con sus amigos? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente? Si el paciente responde que no tiene amigos, o que todos sus amigos han muerto, intente lo siguiente: ¿Disfruta estar con alguien más que no sea de su familia? ¿Diría que esa persona es un amigo? Si el paciente sigue respondiendo que no tiene amigos pregunte: ¿Cómo se siente al no tener amigos; mal, regular, bien o excelente?
 9. ¿Cómo se siente acerca de usted mismo; cuando piensa en todo su ser y en las diferentes cosas acerca de usted, diría usted que es malo, regular, bueno o excelente?
 10. ¿Cómo se siente en relación a su capacidad para hacer las labores en la casa o en otras cosas que necesite hacer? ¿Diría que se siente mal, regular, bien o excelente?
 11. ¿Cómo se encuentra su capacidad para hacer cosas que le diviertan, que usted disfrute? ¿Diría usted que se encuentra mal, regular, bien o excelente?
 12. ¿Cómo se siente acerca de su situación con el dinero, su situación económica actual? ¿Siente que es mala, regular, buena o excelente? Si el paciente duda, explique que no quiere saber la situación económica real (cómo en cantidad de dinero); sólo como se siente al respecto.
 13. ¿Cómo describiría su vida en general? ¿Cuándo piensa en su vida como un todo, en conjunto, como se siente respecto a su vida? ¿Diría que es mala, regular, buena o excelente?



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (QOL-AD) SEGUNDA PARTE

PUNTUACIÓN: 1 = Mala, 2 = Regular, 3 = Buena, 4 = Excelente.

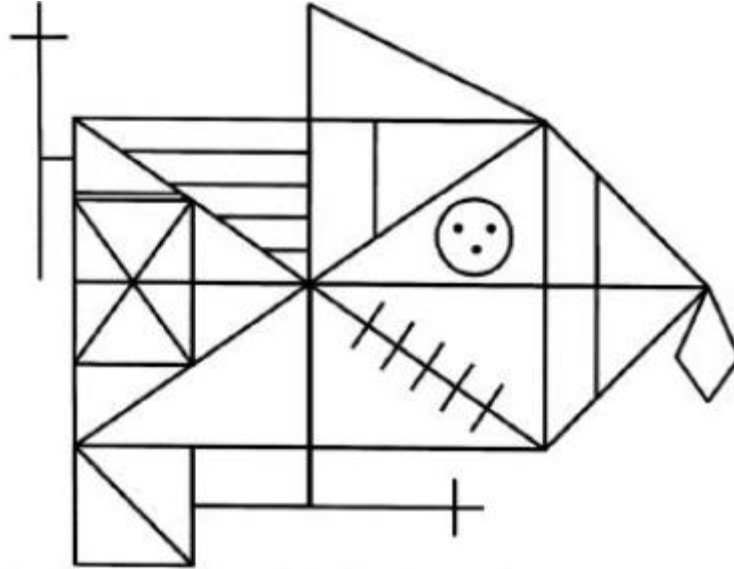
- | | |
|--|-----------------|
| 1. Salud física | [1] [2] [3] [4] |
| 2. Energía Mala | [1] [2] [3] [4] |
| 3. Estado de ánimo | [1] [2] [3] [4] |
| 4. Estado de su vivienda | [1] [2] [3] [4] |
| 5. Memoria | [1] [2] [3] [4] |
| 6. Familia | [1] [2] [3] [4] |
| 7. Pareja Mala | [1] [2] [3] [4] |
| 8. Amigos | [1] [2] [3] [4] |
| 9. Usted en general | [1] [2] [3] [4] |
| 10. Capacidad para realizar las labores de la casa | [1] [2] [3] [4] |
| 11. Capacidad para hacer cosas que le diviertan | [1] [2] [3] [4] |
| 12. Situación económica | [1] [2] [3] [4] |
| 13. La vida en general | [1] [2] [3] [4] |

TOTAL

_____ /52



FIGURA COMPLEJA DE REY OSTERRIETH

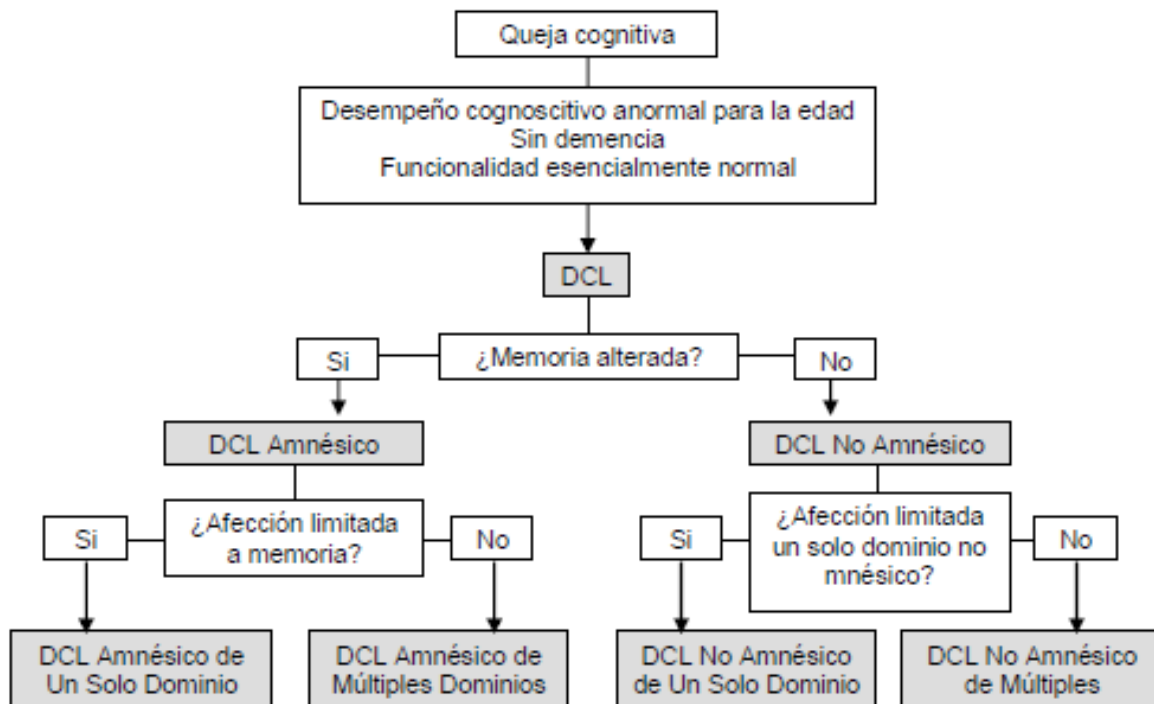




DETERIORO COGNITIVO LEVE

CRITERIOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO DEL DETERIORO COGNOSCITIVO LEVE (AMNÉSICO):

1. Queja de memoria, de preferencia corroborada por un informante.
2. Sin deterioro en las actividades de la vida diaria.
3. Funcionamiento cognoscitivo global normal.
4. Memoria anormal para la edad y nivel educativo del paciente.
5. Ausencia de demencia.





CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER NINCDS-ADRDA

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEFINITIVA

- Criterios clínicos de una enfermedad de Alzheimer probable.
- Evidencia histopatológica por biopsia o autopsia de cambios compatibles con una EA.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE

- Demencia documentada por examen clínico, evaluación cognoscitiva (MMSE, Blessed) y corroborada posteriormente con las pruebas neuropsicologías apropiadas.
- Déficit en dos o más áreas cognoscitivas.
- Deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognoscitivas.
- Ausencia de problemas del alerta concomitantes.
- Inicio entre los 40 y 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años.
- Ausencia de otras causas sistémicas o neurológicas que puedan explicar, directa o indirectamente, las alteraciones progresivas de la memoria y cognición.

El diagnóstico de una enfermedad de Alzheimer probable se basa en:

- Deterioro progresivo de funciones específicas como el lenguaje (afasia), habilidades motrices (apraxia), la percepción (agnosia).
- Afeción de las actividades de la vida diaria.
- Historia familiar de problemas similares, especialmente con confirmación histológica.
- Resultados de exámenes paraclínicos: líquido cefalorraquídeo normal según estudios convencionales, electroencefalograma normal o con alteraciones inespecíficas, atrofia cerebral en imagen que sea progresiva en estudios consecutivos.

Otras manifestaciones clínicas compatibles con el diagnóstico de una enfermedad de Alzheimer, después de la exclusión de otras causas de demencia:

- Periodos de meseta en la progresión de la enfermedad.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, delirium, ilusiones, alucinaciones, exacerbación brutal de manifestaciones verbales, emocionales o físicas, problemas sexuales, pérdida de peso.
- Otras alteraciones neurológicas, especialmente en estadios avanzados de la enfermedad (hipertonía, mioclonías, problemas de la marcha...).
- Crisis epilépticas en estadios avanzados de la demencia.
- Tomografía computada de cráneo normal para la edad del paciente.

Elementos que van en contra del diagnóstico de una enfermedad de Alzheimer probable:

- Inicio súbito.
- Hallazgos neurológicos focales.
- Signos neurológicos focales (hemiparesia, déficit sensitivo, déficit de campos visuales) o problemas de coordinación de inicio súbito en la evolución de la enfermedad
- Crisis epilépticas o problemas de la marcha desde el inicio de la enfermedad.

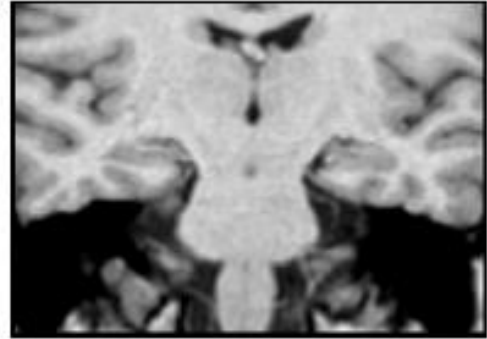
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POSIBLE

El diagnóstico de una enfermedad de Alzheimer posible puede darse en presencia de:

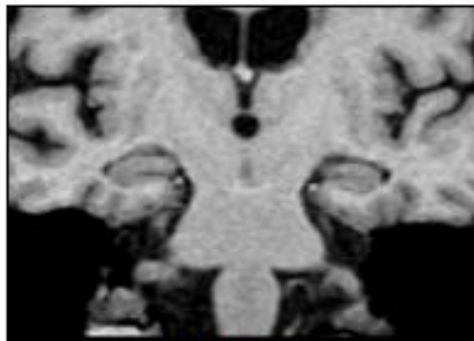
- Formas clínicas de inicio, presentación o evolución atípica ante la ausencia de otras causas conocidas de demencia.
- La coexistencia de un segundo padecimiento sistémico o neurológico que pudiera ocasionar una demencia pero que no se considera como causal de la misma.
- En situaciones de investigación clínica, ante la presencia de un déficit cognoscitivo aislado de agravación progresiva y en ausencia de otra causa identificable.

ESCALA VISUAL DE ATROFIA DEL LOBULO TEMPORAL MEDIAL (IRM SECUENCIA T1, CORONAL)

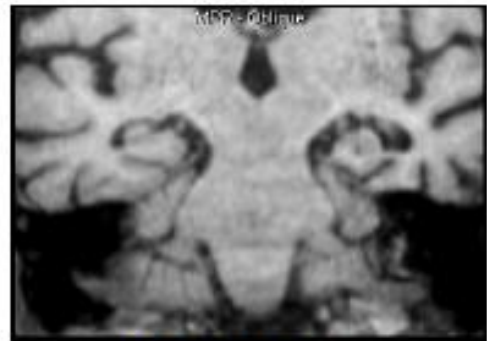
PUNTAJE	Ancho de la Fisura Coroidea	Ancho del Cuerno Temporal	Altura del Hipocampo
0	Normal	Normal	Normal
1	↑	Normal	Normal
2	↑↑	↑	↓
3	↑↑↑	↑↑	↓↓
4	↑↑↑	↑↑↑	↓↓↓



MTA = 0



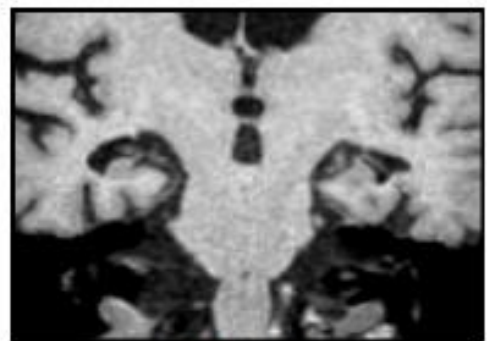
MTA = 1



MTA = 2 (Derecho)



MTA = 3

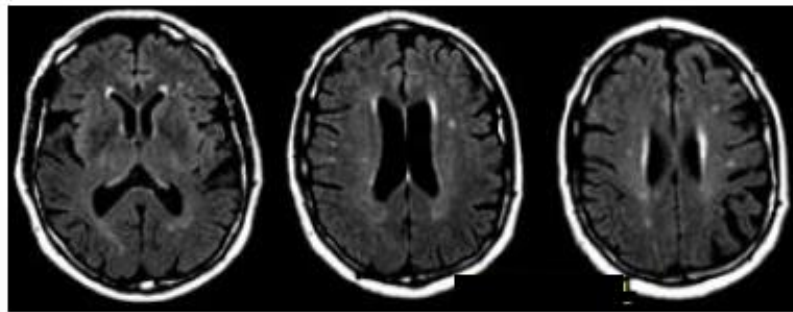


MTA = 4

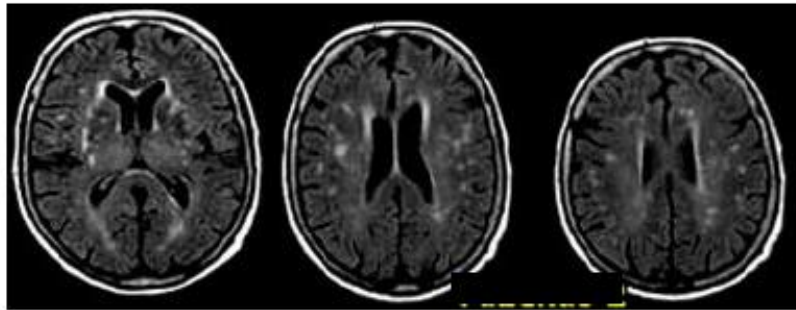
ESCALA PARA LA EVALUACION DE ANORMALIDADES EN RESONANCIA MAGNETICA DE PACIENTES CON DEMENCIA DE FAZEKAS Y COLS.

PARAMETRO	PUNTUACION
Hiperintensidades Periventriculares	0. Ausencia de Lesiones. 1. "Capuchón" o línea delgada de punta de lápiz. 2. Halo suave. 3. Hiperintensidades irregulares que se extienden al interior de la sustancia blanca profunda.
Hiperintensidades de Sustancia Blanca Profunda	0. Ausencia de Lesiones. 1. Lesiones focales puntuales. 2. Confluencia inicial de focos. 3. Áreas grandes confluentes.

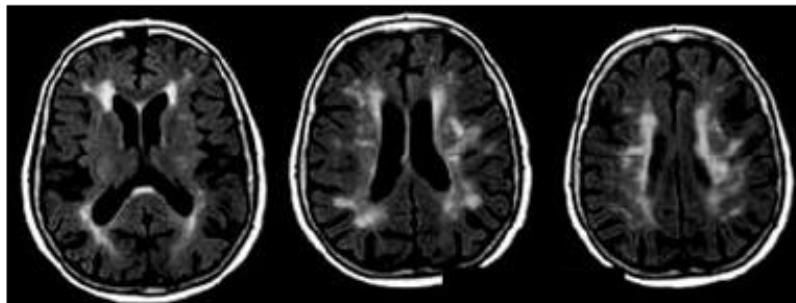
Fazekas 1



Fazekas 2



Fazekas 3





ESCALA MODIFICADA DE HACHISNKI (DEMENCIA VASCULAR)

	Ausente	Presente
Inicio súbito	0	2
Deterioro escalonado	0	1
Quejas somáticas	0	1
Incontinencia emocional	0	1
Historia de hipertensión	0	1
Historia de EVC	0	2
Síntomas neurológicos focales	0	2
Signos neurológicos focales	0	2

TOTAL /12

INTERPRETACIÓN: 4 Puntos o más sugieren una etiología vascular del trastorno cognitivo.



CRITERIOS CLINICOS EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA VASCULAR NINDS-AIREN

- I. Demencia Vascular **PROBABLE**, deben estar presente los tres criterios siguientes:
 1. **Demencia:**
 - Deterioro cognitivo comparado con el nivel previo de funcionamiento.
 - Alteraciones de memoria y 2 o mas dominios cognitivos (orientación, atención, lenguaje, función visuoespacial, funciones ejecutivas, control motor y praxias), establecido preferentemente mediante una evaluación clínica y corroborada por una evaluación neuropsicológica.
 - El déficit debe ser lo suficiente severo para interferir con las actividades de la vida diaria pero no estar asociado a efectos físicos del evento vascular.
 - *Criterios de Exclusión:* casos con alteraciones del estado de consciencia, delirium, psicosis, afasia severa o alteraciones sensoriomotoras mayores previas a la evaluación neuropsicológica. También se excluyen enfermedades sistémicas u otras enfermedades cerebrales (Ej. Enfermedad de Alzheimer) que pudiesen explicar por sí mismas las alteraciones en memoria y cognición.
 2. **Enfermedad Vascular Cerebral:**
 - Presencia de signos focales a la exploración neurológica, tales como hemiparesia, parálisis facial, signo de Babinsky, déficit sensorial, hemianopsia y disartria consistentes con un evento vascular (con o sin historia de un EVC).
 - Evidencia de enfermedad vascular cerebral relevante por imagen cerebral (TAC o RM) incluyendo *infartos múltiples por afectación de grandes vasos o un infarto estratégico* (giro angular, tálamo, ganglios basales, territorios de la arteria cerebral posterior o anterior) o *infartos múltiples a ganglios basales* o combinaciones de los anteriores.
 3. **Relación causa-efecto de la demencia y el evento vascular cerebral** (uno o más de los siguientes):
 - Inicio de la demencia en los 3 meses posteriores al evento vascular cerebral.
 - Deterioro abrupto de las funciones cognitivas; progresión escalonada o fluctuante de las alteraciones cognitivas.
- II. Hallazgos clínicos compatibles con el diagnóstico de Demencia Vascular **PROBABLE:**
 1. Trastornos de la marcha de presentación temprana (marcha con pasos cortos, apraxia-ataxia o parkinsonica).
 2. Historia de alteraciones de equilibrio y caídas frecuentes no provocadas.
 3. Síntomas urinarios (frecuencia, urgencia y otros) de presentación temprana no justificados por una enfermedad urológica.
 4. Parálisis pseudobulbar.
 5. Cambios de ánimo y personalidad (abulia, depresión, incontinencia emocional u otras alteraciones subcorticales incluyendo retraso psicomotor y alteraciones en funciones ejecutivas).
- III. Hallazgos que hacen poco probable o incierto el diagnóstico de Demencia Vascular:
 1. Inicio temprano de alteraciones de memoria y evolución progresiva. Deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas como lenguaje, praxias y gnosias.
 2. Ausencia de signos neurológicos focales u otras alteraciones cognitivas.
 3. Ausencia de lesiones vasculares cerebrales por TAC o RM.
- IV. Demencia Vascular **POSIBLE** (Cualquiera de ellos):
 1. Presencia de demencia con signos focales neurológicos en pacientes que no cuentan con estudios de imagen para corroborar definitivamente la enfermedad vascular cerebral.
 2. Ausencia de relación causa-efecto entre la demencia y el evento vascular cerebral.
 3. Pacientes con enfermedad vascular cerebral relevante con deterioro cognitivo de inicio sutil y curso variable (Estancado o con mejoría).
- V. Demencia Vascular **Definitiva:**
 1. Criterios de demencia vascular probable.
 2. Evidencia histopatológica de enfermedad vascular cerebral por biopsia o autopsia.
 3. Ausencia de ovillos neurofibrilares, placas neuríticas que no excedan las esperadas para la edad del paciente.
 4. Ausencia de otras patologías capaces de producir demencia.
- VI. Para propósitos de investigación se deberán clasificar en base a la valoración clínica, radiológica y neuropatológica en:
 1. Demencia vascular cortical.
 2. Demencia vascular subcortical.
 3. Enfermedad de Binswagner.
 4. Demencia talámica.



CRITERIOS DEL CONSENSO PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL(DFT)

Perfil clínico: características clínicas diagnósticas

- Los cambios en el carácter y la conducta social desordenada son las características dominantes al inicio y a todo lo largo del curso de la enfermedad.
 - Las funciones instrumentales de percepción, habilidades espaciales, praxias y memoria están intactas o relativamente bien conservadas.
- 1. Características centrales diagnósticas:**
 - a) Inicio insidioso y progresión gradual.
 - b) Deterioro temprano de conducta social interpersonal.
 - c) Deterioro temprano en la regulación de la conducta personal.
 - d) Aplanamiento emocional.
 - e) Pérdida temprana de introspección.
 - 2. Características diagnósticas de apoyo:**
 - a) Alteraciones Conductuales:
 - i) Deterioro en higiene personal y aliño.
 - ii) Rigidez mental e inflexibilidad.
 - iii) Distractibilidad e impersistencia.
 - iv) Hiperoralidad y cambios dietéticos.
 - v) Conducta estereotipada y perseverante.
 - vi) Conducta de utilización.
 - b) Alteraciones de Hable y Lenguaje:
 - i) Producción alterada del habla: económica y no espontánea, habla incesante "opresiva".
 - ii) Habla estereotipada.
 - iii) Ecolalia.
 - iv) Perseveración.
 - v) Mutismo.
 - c) Signos físicos:
 - i) Reflejos primitivos.
 - ii) Incontinencia.
 - iii) Acinesia, rigidez, temblor.
 - iv) Hipotensión y tensión arterial lábil.
 - d) Investigaciones:
 - i) Síndrome frontal significativo en ausencia de amnesia, afasia o alteración visuoperceptiva importante.
 - ii) EEG convencional normal.
 - iii) Imagen cerebral con atrofia frontal y/o temporal anterior predominante.
 - 3. Características de apoyo:**
 - a) Inicio antes de los 65 años:
 - i) Historia positiva en familiares de primer grado.
 - b) Parálisis bulbar, debilidad muscular y atrofia, fasciculaciones.
 - 4. Características de exclusión:**
 - a) Históricas y clínicas:
 - i) Inicio abrupto con eventos ictales.
 - ii) Trauma craneoencefálico asociado al inicio.
 - iii) Amnesia temprana y grave.
 - iv) Desorientación espacial.
 - v) Habla festinante y logoclónica.
 - vi) Mioclonías.
 - vii) Debilidad córtico-espinal.
 - viii) Ataxia cerebelosa.
 - ix) Coreoatetosis.
 - b) Paraclínicas:
 - i) Imagen cerebral: déficit post-central predominante, lesiones multifocales.
 - ii) Exámenes de laboratorio indicado involucro cerebral de enfermedades inflamatorias o metabólicas como esclerosis múltiple, SIDA, sífilis y encefalitis herpética.
 - 5. Características relativas de exclusión:**
 - a) Historia típica de alcoholismo crónico.
 - b) Hipertensión sostenida.
 - c) Historia de enfermedad vascular (Ej. angina, claudicación).



CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA

Perfil clínico descriptivo:

- Una demencia afásica en la que los trastornos del lenguaje (afasia) aparecen relativamente aislados y son los principales determinantes de la limitación en actividades de la vida diaria. La percepción, memoria y personalidad están relativamente conservadas inicialmente.

1. Características diagnósticas centrales (estas son integrales para definir el síndrome clínico):

- a) Inicio insidioso y progresión gradual
- b) Aparición temprana de un problema afásico (incluyendo cualquier combinación de los siguientes):
 - i) Pausas para encontrar sus palabras.
 - ii) Déficit de comprensión de las palabras.
 - iii) Déficit de comprensión sintáctica.
 - iv) Anomias.
 - v) Lenguaje circunlóquico con ausencia de sustantivos y verbos.
 - vi) Habla agramática (sintaxis anormal).
 - vii) Sordera verbal.
 - viii) Disgrafía.

2. Características diagnósticas de apoyo (no están presentes siempre pero apoyan el diagnóstico):

- a) Clínicas:
 - i) Inicio antes de los 65 años.
 - ii) Disartria.
 - iii) Apraxia ideomotora de las extremidades.
 - iv) Apraxia ideomotora de la musculatura bucofacial.
 - v) Discalculia.
 - vi) Leve aplanamiento facial del lado opuesto al hemisferio dominante para el lenguaje.
 - vii) Postura asimétrica de los miembros superiores en la marcha, con reducción en el lado opuesto al hemisferio dominante (usualmente el brazo derecho).
- b) Investigaciones:
 - i) Afasia y/o anomia en ausencia de amnesia, prosopagnosia, agnosia visual asociativa, apatía o desinhibición. Las puntuaciones en pruebas verbales de memoria y fluidez pueden ser anormales a causa de la afasia.
 - ii) Atrofia perisilviana que puede extenderse a la corteza parietal y/o corteza temporal inferior del lado de la dominancia lingüística (usualmente el izquierdo) en TAC o RM.
 - iii) Hipometabolismo asimétrico en el hemisferio de dominancia lingüística (usualmente el izquierdo).
 - iv) Enlentecimiento asimétrico de los electrodos temporales del hemisferio de dominancia lingüística en el EEG.

3.- Características de exclusión:

- a) Históricas y clínicas:
 - i) Inicio abrupto.
 - ii) Amnesia temprana.
 - iii) Prosopagnosia temprana, agnosia visual.
 - iv) Desorientación espacial temprana.
 - v) Apatía o desinhibición tempranas.
 - vi) Enfermedad de motoneurona temprana.
 - vii) Signos extrapiramidales tempranos / degeneración corticobasal.
 - viii) Signos cerebelosos.
 - ix) Anomalías tempranas en los movimientos oculares.
 - x) Trauma craneal relacionado con el inicio de los síntomas.
- b) Paraclínicas:
 - i) Imagen cerebral
 - (1) Infarto de gran tamaño en el hemisferio dominante para el lenguaje.
 - (2) Infarto lacunar moderado a grave asimétrico en el hemisferio dominante para el lenguaje.
 - (3) Neoplasia u otra lesión ocupativa en el hemisferio dominante para el lenguaje.
 - (4) Trauma importante al hemisferio dominante para el lenguaje.



CRITERIOS DEL CONSENSO PARA EL DIAGNOSTICO DE AFASIA PRIMARIA PROGRESIVA NO FLUENTE

Perfil clínico: características clínicas diagnósticas

- La alteración del lenguaje expresivo es la característica dominante inicial y a lo largo del curso de la enfermedad. Otros aspectos de la cognición están intactos o relativamente bien conservados.
1. **Características diagnósticas centrales:**
 - a) Inicio insidioso y progresión gradual.
 - b) Habla espontánea no fluente con al menos uno de los siguientes: agramatismo, parafrasis fonémicas, anomia.
 2. **Características diagnósticas de apoyo:**
 - a) Habla y lenguaje:
 - i) Tartamudeo o apraxia oral.
 - ii) Repetición afectada.
 - iii) Alexia, agrafia.
 - iv) Preservación temprana del significado de las palabras.
 - v) Mutismo tardío.
 - b) Conducta:
 - i) Preservación temprana de las habilidades sociales.
 - ii) Cambios conductuales tardíos similares a la demencia frontotemporal.
 - c) Signos físicos:
 - i) Reflejos primitivos contralaterales, akinesia, rigidez y temblor de aparición tardía.
 - d) Investigaciones:
 - i) Afasia no fluente en ausencia de amnesia severa o desorden visuoperceptual.
 - ii) EEG convencional normal o con leve enlentecimiento asimétrico.
 - iii) Imagen cerebral estructural o funcional con anomalía asimétrica afectando predominantemente al hemisferio dominante (usualmente el izquierdo).
 3. **Características de apoyo**
 - a) Inicio antes de los 65 años; historia positiva en familiar de primer grado.
 - b) Parálisis bulbar, debilidad muscular y atrofia, fasciculaciones.
 4. **Características de exclusión:**
 - a) Históricas y clínicas:
 - i) Inicio abrupto con eventos ictales.
 - ii) Trauma craneoencefálico asociado al inicio.
 - iii) Amnesia temprana y grave.
 - iv) Desorientación espacial.
 - v) Habla festinante y logoclónica.
 - vi) Mioclonías.
 - vii) Debilidad córtico-espinal.
 - viii) Ataxia cerebelosa.
 - ix) Coreoatetosis.
 - b) Paraclínicas:
 - i) Imagen cerebral:
 - (1) Déficit post-central predominante; lesiones multifocales.
 - (2) Exámenes de laboratorio indicando involucro cerebral de enfermedades inflamatorias o metabólicas como esclerosis múltiple, SIDA, sífilis y encefalitis herpética.
 5. **Características relativas de exclusión:**
 - a) Historia típica de alcoholismo crónico.
 - b) Hipertensión sostenida.
 - c) Historia de enfermedad vascular (ej., angina, claudicación).



CRITERIOS DEL CONSENSO PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE DEMENCIA SEMANTICA

Perfil clínico: características clínicas diagnósticas

- El desorden semántico (afección en el conocimiento del significado de las palabras y/o identidad de los objetos) es la característica dominante inicialmente y a lo largo del curso de la enfermedad. Otros aspectos de la cognición se encuentran intactos o relativamente bien conservados.
1. **Características diagnósticas centrales:**
 - a) Inicio insidioso y progresión gradual.
 - b) Trastorno del lenguaje caracterizado por:
 - i) Habla espontánea fluente, progresivamente vacía.
 - ii) Pérdida del significado de las palabras, manifiesta por denominación y comprensión afectada.
 - iii) Parafrasis semánticas; y/o
 - c) Trastorno perceptual caracterizado por:
 - i) Prosopagnosia: afección del reconocimiento de la identidad de caras familiares y/o
 - ii) Agnosia asociativa: afección del reconocimiento de la identidad de los objetos.
 - d) Reproducción y apareamiento perceptual de dibujos conservada.
 - e) Preservación de repetición de palabras aisladas.
 - f) Habilidad conservada para la lectura en voz alta o escritura en dictado de palabras ortográficamente regulares.
 2. **Características diagnósticas de apoyo:**
 - a) Habla y lenguaje:
 - i) Lenguaje opresivo (press of speech).
 - ii) Uso de palabras idiosincrásicas.
 - iii) Ausencia de parafrasis fonémicas.
 - iv) Dislexia y disgrafía de superficie.
 - v) Cálculo conservado.
 - b) Conducta:
 - i) Pérdida de empatía.
 - ii) Reducción en el espectro de sus preocupaciones.
 - iii) Parsimonia.
 - c) Signos físicos:
 - i) Reflejos primitivos ausentes o de aparición tardía.
 - ii) Acinesia, rigidez y temblor.
 - d) Investigaciones:
 - i) Pérdida profunda semántica, manifestada como fallas en la comprensión de palabras y denominación y/o reconocimiento de caras y/u objetos. Conservación de la fonología y sintaxis, y del procesamiento perceptual elemental, actividades espaciales y memorización día-a-día.
 - ii) EEG normal.
 - iii) Imagen cerebral estructural o funcional con anomalía predominante temporal (simétrica o asimétrica).
 3. **Características de apoyo:**
 - a) Inicio antes de los 65 años; historia positiva en familiar de primer grado.
 - b) Parálisis bulbar, debilidad muscular y atrofia, fasciculaciones.
 4. **Características de exclusión:**
 - a) Históricas y clínicas:
 - i) Inicio abrupto con eventos ictales.
 - ii) Trauma craneoencefálico asociado al inicio.
 - iii) Amnesia temprana y grave.
 - iv) Desorientación espacial.
 - v) Habla festinante y logoclónica.
 - vi) Mioclonías.
 - vii) Debilidad córtico-espinal.
 - viii) Ataxia cerebelosa.
 - ix) Coreoatetosis.
 - b) Paraclínicas:
 - i) Imagen cerebral: déficit post-central predominante; lesiones multifocales.
 - ii) Exámenes de laboratorio indicando involucro cerebral de enfermedades inflamatorias o metabólicas como esclerosis múltiple, SIDA, sífilis y encefalitis herpética.
 5. **Características relativas de exclusión:**
 - a) Historia típica de alcoholismo crónico.
 - b) Hipertensión sostenida.
 - c) Historia de enfermedad vascular (Ej. angina, claudicación).



CRITERIOS REVISADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY (DCCL)

Manifestaciones Centrales (Esenciales para el diagnóstico de DCCL Probable o Posible):

- Demencia: deterioro cognoscitivo progresivo lo suficientemente importante como para interferir con su funcionalidad normal, social o laboral.
- Afección de memoria prominente o persistente, puede no necesariamente estar presente en estadios tempranos, pero usualmente es evidente al progresar la enfermedad.
- Déficit en pruebas de atención, funciones ejecutivas y visuoespaciales pueden ser especialmente prominentes.

Manifestaciones Cardinales (Dos son suficiente para diagnosticar DCCL Probable, una para DCCL posible):

- Fluctuaciones cognitivas, con variaciones pronunciadas en la atención y estado de alerta.
- Alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien formadas y detalladas.
- Manifestaciones espontáneas de parkinsonismo.

Manifestaciones Sugerentes (Una o más de estas en presencia de una o más *manifestaciones cardinales* permiten el diagnóstico de DCCL Probable. En ausencia de *manifestaciones cardinales*, una o más *manifestaciones sugerentes* son suficientes para un DCCL posible. La DCCL Probable no puede diagnosticarse únicamente en base a *manifestaciones sugerentes*):

- Trastorno de conducta del sueño REM.
- Importante sensibilidad a neurolépticos.
- Hipocaptación de transportador de dopamina en los ganglios basales demostrado mediante SPECT o PET.

Manifestaciones de Apoyo (Frecuentemente presente pero que no han probado tener especificidad diagnóstica):

- Caídas recurrentes y síncope.
- Pérdida transitoria e inexplicable del alerta.
- Disfunción autonómica importante (Ej. hipotensión ortostática, incontinencia urinaria).
- Delirios sistematizados.
- Alucinaciones en otras modalidades sensoriales.
- Depresión.
- Preservación relativa de las estructuras temporales mediales en TAC o RMN.
- Hipocaptación generalizada en PET o SPECT con actividad occipital reducida.
- Gammagrafía miocárdica con MIBG hipocaptante.
- Actividad prominente de ondas lentas en el EEG con ondas pico transitorias en el lóbulo temporal.

Un diagnóstico de DCCL es menos probable en presencia de:

- Un evento vascular cerebral, evidenciado por imagen o signos neurológicos focales.
- Cualquier otro padecimiento físico o cerebral suficiente para explicar parcial o totalmente el cuadro clínico.
- Si el parkinsonismo aparece por primera vez en estadios avanzados de la demencia.

Secuencia temporal de los Síntomas:

- La DCCL debe diagnosticarse cuando la demencia se presenta antes o concurrentemente con el parkinsonismo (si éste está presente).
- El término Demencia asociada a enfermedad de Parkinson (PDD) debe usarse para describir a una demencia que ocurre en el contexto de una enfermedad de Parkinson bien establecida.
- Al hacer una distinción entre DCCL y PDD, el tiempo menor a un año entre la aparición de la demencia y el parkinsonismo sugiere DCCL, si es mayor orienta a un PDD.



CRITERIOS CLINICOS NINDS-SPSP PARA EL DIAGNOSTICO DE LA PARALISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (SPS)

Criterios de Inclusión para PSP Probable y PSP Posible:

- Desorden gradualmente progresivo con edad de inicio de 40 años en adelante.
- **PSP Definitiva:**
 - Se cumplen todos los criterios para PSP probable y el diagnóstico es comprobado por autopsia.
- **PSP Probable:**
 - Parálisis supranuclear vertical e inestabilidad postural prominente con caídas dentro del primer año de aparición de la enfermedad o tendencia a caer.
- **PSP Posible:**
 - Ya sea parálisis supranuclear vertical o tanto enlentecimiento de las sacadas verticales e inestabilidad postural con tendencia a caer o caídas dentro del primer año de aparición de la enfermedad.

Criterios de Apoyo:

- Acinesia simétrica o rigidez, proximal más que distal.
- Postura anormal del cuello, especialmente retrocolis.
- Pobre o nula respuesta a levodopa.
- Disfagia y disartria temprana.
- Inicio temprano de deterioro cognitivo, incluyendo dos o más de los siguientes:
 - Apatía.
 - Reducción en el pensamiento abstracto.
 - Reducción en la fluidez verbal.
 - Conductas de utilización o imitación.
 - Signos de liberación frontal.

Criterios de Exclusión:

- Historia reciente de encefalitis.
- Signo de mano extranjera.
- Déficit sensorial cortical.
- Atrofia focal frontal o frontotemporal.
- Alucinaciones o ideas delirantes no relacionadas con el uso de levodopa.
- Demencia cortical tipo Alzheimer.
- Síntomas cerebelosos tempranos y prominentes, o disautonomía no explicada.
- Evidencia de otras enfermedades que pudieran explicar el cuadro clínico.



CRITERIOS DE INVESTIGACION PROPUESTOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEGENERACION CORTICOBASAL

CRITERIOS DE LANG

1. Criterios de Inclusión:

- Rigidez y un signo cortical (apraxia, pérdida sensorial cortical, mano extranjera) ó
- Rigidez asimétrica, distonía y mioclonus focal reflejo.

2. Criterios de Exclusión:

- Demencia temprana.
- Parálisis temprana de la mirada vertical.
- Temblor en reposo.
- Alteraciones disautonómicas severas.
- Respuesta sostenida a levodopa.
- Estudios de imagen mostrando lesiones que indiquen otras condiciones patológicas.

CRITERIOS DE KUMAR

- Curso crónico progresivo.
- Inicio asimétrico.
- Presencia de:
 - Disfunción cortical "superior" (apraxia, pérdida sensorial cortical o mano extranjera).
 - Trastornos de movimiento: síndrome acineto-rígido resistente a levodopa; distonía de extremidad y reflejo.
 - Mioclonus focal.
- Calificación de las Manifestaciones Clínicas:**
 - Rigidez: detectable con facilidad sin reforzamiento.
 - Apraxia: más que el simple uso de la extremidad como objeto, clara ausencia de déficit motor o cognitivo.
 - Fenómeno de la mano extranjera: más que una simple levitación de la extremidad.
 - Distonía: focal en la extremidad, presente en reposo al inicio.
 - Mioclonus: reflejo, extendiéndose más allá de los dígitos estimulados.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CLINICOS PROPUESTOS

1. Manifestaciones Centrales:

- Inicio insidioso y evolución progresiva.
- Causa no identificable (Ej. tumor, evento vascular cerebral).
- Disfunción cortical que incluye al menos una de las siguientes:
 - Apraxia focal o asimétrica ideomotora.
 - Fenómeno de miembro extranjero.
 - Pérdida sensorial cortical.
 - Heminegligencia visual o sensorial.
 - Apraxia constructiva.
 - Mioclonus focal o asimétrico.
 - Apraxia del lenguaje o afasia no fluente.
- Disfunción extrapiramidal reflejada por uno de los siguientes:
 - Rigidez prominente focal o asimétrica de extremidades sin respuesta sostenida a L-dopa.
 - Distonía focal o asimétrica de extremidades.

2. Estudios de Apoyo:

- Disfunción cognitiva de grado variable focal o lateralizada, con preservación relativa de aprendizaje y memoria durante la evaluación neuropsicológica.
- Atrofia focal o asimétrica por TAC o RM, típicamente en la corteza perifrontal.
- Hipoperfusión focal o asimétrica por SPECT o PET, típicamente mayor en la corteza parietofrontal con o sin involucro de ganglios basales.



CONSENSO PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA ATROFIA DE MULTIPLES SISTEMAS (MSA)

- I. **Disfunción Autonómica y Urinaria:**
 - a. Hallazgos:
 1. Hipotensión ortostática (cambio mayor de 20 mmHg sistólico o 10 mmHg diastólico).
 2. Incontinencia urinaria o vaciado incompleto de vejiga.
 - b. Criterios (Presencia de una o ambas de las siguientes manifestaciones):
 1. Caída de la presión arterial en bipedestación (30 mmHg sistólica y 15 mmHg diastólica).
 2. Incontinencia urinaria (Persistente, vaciamiento parcial o total involuntario de la vejiga, acompañado por disfunción eréctil en el varón).
- II. **Parkinsonismo:**
 - a. Hallazgos:
 1. Bradicinesia (lentitud de movimientos voluntarios con reducción progresiva de la velocidad y amplitud durante acciones repetitivas).
 2. Rigidez.
 3. Inestabilidad postural (no causado por disfunción primaria visual, vestibular, cerebelosa o propioceptiva).
 4. Temblor (postural, de reposo o ambos).
 - b. Criterios:
 1. Bradicinesia mas uno al menos de los hallazgos previos del 2 al 4.
- III. **Disfunción Cerebelosa:**
 - a. Hallazgos:
 1. Marcha ataxica (amplio plano de sustentación con pasos de de dirección y longitud irregular).
 2. Disartria ataxica.
 3. Ataxia de miembros pélvicos.
 4. Nistagmo sostenido postural.
 - b. Criterios:
 1. Marcha ataxica mas uno al menos de los hallazgos previos del 2 al 4.
- IV. **Disfunción del Tracto Corticoespinal:**
 - a. Hallazgos:
 1. Respuesta plantar extensora con hiperreflexia.
 - b. Criterios:
 1. No se incluyen alteraciones en el tracto corticoespinal en la definición del diagnóstico de MSA.

MSA POSIBLE:

1 criterio mas 2 hallazgos de otros dominios. Cuando el criterio es Parkinsonismo, una pobre respuesta a L-dopa califica como hallazgo (por lo tanto solo se requiere un hallazgo adicional).

MSA PROBABLE:

Criterios de disfunción autonómica y urinaria mas parkinsonismo con pobre respuesta a L-dopa o disfunción cerebelosa.

MSA DEFINITIVO:

Confirmación histopatológica con presencia alta densidad de inclusiones citoplásmicas gliales en asociación con una combinación de cambios degenerativos nigroestriados y en las vias olivopontocerebelosas.

Criterios de Exclusión:

- I. Historia:
 - a. Inicio sintomático antes de los 30 años de edad.
 - b. Historia familiar de alteraciones similares.
 - c. Enfermedad sistémica u otras causas identificables que justifiquen los hallazgos.
 - d. Alucinaciones no relacionadas con los medicamentos.
- II. Examen Físico:
 - a. Criterios DSM IV para demencia tipo Alzheimer.
 - b. Enlentecimiento prominente de los movimientos sacádicos verticales o parálisis supranuclear vertical.
 - c. Evidencia de disfunción cortical focal como afasia, fenómeno de miembro extranjero y disfunción parietal.
- III. Estudios de Laboratorio:
 - a. Evidencia metabólica, molecular/genética y de imagen sugerente de una causa alternativa.



DEMENCIAS DEGENERATIVAS PRIMARIAS CORTICALES

1.- Enfermedad de Alzheimer:

- a) Estadios límbicos (fase inicial)
- b) Estadios neocorticales (fase avanzada).
- c) Formas focales.

2.- Demencia por cuerpos de Lewy Difusos (DCLD):

- a) Forma común (se asocian placas seniles).
- b) Forma pura (no se asocian placas seniles).

3.- Demencias fronto-temporales (Pick-Complex):

- a) Variante frontal (tres subtipos).
- b) Variante temporal (Demencia semántica).
- c) Afasia progresiva no-fluente.
- d) Degeneración Córtico-basal.
- e) DFT familiares ligadas al cromosoma 17 (DFTP-17), al Cromosoma 3.
- f) DFT asociadas a enfermedad de Motoneurona.

4.- Formas con inicio focal:

- a) Afasia progresiva-primaria no-fluente.
- b) Demencia semántica.
- c) Síndrome parietal derecho.
- d) Atrofia cortical posterior.
- e) Apraxia primaria progresiva.
- f) Prosopagnosia lentamente progresiva.
- g) Anartria o afemia progresiva.
- h) Degeneración talámica selectiva.

5.- Formas infrecuentes:

- a) Esclerosis hipocampal.
- b) Demencia con gránulos argirofílicos.
- c) Demencia con NFT y calcificaciones de los g. basales (Kosaka).
- d) Otras formas.



DEMENCIAS VASCULARES

1.- Demencia multiinfarto.

2.- Demencia por infarto estratégico.

3.- Demencia por enfermedad de pequeño vaso.

a) Demencia vascular subcortical:

- Enfermedad de Binswanger.
- Estado lacunar.
- Angiopatía amiloide con hemorragias.
- Enfermedad colágeno-vasculares con demencia.
- CADASIL.

4.- Otras formas: síndromes de Sueddon, vasculitis.

5.- Demencia por isquemia-hipoxia.

a) Infartos incompletos de sustancia blanca.

b) Infartos de zona frontera.

6.- Demencia por hemorragias:

a) Hemorragia traumática subdural.

b) Hemorragia subaracnoidea.

c) Hematoma cerebral.



CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

CARACTERISTICA	DESCRIPCION	PREGUNTA	ANOTACION
1	Cambio agudo del estatus mental y curso fluctuante	¿Hay evidencia de un cambio agudo en la cognición desde el valor inicial?	
2	Inatención	¿El paciente tiene dificultad para enfocar la atención? Por ejemplo, la distracción tiene dificultades para hacer el seguimiento de lo que se dice.	
3	Pensamiento desorganizado	¿Tiene el paciente conversaciones incoherentes o irrelevantes, flujo claro o lógico de las ideas o impredecible al pasar a otro tema?	
4	Nivel anormal de conciencia	¿Está el paciente alerta, hiperalerta, estuporoso o en coma?	

***El diagnostico de Delirium requiere característica 1 y 2 más 3 o 4.*

RECOMENDACIONES RIESGO DE DELIRIUM NICE 2010: intervención multidisciplinaria dentro de las 24 horas de hospitalización, espacio con iluminación, señalización clara, entrega de reloj de 24 horas y calendario fácilmente visible, hablar con la persona y reorientarla, explicando donde se encuentra, quienes son y cuál es su papel. Introduciendo actividades cognitivamente estimulantes por ejemplo reminiscencia y facilitar las visitas regulares de sus familiares y amigos. Adecuado manejo a la hidratación y estreñimiento, hidratación de acuerdo a la comorbilidad en relación a ERC y cardiopatía. Evaluar hipoxia y optimizar saturación de oxígeno si es necesario. Diagnóstico y tratamiento de infecciones, evitando cateterización innecesaria y la implementación de control de infecciones. Manejo de la movilidad, reducir la inmovilidad, alentado a las personas a moverse poco después de las cirugías y caminatas (proporcionando ayuda de tal forma que sea accesible) y fomentar a todas las personas que no pueden caminar para llevar a cabo una serie de movimientos para realizar ejercicio. Manejo del dolor mediante la evaluación, buscando señales no verbales de dolor particularmente en personas con dificultad para comunicación (demencia, retraso psicomotriz, sedación, etcétera), iniciar tratamiento analgésico en pacientes con dolor. Realizar una revisión de la medicación considerando tanto el tiempo y numero de medicamentos. Tratar la desnutrición y mala alimentación en pacientes. Manejo de discapacidad sensorial mediante la resolución de cualquier causa reversible del deterioro. Manejo de buenos hábitos de sueño e higiene del sueño o procedimientos médicos durante las horas de sueño si es posible.



CUESTIONARIO DE HAMILTON

De la siguiente lista de estados, de acuerdo al conjunto clasifíquelas desde **AUSENTE** hasta **MUY GRAVE** de acuerdo a su criterio, marque con una "X". Ausente 0; Leve 1; moderado 2; grave 3; muy grave 4.

	PREGUNTAS	AUSENTE	LEVE	MODERAO	GRAVE	MUY GRAVE
1	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.					
2	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3	A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y casación al despertar.					
5	Dificultad para concentrarse, mala memoria					
6	Perdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.					
10	Opresión o constricciones en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloereccion (pelos de punta).					
14						
	TOTAL					



Ausente	0
Leve	1
Moderado	2
Grave	3
Muy grave	4



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

En el cuestionario, hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo el día de hoy.

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado o que se le va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestables				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto o inseguro				
14	Con medio a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores, fríos o calientes				
	TOTAL				



INSOMNIA SEVERITY INDEX
INDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO

1. Indica la gravedad de tu actual problema de sueño

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido	0	1	2	3	4
Despertarse temprano	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estas de satisfecho (a) en la actualidad con tu sueño? Ponga una calificación.

Muy satisfecho

**Moderadamente
satisfecho**

Muy satisfecho

0	1	2	3	4
----------	---	---	---	---

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario? Por ejemplo, fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etcétera)?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida creas que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo esta de preocupado(a) por tu actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

PUNTUACION



ESCALA DE INSOMNIO DE ATENAS

Instrucciones: Esta escala pretende registrar su propia valoración acerca de cualquier dificultad que haya podido experimentar. Por favor, responda los siguientes ítems (marcando con un círculo el número apropiado), indicando las dificultades que le hayan ocurrido como mínimo tres veces a la semana durante el último mes.

PREGUNTA	
Inducción del sueño (tiempo que tarda en dormirse después de apagar la luz)	
Ningún problema	0
Ligeramente retrasado	1
Marcadamente retrasado	2
Muy retrasado o no durmió	3
Despertares durante la noche	
Ningún problema	0
Problema menor	1
Problema considerable	2
Problema serio o no durmió	3
Despertar final antes de lo deseado	
No fue antes	0
Un poco antes	1
Notablemente antes	2
Mucho antes o no durmió	3
Duración total del sueño	
Suficiente	0
Ligeramente insuficiente	1
Notablemente insuficiente	2
Muy insuficiente o no durmió	3
Calidad general del sueño (no importa cuánto tiempo durmió)	
Satisfactoria	0
Ligeramente insatisfactoria	1
Notablemente insatisfactoria	2
Muy insatisfactoria o no durmió	3
Sensación de bienestar durante el día	
Normal	0
Ligeramente disminuida	1
Notablemente disminuida	2
Muy disminuida	3
Funcionamiento (físico y mental) durante el día	
Normal	0
Ligeramente disminuido	1
Notablemente disminuido	2
Muy disminuido	3
Somnolencia durante el día	
Ninguna	0
Moderada	1
Considerable	2
Intensa	3

El periodo de la auto-administración puede variar, dependiendo del diseño de cada estudio. Cuando la auto-administración se haya efectuado en un periodo distinto al del mes anterior, la segunda frase de las instrucciones debería corregirse consecuentemente.



MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST (MAST)

			Yes	No
*1.	(2)	Do you feel you are a normal drinker? (By normal we mean you drink less than or as much as most other people)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	(2)	Have you ever awakened the morning after some drinking the night before and found that you could not remember part of the evening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	(1)	Does your wife, husband, a parent, or other near relative ever worry or complain about your drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*4.	(2)	Can you stop drinking without a struggle after one or two drinks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	(1)	Do you ever feel guilty about your drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*6.	(2)	Do friends or relatives think you are a normal drinker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*7.	(2)	Are you able to stop drinking when you want to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	(5)	Have you ever attended a meeting of Alcoholics Anonymous (AA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	(1)	Have you gotten into physical fights when drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	(2)	Has your drinking ever created problems between you and your wife, husband, a parent, or other relative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	(2)	Has your wife, husband, or other family member ever gone to anyone for help about your drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	(2)	Have you ever lost friends because of your drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	(2)	Have you ever gotten into trouble at work or school because of drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	(2)	Have you ever lost a job because of drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	(2)	Have you ever neglected your obligations, your family, or your work for two or more days in a row because you were drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	(1)	Do you drink before noon fairly often?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	(2)	Have you ever been told you have liver trouble? Cirrhosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	(2)	After heavy drinking have you ever had Delirium Tremens (DTs) or severe shaking or heard voices or seen things that really weren't there?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	(5)	Have you ever gone to anyone for help about your drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	(5)	Have you ever been in a hospital because of drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	(2)	Have you ever been a patient in a psychiatric hospital or on a psychiatric ward of a general hospital where drinking was part of the problem that resulted in hospitalization?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	(2)	Have you ever been seen at a psychiatric or mental health clinic or gone to any doctor, social worker, or clergyman for help with any emotional problem where drinking was part of the problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	(2)	***Have you ever been arrested for drunk driving, driving while intoxicated, or driving under the influence of alcoholic beverages? If yes, how many times? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	(2)	Have you ever been arrested, or taken into custody, even for a few hours, because of other drunk behavior? If yes, how many times? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Negative responses are alcoholic responses.

**5 points for each Delirium Tremens

***2 points for each arrest

From Selzer ML: The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument, *Am J Psychiatry* 127:1653-1658, 1971.



CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE (CES-D)

As I read the following statements, please tell me how often you felt or behaved this way.

IN THE LAST WEEK. Did you feel this way:

- 0 = Rarely or none of the time (i.e., less than 1 day)?
- 1 = Some or a little of the time (i.e., 1-2 days)?
- 2 = Occasionally or a moderate amount of time (i.e., 3-4 days)?
- 3 = Most or all of the time (i.e., 5-7 days)?
- = No response

	Rarely	Some of of the time	Occasionally	Most of the time	No response
1. I was bothered by things that usually don't bother me	0	1	2	3	—
2. I did not feel like eating; my appetite was poor	0	1	2	3	—
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family and friends	0	1	2	3	—
*4. I felt that I was just as good as other people	3	2	1	0	—
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing	0	1	2	3	—
6. I felt depressed	0	1	2	3	—
7. I felt that everything I did was an effort	0	1	2	3	—
*8. I felt hopeful about the future	3	2	1	0	—
9. I thought my life had been a failure	0	1	2	3	—
10. I felt fearful	0	1	2	3	—
11. My sleep was restless	0	1	2	3	—
*12. I was happy	3	2	1	0	—
13. I talked less than usual	0	1	2	3	—
14. I felt lonely	0	1	2	3	—
15. People were unfriendly	0	1	2	3	—
*16. I enjoyed life	3	2	1	0	—
17. I had crying spells	0	1	2	3	—
18. I felt sad	0	1	2	3	—
19. I felt people disliked me	0	1	2	3	—
20. I could not get going	0	1	2	3	—

*Items are reverse-scored.

Range of scores 0–60, with higher scores indicating more depressive symptoms.

From Radloff LS: The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population, *Appl Psychol Measure* 2:385–401, 1977.



CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA (CSDD)

Asignación de puntaje

a = imposible evaluar 1 = leve moderado o intermitente 0 = ausente 2 = severo y / o permanente

PARA ASIGNAR PUNTAJE: Realice primero la entrevista al familiar o cuidador habitual. Cada ítem se interroga con explicaciones precisas para asegurarse de que el interlocutor entiende la pregunta. Asigne un puntaje provisorio. Luego examine e interroga al paciente siguiendo los ítems de test. Si existe discordancia entre su impresión clínica y lo relatado por el familiar o cuidador, reinterroga a este. En la asignación debe guiarse por un promedio de este relevamiento y su juicio clínico.

Asigne el puntaje basado en los síntomas y signos predominantes desde la semana previa a la entrevista, salvo en los ítems pérdida de interés, pérdida de energía, pérdida de peso en los que se considera desde 1 mes previa la entrevista. Si el paciente padece alguna condición física a la que son atribuibles los ítems, los mismos se deben puntuar 0. Si el paciente es un discapacitado severo o está severamente enfermo los ítems pérdida de peso, disminución de apetito, quejas somáticas, falta de energía se puntuar.

En quejas somáticas se deben excluir del interrogatorio las gastrointestinales. El ítem ideas suicidas se puntuar 1 si existen ideas de muerte 2 y si existen plan o intentos. Los antecedentes de intentos de autoeliminación no se consideran si el paciente no tiene actualmente ideas, intentos pasivos o activos

A- Humor

1. Ansiedad (Expresión ansiosa, rumiación, preocupaciones)	a	0	1	2
2. Tristeza (Expresión triste, voz triste, llanto-lagrimas)	a	0	1	2
3. Anhedonia (Falta de reacción a estímulos placenteros o cosas que habitualmente producen placer)	a	0	1	2
4. Irritabilidad (Fácilmente enojoso o molesto)	a	0	1	2

B- Trastornos de Conducta

5. Agitación (Inquietud, agitación, forcejeos bruscos, tironeo de cabello)	a	0	1	2
6. Inhibición (Lenguaje enlentecido, movimientos lentos, lentitud en reacciones)	a	0	1	2
7. Múltiples quejas somáticas (Puntea 0 si solo señala síntomas gastrointestinales)	a	0	1	2
8. Pérdida de interés (Parece menos involucrado en actividades cotidianas, habituales en el paciente. Se puntuar solo si existen cambios súbitos o recientes, ej. Menor un mes)	a	0	1	2

C- Signos Físicos

9. Pérdida de apetito (Come menos de lo habitual)	a	0	1	2
10. Pérdida de peso (Asigne 2 puntos si la pérdida es mayor a 2.5 kg. en un mes)	a	0	1	2
11. Pérdida de energía (Se fatiga fácilmente, incapaz de realizar actividades sostenidas. Se puntuar solo si el				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



cambio es agudo o reciente, ej. menor un mes)

a 0 1 2

D- Funciones Clínicas

12. Variación diurna del humor (Empeoramiento de síntomas en la mañana)	a	0	1	2
13. Dificultad en conciliar el sueño (Más tarde de lo habitual para ese paciente en particular)	a	0	1	2
14. Múltiples despertares nocturnas	a	0	1	2
15. Despertar temprano (Más temprano de lo habitual para ese paciente en particular)	a	0	1	2
16. Ideas suicidas (Sentimientos y deseos de morir, sentimientos hastíos, intentos)	a	0	1	2
17. Ideas de minusvalía (Pobre autoestima, sentimientos de haber Fallado, culpas)	a	0	1	2
18. Pesimismo (Ideas de pobreza, enfermedad, pérdida, no realista pero congruentes con el humor)	a	0	1	2
19. Ideas delirantes congruentes con el humor (Ideas de pobreza, enfermedad, pérdida, no realista pero congruentes con el humor)	a	0	1	2

Puntaje: 12 a 20 Puntos: Depresión Menor o Probable Trastorno Depresivo Mayor.

25 + / - Puntos: Depresión Mayor.



ESCALA CORTA DE DEPRESION POR OBSERVACION HAMMOND-O KEEFFE

1. Se observa al paciente, estar la mayor parte del tiempo triste, infeliz o deprimido.
2. Alguna vez el paciente presenta llanto o parece lloroso y triste.
3. El paciente parece estar agitado, inquieto (impaciente), o ansioso.
4. Paciente letárgico o reacio a moverse.
5. El paciente necesita de mucho ánimo para hacer cosas por ella (él).
6. El paciente parece reservado muestra mínimo interés en el entorno (social).

3 ó más = DEPRESION.



TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (DSM-5)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR (DSM-5)

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar:

Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero).

Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).

Grave: Totalmente dependiente.



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO LEVE (DSM-5)

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DSM-5)

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la **enfermedad de Alzheimer posible**.

- 1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
- 2. Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO FRONTOTEMPORAL MAYOR O LEVE (DSM-5)

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Aparece (1) o (2):

1. Variante de comportamiento:

- a. Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:
 - i. Desinhibición del comportamiento.
 - ii. Apatía o inercia.
 - iii. Pérdida de simpatía o empatía.
 - iv. Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.
 - v. Hiperoralidad y cambios dietéticos.
- b. Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.

2. Variante de lenguaje:

- a. Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.

D. Ausencia relativa de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.

E. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo frontotemporal probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario se diagnosticará un **trastorno neurocognitivo frontotemporal posible**:

- 1. Evidencias de una mutación genética causante de un trastorno neurocognitivo frontotemporal, ya sea en los antecedentes familiares o con una prueba genética.
- 2. Evidencias de una afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal en el diagnóstico por la imagen neurológica.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo frontotemporal posible** si no hay evidencias de una mutación genética y no se ha hecho un diagnóstico por la imagen neurológica.



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE CON CUERPOS DE LEWY (DSM-5)

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve probable, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales. Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve posible, con cuerpos de Lewy cuando el individuo presenta solamente una característica esencial o una o más características sugestivas.

1. Características diagnósticas esenciales:

- a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta.
- b. Alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas.
- c. Características espontáneas de parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive cognitivo.

2. Características diagnósticas sugestiva:

- a. Cumple el criterio de trastorno del comportamiento del sueño REM.
- b. Sensibilidad neuroléptica grave.

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO VASCULAR MAYOR O LEVE (DSM-5)

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:

1. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
2. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.

C. Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por la imagen neurológica, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.

D. Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular probable** si aparece alguno de los siguientes criterios, pero en caso contrario se diagnosticará un **trastorno neurocognitivo vascular posible**:

1. Los criterios clínicos se respaldan con evidencias de diagnóstico por la imagen neurológica en que aparece una lesión parenquimatosa significativa atribuida a una enfermedad cerebrovascular (respaldo de imagen neurológica).
2. El síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares documentados.
3. Existen evidencias de enfermedad cerebrovascular, tanto clínicas como genéticas (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía).

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular posible** si se cumplen los criterios clínicos, pero no existe diagnóstico por la imagen neurológica y no se ha establecido una relación temporal entre el síndrome neurocognitivo y uno o más episodios cerebrovasculares.



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A ENFERMEDAD DE PARKINSON (DSM-5)

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
- C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido la enfermedad de Parkinson** si se cumplen los criterios 1 y 2. Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido la enfermedad de Parkinson** si solo se cumple el criterio 1 o 2:

1. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
2. La enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del trastorno neurocognitivo.



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A INFECCION POR VIH (DSM-5)

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Existe una infección documentada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- C. El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por otra afección distinta de un VIH, incluidas enfermedades cerebrales secundarias como una leucoencefalopatía multifocal progresiva o una meningitis criptocócica.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.



TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR O LEVE DEBIDO A ENFERMEDAD POR PRIONES (DSM-5)

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Es habitual que el trastorno presente un inicio insidioso y una progresión rápida.
- C. Existen características motoras de una enfermedad por priones, como mioclonos o ataxia, o evidencias del biomarcador.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



BIOLOGICA





INCONTINENCE SEVERITY INDEX (SANDVIK'S)

Tabla 1. *Incontinence Severity Index (Sandvik's)*

A. ¿Cuántas veces experimenta pérdidas urinarias?

0. Nunca
1. Menos de una vez por mes
2. Unas pocas veces al mes
3. Unas pocas veces a la semana
4. Cada día o noche

B. ¿Qué cantidad de orina pierde cada vez?

0. Nunca
1. Gotas
2. Pequeños chorros
3. Chorros grandes

Puntuación total = Valor de A × Valor de B

Puntuación: Leve de 1 a 2, Moderada de 3 a 6, Severa 7 a 9, muy severa 10 a 12



AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION (AUA) SYMPTOM INDEX

Last Name	First Name	Date
-----------	------------	------

Mark the response correct for you and type in your score in the far right box for all SEVEN questions.

1. **Incomplete emptying:** Over the past month, how often have you had a sensation of not emptying your bladder completely after you finished urinating?

Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Your Score
0	1	2	3	4	5	

2. **Frequency:** Over the past month, how often have you had to urinate again less than 2 hours after you finished urinating?

Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Your Score
0	1	2	3	4	5	

3. **Intermittency:** Over the past month, how often have you found that you stopped and started again several times when you urinated?

Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Your Score
0	1	2	3	4	5	

4. **Urgency:** Over the past month, how often have you found it difficult to postpone urination?

Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Your Score
0	1	2	3	4	5	

5. **Weak stream:** Over the past month, how often have you had a weak stream?

Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Your Score
0	1	2	3	4	5	

6. **Straining:** Over the past month, how often have you had to push or strain to begin urination?

Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Your Score
0	1	2	3	4	5	

7. **Nocturia:** Over the past month or so, how many times did you get up to urinate from the time you went to bed until the time you got up in the morning?

None	1 time	2 times	3 times	4 times	5 or more times	Your Score
0	1	2	3	4	5	

Add up your scores for total AUA score = _____

Quality of Life Due to Urinary Symptoms: If you were to spend the rest of your life with your urinary condition just the way it is now, how would you feel about that? (Bold, Highlight, or Underline)

Delighted Pleased Mostly satisfied Mixed Mostly dissatisfied Unhappy Terrible

Scores: Items are scored as follows: 0 points = not at all, 1 point = less than 1 in 5 times (<20%), 2 points = less than half the time (<50%), 3 points = about half the time (50%), 4 points = more than half the time (>50%), 5 points = almost always (>80%). Scores for the seven items are summed for a total score. Suggested interpretation for total scores is as follows: < 7 = mild benign prostatic hyperplasia (BPH) symptoms; 8 to 19 = moderate BPH symptoms; >20 = severe BPH symptoms.

The American Urological Association (AUA) Symptom Index is widely available online for downloading and can be found at http://www.prostate-cancer.org/tools/forms/aua_symptom_form.html.





INCONTINENCE IMPACT QUESTIONNAIRE (IIQ-7)

Has urine leakage affected your:

("X" one for each question)

	Not at all	Slightly	Moderately	Greatly
1. Ability to do household chores (cooking, housecleaning, laundry)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Physical recreation such as walking, swimming, or other exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entertainment activities (movies, concerts, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ability to travel by car or bus more than 30 minutes from home?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Participation in social activities outside your house?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Emotional health (nervousness, depression, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Feeling frustrated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



UROGENITAL DISTRESS INVENTORY (UDI-6)

Do you experience, and if so,
 how much are you bothered by:

("X" one for each question)

	Not at all	Slightly	Moderately	Greatly
1. Frequent urination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Urine leakage related to the feeling of urgency?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Urine leakage related to physical activity, coughing, or sneezing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Small amounts of urine leakage drops?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Difficulty emptying your bladder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pain or discomfort in the lower abdominal or genital area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

From Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, et al: Health-related quality-of-life measures for women with urinary incontinence, *Qual Life Res* 3(5):291-306, 1994.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL (ROMA III)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL (ROMA III):

Criterios que se cumplan en los últimos 3 meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

1. Debe incluir 2 o más de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| a. Realizar esfuerzo o pujo al defecar al menos en 25% de las defecaciones. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b. Heces duras ó gruesas al menos en 25% de las defecaciones. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c. Sensación de defecación incompleta al menos en 25% de las defecaciones. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| d. Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal al menos en 25% de las defecaciones. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e. Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en 25% de las defecaciones (ej; evacuación digital, apoyo al piso pélvico). | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| f. Menos de 3 deposiciones a la semana. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

2. Heces suaves raro se presentan sin el uso de laxantes. Sí No

3. Hay criterios insuficientes para diagnosticar intestino irritable. Sí No

¿Cuenta el paciente con evidencia de **Estreñimiento Funcional**? Sí No



FENOTIPO DE FRAGILIDAD FRIED

Table 1. Operationalizing a Phenotype of Frailty

A. Characteristics of Frailty	B. Cardiovascular Health Study Measure*
Shrinking: Weight loss (unintentional) Sarcopenia (loss of muscle mass)	Baseline: >10 lbs lost unintentionally in prior year
Weakness	Grip strength: lowest 20% (by gender, body mass index)
Poor endurance; Exhaustion Slowness	“Exhaustion” (self-report) Walking time/15 feet: slowest 20% (by gender, height)
Low activity	Kcals/week: lowest 20% males: <383 Kcals/week females: <270 Kcals/week
	C. Presence of Frailty
	Positive for frailty phenotype: ≥3 criteria present
	Intermediate or prefrail: 1 or 2 criteria present

*See Appendix.

Appendix

Criteria Used to Define Frailty

- **Weight loss:** “In the last year, have you lost more than 10 pounds unintentionally (i.e., not due to dieting or exercise)?” If yes, then frail for weight loss criterion. At follow-up, weight loss was calculated as: (Weight in previous year – current measured weight)/(weight in previous year) = K. If $K \geq 0.05$ and the subject does not report that he/she was trying to lose weight (i.e., unintentional weight loss of at least 5% of previous year’s body weight), then frail for weight loss = Yes.
- **Exhaustion:** Using the CES-D Depression Scale, the following two statements are read. (a) I felt that everything I did was an effort; (b) I could not get going. The question is asked “How often in the last week did you feel this way?” 0 = rarely or none of the time (<1 day), 1 = some or a little of the time (1–2 days), 2 = a moderate amount of the time (3–4 days), or 3 = most of the time. Subjects answering “2” or “3” to either of these questions are categorized as frail by the exhaustion criterion.
- **Physical Activity:** Based on the short version of the Minnesota Leisure Time Activity questionnaire, asking about walking, chores (moderately strenuous), mowing the lawn, raking, gardening, hiking, jogging, biking, exercise cycling, dancing, aerobics, bowling, golf, singles tennis, doubles tennis, racquetball, calisthenics, swimming. Kcals per week expended are calculated using standardized algorithm. This variable is stratified by gender.
Men: Those with Kcals of physical activity per week <383 are frail.
Women: Those with Kcals per week <270 are frail.
- **Walk Time, stratified by gender and height (gender-specific cutoff a medium height).**

<i>Men</i>	<i>Cutoff for Time to Walk 15 feet criterion for frailty</i>
Height ≤ 173 cm	≥7 seconds
Height > 173 cm	≥6 seconds
<i>Women</i>	
Height ≤ 159 cm	≥7 seconds
Height > 159 cm	≥6 seconds
- **Grip Strength, stratified by gender and body mass index (BMI) quartiles:**

<i>Men</i>	<i>Cutoff for grip strength (Kg) criterion for frailty</i>
BMI ≤ 24	≤29
BMI 24.1–26	≤30
BMI 26.1–28	≤30
BMI > 28	≤32
<i>Women</i>	
BMI ≤ 23	≤17
BMI 23.1–26	≤17.3
BMI 26.1–29	≤18
BMI > 29	≤21



CUESTIONARIO DE TAMIZAJE FAIL

FATIGA	¿Está usted fatigado?
RESISTENCIA	¿Puede subir un piso de escaleras/gradas?
AEROBICO	¿Puede caminar una cuadra?
ENFERMEDAD	¿Tiene usted más de cinco enfermedades?
PERDIDA DE PESO	¿Ha perdido más de 5% de su peso en los últimos seis meses?

*3 o más es frágil; 1-2 es prefrágil.

CRITERIOS DE FRAGILIDAD

ITEM	
Pérdida de peso	Perdida no intencionada de 4.5 kg en el último año o peso a la exploración menor de 10% del peso a la exploración a los 60 años.
Fatigabilidad	Autorreporte de fatiga o cansancio inusual o debilidad en el último mes.
Actividad física	Frecuencia y duración de actividades físicas (caminar, tareas extenuantes del hogar, tareas extenuantes fuera de la casa, baile, ejercicio entre otros).
Velocidad de la marcha	Caminar 4 metros en más de 7 segundos si la estatura es menor de 159 cm o más de 6 segundos si la estatura es mayor de 159 cm
Debilidad	Fuerza de prensión (kg) según IMC

*Tres o más es frágil; 1-2 Prefrágil.

CRITERIOS DE FRIED PARA EL FENOTIPO DE SINDROME DE FRAGILIDAD

Pérdida de peso involuntario de al menos 5 kg durante el año presente
Autorreporte de agotamiento
Disminución de la fuerza muscular (evaluado con dinamómetro)
Actividad física reducida
Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo)

**Ningún criterio = Robusto; 1-2 criterios = Prefrágil; 3 o más = Frágil

PREDICTORES DE MORTALIDAD DE LA RECUPERACION FALLIDA

Pérdida de peso más de 15% en relación con el peso habitual
Pérdida ponderal de 5 kg
Hipoalbuminemia menos de 3 g/dL **Incremento de 2-4 veces el riesgo de mortalidad
Hipocolesterolemia <50 mg/Dl

CRITERIOS DE ENSUD PARA EL FENOTIPO DE SINDROME DE FRAGILIDAD

Pérdida de peso de 5% o mayor en los últimos tres años
Inhabilidad para levantarse de una silla 5 veces de una silla sin empleo de los brazos
Pobre energía identificando con una respuesta negativa a la pregunta ¿Se siente usted lleno de energía?

**Ningún criterio = Robusto; un criterio = Prefrágil; 2 o más criterios = frágil

ECUACION CHUMLEA

MUJER
Peso = (CB x 0.98) + (CP x 1.27) + (PSE x 0.4) + (AR x 0.87) – 62.35
HOMBRE
Peso = (CB x 1.73) + (CP x 0.98) + (PSE x 0.37) + (AR x 1.16) – 81.69



Chumlea ayuda a estimar el peso y luego se estima IMC.

CB= Circunferencia Brazo

CP= Circunferencia Pantorrilla

PSE= Pliegue Subescapular (Subscapular skinfold)

AR = Altura de la Rodilla



PUNTOS DE CORTE FUERZA PRENSIL (Coyoacan Cohort)

	CC	
	Male	Female
<i>Height mean</i>	1.62	1.47
<i>BMI Q1</i>	<22.9	<23.95
<i>BMI Q2</i>	22.9-26.09	23.95-27.18
<i>BMI Q3</i>	26.1-28.83	27.2-30.1
<i>BMI Q4</i>	>28.83	>30.1

Table 2 Comparison of the brief screens for sarcopenia and frailty

(a) SARC-F			(b) FRAIL
Component	Question	Scoring	
Strength	How much difficulty do you have in lifting and carrying 10 lb?	None=0 Some=1 A lot or unable=2	Fatigue Resistance (Can you climb a flight of stairs?) Aerobic (Can you walk a block?)
Assistance in walking	How much difficulty do you have walking across a room?	None=0 Some=1 A lot, use aids, or unable=2	Illness (>5) Loss of weight (5% in 6 months) (three or more positive answers = frail; one or two positive answers = prefrail)
Rise from a chair	How much difficulty do you have transferring from a chair or bed?	None=0 Some=1 A lot or unable without help=2	
Climb stairs	How much difficulty do you have climbing a flight of 10 stairs?	None=0 Some=1 A lot or unable=2	
Falls	How many times have you fallen in the past year?	None=0 1-3 falls=1 ≥4 falls=2	



SARCOPENIA

Table 3. Estadios conceptuales de la sarcopenia según el EWGSOP

Estadio	Masa muscular	Fuerza muscular	Rendimiento físico
Presarcopenia	↓		
Sarcopenia	↓↓	↓	Or ↓
Sarcopenia grave	↓↓↓	↓	

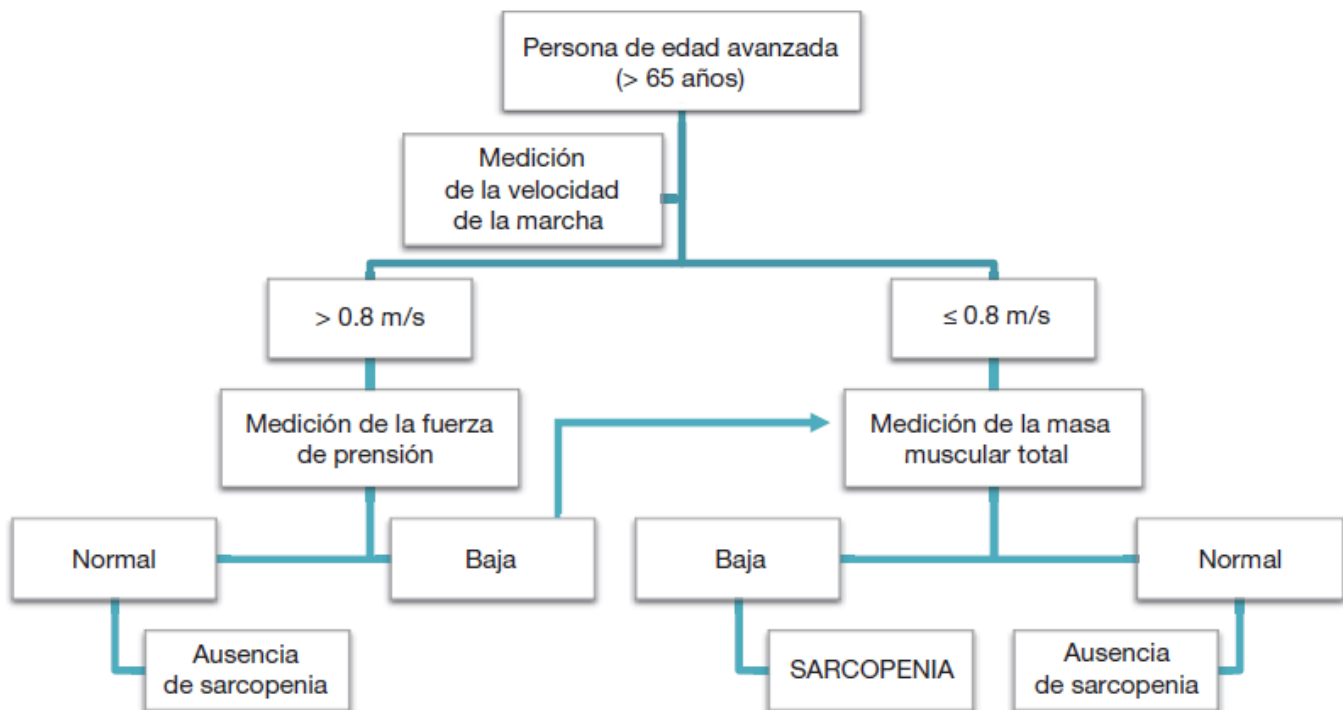


Figura 2 Algoritmo para la detección de sarcopenia en personas mayores de 65 años de edad.



SARC-F

Fuerza	¿Cuánta dificultad tiene para levantar y llevar 4.5 kilogramos?	Ninguna = 0 Algo = 1 Mucho = 2
Asistencia para caminar	¿Cuánta dificultad tiene para caminar en una habitación?	Ninguna = 0 Algo = 1 Mucho, usa ayuda o no puede = 2
Levantarse de una silla	¿Cuánta dificultad tienes para levantarse de una silla?	Ninguna = 0 Algo = 1 Mucho = 2
Subir escaleras	¿Cuánta dificultad tienes para subir un tramo de 10 escaleras?	Ninguna = 0 Algo = 1 Mucho = 2
Caídas	¿Cuántas veces has caído en el último año?	Ninguna = 0 1-3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

0-3 No sarcopenia; más de 4 Sarcopenia



SARC-F

Fuerza	Ninguna Algo Mucho
Asistencia para caminar	Ninguna Algo Mucho, usa ayuda o no puede
Levantarse de una silla	Ninguna Algo Mucho
Subir escaleras	Ninguna Algo Mucho
Caídas	Ninguna 1-3 caídas 4 o más caídas



MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT TEST (MNA)


Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

A	¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses? 0 = Ha comido mucho menos 1 = Ha comido menos 2 = Ha comido igual	
B	Pérdida reciente de peso (menos de tres meses) 0 = Pérdida de peso más de tres kilogramos 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kilogramos 3 = No ha habido pérdida de peso	
C	Movilidad 0 = De la cama al sillón 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del domicilio	
D	¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses? 0 = Si 1 = No	
E	Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o Depresión Grave 1 = Demencia Moderada 2 = Sin problemas psicológicos	
F	Índice de Masa Corporal (IMC) 0 = Menor de 19 1 = De 20 a 21 2 = De 22 a 23 3 = Mayor de 23	
	EVALUACION DEL CRIBAJE Subtotal de puntos (México 14) 12-14 puntos Estado Nutricional Normal 8-11 puntos Riesgo de Malnutrición 0-7 puntos Malnutrición Evaluación Detallada, continuar con las preguntas G-R.	
G	¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = No 1 = Si	
H	¿Toma más de tres medicamentos al día? 0 = No 1 = Si	
I	¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = No 1 = Si	

J	¿Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
K	Respecto al consumo del paciente ¿Productos lácteos al menos una vez al día? ¿Huevos o legumbre 1 o 2 veces a la semana? ¿Carne, pescado o aves diariamente? 0 = 0-1 sí 0.5 = 2 sí 1 = 3 sí	
L	¿Consumo frutas o verduras al menos dos veces al día? 0 = No 1 = Si	
M	¿Cuántos vasos con agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza, etcétera). 0 = menos de tres vasos 0.5 = de tres a cinco vasos 1 = más de cinco vasos	
N	Forma de alimentarse 0 = Necesita ayuda 1 = Se alienta solo con dificultad 2 = Se alimenta solo sin dificultad	
O	¿Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = Malnutrición grave 1 = No lo sabe o malnutrición moderada 2 = Sin problemas de nutrición	
P	En comparación con las personas de su edad ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0 = Peor 0.5 = No lo sabe 1 = Igual 2 = Mejor	
Q	Circunferencia braquial (CB en cm) 0 = CB <20 0.5 = 21-22 1 = CB > 23	
R	Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP <31 1 = CP >31	
	EVALUACION (máximo 16 puntos)	
	CRIBAJE	
	EVALUACION GLOBAL (máximo 30 puntos)	
	EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL De 24 a 30 puntos Estado Nutricional Normal De 17 a 23.5 puntos Riesgo de Malnutrición Menos de 17 puntos Malnutrición	

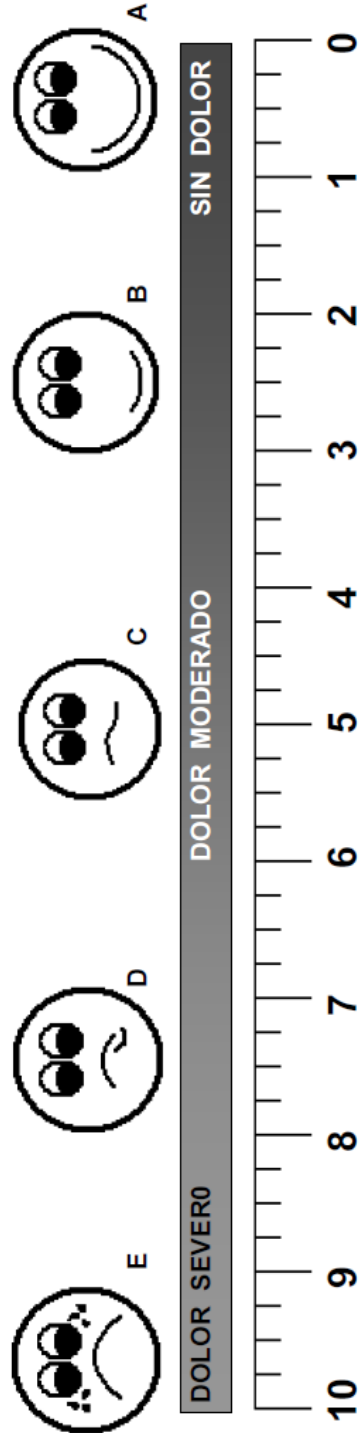


ALGORITMO DESNUTRICION

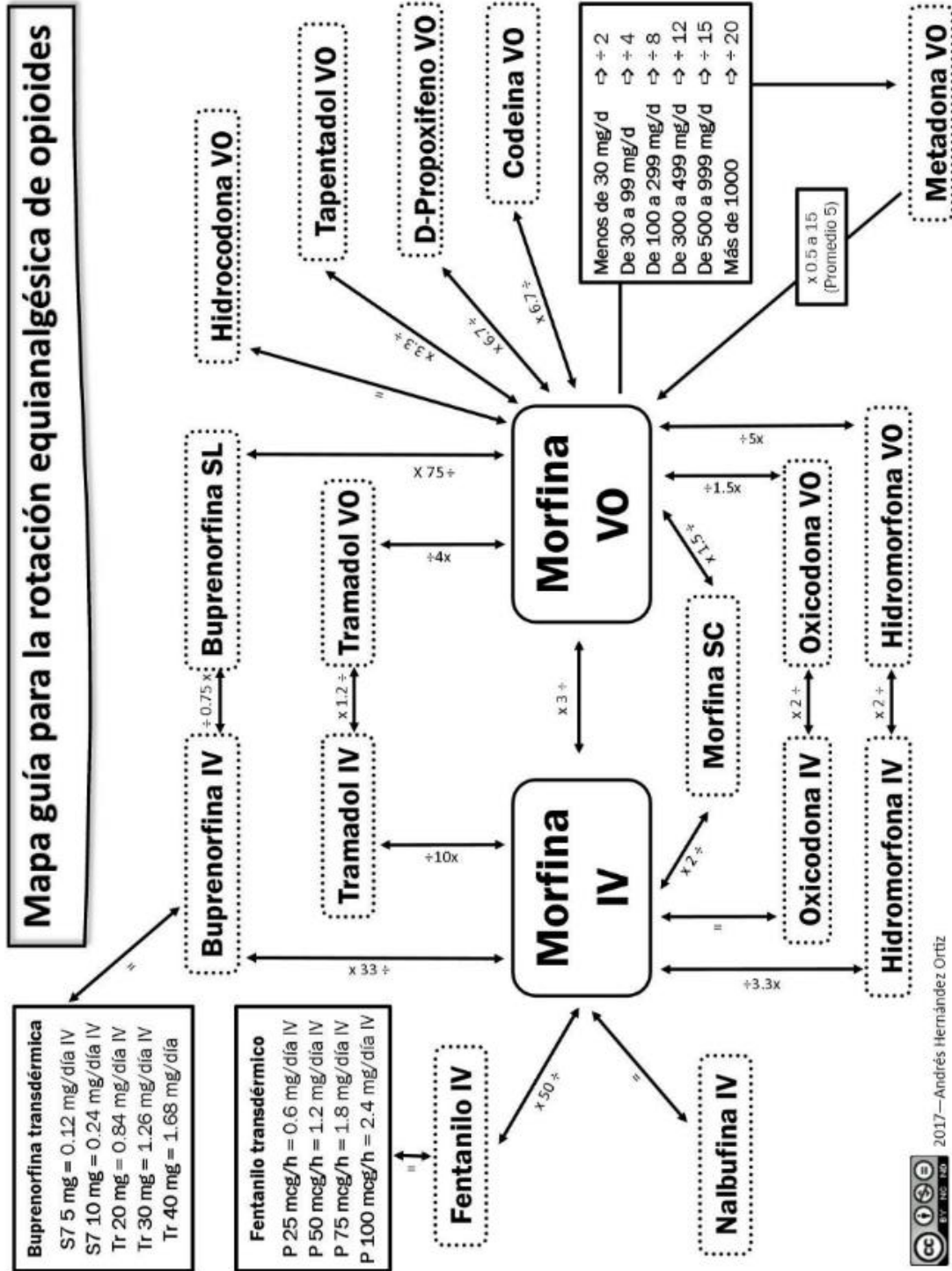
ANEXO 4 MUST <i>(Malnutrition Universal Screening Tool)</i>			
IMC (kg/m ²)	Pérdida ponderal 3 ó 6 meses previos	Consecuencia de enfermedad aguda	
0 > 20,0	0 < 5 %	Añadir 2 puntos si se objetiva o prevé una ausencia de ingesta alimentaria superior a 5 días o enfermo que cause con estrés metabólico	
1 - 18,5 - 20,0	1 - 5 - 10 %		
2 < 18,5	2 > 10 %		
 <i>Añadir puntuaciones</i>			
RIESGO DE DESNUTRICIÓN			
	0 - BAJO <i>Cuidados habituales</i>	1 - MEDIO <i>Observación</i>	> 2 - ELEVADO <i>Tratamiento</i>
HOSPITAL	<i>Semanales</i>	<i>Historia dietética de 3 días</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avisar a profesional especializado • Mantener suplementación
RESIDENCIA	<i>Menstrales</i>	<i>Historia dietética de 3 días</i>	
DOMICILIO	<i>Anuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir diagnóstico • Recomendaciones nutricionales si precisa 	



SINDROME DOLOROSO



ROTACION EQUIANALGESICA DE OPIOIDES





ESQUEMA DE VACUNACION RECOMENDADA PARA ADULTOS 2016 CDC

INFORMACIÓN PARA PACIENTES ADULTOS 2016 - Vacunas recomendadas para adultos según la edad

Si su edad es,

hable con su profesional de salud acerca de estas vacunas

	Influenza (gripe)	Td/Tdap Tétanos, difteria, tosferina	Culebrilla Herpes zoster	Antineumocócica		Antimeningocócica		MMR Sarampión, paperas, rubéola	VPH Virus del papiloma humano		Varicela	Hepatitis A	Hepatitis B	Hib Haemophilus influenzae tipo b
				PCV13	PPSV23	MenACWY o MPSV4	MenB		para mujeres	para hombres				
60 - 64 años	Green	Green	Green	Blue	Blue	Blue	Blue				Green	Blue	Blue	Blue
65+ años	Green	Green	Green	Blue	Blue	Blue	Blue				Green	Blue	Blue	Blue

Más Información

Usted debe recibir la vacuna contra la influenza todos los años.

Usted debe recibir una dosis de refuerzo de la Td cada 10 años. También necesita 1 dosis de la Tdap. Las mujeres deben recibir la vacuna Tdap durante cada embarazo para proteger al bebé.

Usted debe recibir la vacuna contra la culebrilla, aunque ya haya tenido esa enfermedad.

Usted debe recibir 1 dosis de la PCV13 y al menos 1 dosis de la PPSV23 dependiendo de su edad y estado de salud.

Usted debe recibir esta vacuna si no la recibió cuando era niño.

Usted debe recibir la vacuna contra el VPH si no ha completado la serie y es una mujer de hasta 26 años o un hombre de hasta 21 años.



Recomendada para usted: Esta vacuna se recomienda para usted **a menos** que su profesional de salud le diga que no es seguro recibirla o que no la necesita.



Puede ser recomendada para usted: Esta vacuna se recomienda para usted, si tiene ciertos factores de riesgo debido a su salud, trabajo o estilo de vida que no se mencionan aquí. Hable con su profesional de salud para saber si necesita esta vacuna.

Si va a viajar fuera de los Estados Unidos, puede que necesite vacunas adicionales.
 Al menos 6 semanas antes de su viaje, pregúntele a su profesional de salud cuáles vacunas puede necesitar.

Para obtener más información, llame al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636) o visite www.cdc.gov/espanol/vacunas



U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Disease Control and Prevention





ANTROPOMETRIA

CALCULO DE PESO IDEAL

INDICE DE BROCA

Peso ideal = talla (cm) – 100

METROPOLITAN LIFE INSURANCE

Peso ideal = [talla (cm) - 150] x 0,75 + 50 [(edad-20) /20]

LORENZ EN HOMBRES

Peso ideal = talla (cm) – 100 [(talla – 150) /4]

LORENZ EN MUJERES

Peso ideal = talla (cm) – 100 [(talla – 150) /2.5]

% Pérdida de peso = [peso habitual (kg) – peso actual (kg) / peso habitual] x 100

TIEMPO	1 MES	3 MESES	6 MESES
Pérdida significativa	5%	7.5%	10%
Perdida severa	>5%	>7.5%	>10%

% Pérdida de peso habitual = peso actual (kg) / peso habitual (kg) x 100

NORMAL	DESNUTRICION LEVE	DESNUTRICION MODERADA	DESNUTRICION SEVERA
96-109	85-95	75-84	<75

FORMULAS DETERMINAR TALLA

FORMULA ALTURA RODILLA -TALON DE CHUMLEA

Para la talla del hombre = (2.02 x altura de rodilla) – (0.04 x edad) + 64.19

Para la talla de la mujer = (1.83 x altura de rodilla) – (0.24 x edad) + 84.88

FORMULA RODILLA -MALEOLO DE ARANGO ZAMORA

Para la talla del hombre (cm) = (LRM x 1.121) – (0.117 x edad) + 119.6

Para la talla de la mujer (cm) = (LRM x 1.263) – (0.159 x edad) + 107.7

VALORACION NUTRICIONAL	IMC	VALORACION NUTRICIONAL	IMC
Desnutrición severa	<16 kg/m ²	Obesidad grado I	30-34.9 kg/m ²
Desnutrición moderada	16-16.9 kg/m ²	Obesidad grado II	35-39.9 kg/m ²
Desnutrición leve	17-18.4 kg/m ²	Obesidad grado III	40-49.9 kg/m ²
Peso insuficiente	18.5-22 kg/m ²	Obesidad grado IV	50 kg/m ²
Normopeso	22-29.9 kg/m ²		
Sobrepeso	27-29.9 kg/m ²		

PLIEGUES

Tricipital
Suprailíaco
Subescapular
Bicipital

PORCENTAJE CORPORAL DE GRASA

FORMULA DE SIRI

Densidad corporal = C - M x log de los pliegues (mm)

C = 1.1143 (para el varón) y 1.1278 (para la mujer)

M = 0.0618 (para el varón) y 0.0775 (para la mujer)

Porcentaje de grasa corporal = (4.95/Densidad corporal – 4.50) x 100

FORMULA DE LOHMAN

Grasa corporal total = 0.135 x peso (kg) + 0.373 x PCT (mm) + 0.389 x PSE – 3.967

PSE = Pliegue subescapular

PCT = Pliegue Tricipital

PERIMETROS

Se toma la extremidad no dominante.



Perímetro muscular del brazo = (Perímetro del brazo no dominante - \square) x Pliegue Tricipital del brazo no dominante

Área del brazo = Perímetro del brazo no dominante $2/4 \square$

Área muscular del brazo = (Perímetro del brazo no dominante - \square) x Pliegue Tricipital del brazo no dominante $2/4 \square$

Para corregir la fórmula

Varones se resta 10

Mujeres se resta 6.5

Área grasa del brazo = Área del Brazo – Área muscular del brazo

Índice adiposo muscular = Área grasa del Brazo / Área muscular del brazo

COMPOSICION CORPORAL ANCIANO

Grasa 30%

Tejidos y hueso 17%

H₂O intracelular 33%

H₂O extracelular 20%

MARCADORES BIOQUIMICOS DE DESNUTRICION

Albumina. Marcador de mortalidad y úlceras por presión.

- Normalidad más de 53 g/L
- Desnutrición leve. 28-35 g/L
- Desnutrición moderada 21-27 g/L
- Desnutrición severa menos de 21 g/L

Transferrina

- 150-175 mg/Dl desnutrición leve.
- 100-150 mg/Dl desnutrición moderada
- Menor de 100 mg/Dl desnutrición severa

Pre albumina

- Normalidad más de 17-29 mg/L
- Desnutrición leve. 10-15 mg/L
- Desnutrición moderada 5-10 mg/L
- Desnutrición severa menos de 5 mg/L

Proteína ligada al retinol

Linfocitos

- Normalidad mayor de 1800 mm³
 - Desnutrición leve 120-1800 mm³
 - Desnutrición moderada 80-1199 mm³
 - Desnutrición severa <800 mm³
- Colesterol total
- Desnutrición menor de 3.36 mmol/L

Factores asociados con desnutrición

- Circunferencia de pantorrilla menor de 31 cm (OR 25,49)
- Albumina sérica menor de 3.5 mg/Dl (OR 4,54)

Factores protectores

- Colesterol OR 0.29

INDICE DE RIESGO NUTRICIONAL GERIATRICO (IRNG)

IRNG = (1.489 x albumina g/L) + (41.7x pes actual / peso ideal)

Riesgo grave menor de 82

Riesgo moderado 82 a 92

Riesgo leve 92 a 98

No riesgo mayor de 98



ANDROGEN DEFICIENCY IN AGING MALES ADAM QUESTIONNAIRE

Choose the answers below that best describe how you have been feeling. Answers will help your health care provider and you to better manage your medical needs.

1. Do you have a decrease in libido (sex drive)?	Yes	No
2. Do you have a lack of energy?	Yes	No
3. Do you have a decrease in strength and/or endurance?	Yes	No
4. Have you lost height?	Yes	No
5. Have you noticed a decreased "enjoyment of life?"	Yes	No
6. Are you sad and/or grumpy?	Yes	No
7. Are your erections less strong?	Yes	No
8. Have you noticed a recent deterioration in your ability to play sports?	Yes	No
9. Are you falling asleep after dinner?	Yes	No
10. Has there been a recent deterioration in your work performance?	Yes	No

Any man answering yes to #1, #7, or any three others has a high likelihood of having a low testosterone level.

From Morley JE, Perry HM: Androgen deficiency in aging men, *Med Clin North Am*, 83(5):127-289, 1999.



BURKE DYSPHAGIA SCREENING TEST

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Has the patient had a bilateral stroke? | Yes | No |
| 2. Has the patient had a stroke involving the brainstem? | Yes | No |
| 3. Does the patient have a history of pneumonia during the acute stroke phase? | Yes | No |
| 4. Does the patient have coughing associated with feeding or during a 3-ounce water swallow test? | Yes | No |
| 5. Does the patient persistently fail to consume at least one half of meals? | Yes | No |
| 6. Is prolonged time required for feeding the patient? | Yes | No |
| 7. Is a non-oral feeding program in progress for the patient? | Yes | No |

Score: A "yes" response to one or more items is a positive screen.

From DePippo KL, Holas MA, Reding MJ: The Burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke, *Arch Phys Med Rehabil* 75(2):1284-1286, 1994. Reprinted with permission from American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Also described online at <http://www.medal.org/ch8.html>.



SINDROME DE CAIDAS

1. ¿Se ha caído el paciente en el último año? Sí No ¿Cuántas?

2. En el último evento:

a) ¿Necesitó ser levantado/a? Sí No

b) ¿Perdió el conocimiento? Sí No

c) ¿En que circunstancia sucedió? _____

1. ¿Utiliza auxiliar de la marcha? Sí No

2. ¿Qué auxiliar utiliza?

Bastón 1 pata Bastón 4 patas Andadera con ruedas

Andadera Delta con ruedas Otro: _____

3. ¿Utiliza Silla de Ruedas? Sí No



ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DOWNTON

	No	Si
Caídas previas		
Medicamentos		
ninguno		
diuréticos		
antiparkinsonianos		
tranquilizantes		
hipotensores no diuréticos		
antidepresivos		
Déficit sensorial		
ninguno		
alteraciones auditivas		
alteraciones visuales		
En miembros (ictus, neuropatías.....)		
Estado mental		
orientado		
confuso		
Marcha		
segura con ayuda		
insegura con/sin ayuda		
imposible		

Escala de riesgo de caídas (JH Downton)

Valora alto riesgo de caídas con tres o más puntos (sumamos un punto por cada ítem con asterisco)



TEST DE EVALUACION DE RIEGO DE CAIDAS PARA ANCIANOS EN COMUNIDAD (EFST)

PARTE I: Historia previa de caídas (referidas por el paciente)

0. Después de definir una caída, interrogue: ¿Cuántas veces se ha caído en el último año?
0 – 1 caídas = 0 punto
2 o más caídas = 1 punto
1. En aquellos casos con antecedentes en el año previo, interrogue: ¿Se lastimó en alguna de estas oportunidades?
Caídas sin daño en ningún episodio = 0 punto
Caídas con cualquier tipo de daño = 1 punto
(heridas de partes blandas, fractura)
2. En todos los casos interrogue: ¿Cuan frecuentemente le parece que se va a caer pero logra manejar la situación y no se cae?
Nunca o raramente = 0 punto
Ocasionalmente o frecuentemente = 1 punto

PARTE II: Observación de la marcha por el entrevistador

Solicite al paciente que camine a paso normal una distancia de 5 (cinco) metros y cronometre el tiempo en segundos en recorres dicha distancia.

3. Velocidad de la marcha:
Recorre el trayecto en 10 o menos segundos = 0 punto
Recorre el trayecto en más de 10 segundos = 1 punto
4. Características de la marcha:
La marcha es constante, en línea recta y levanta completamente el pie en cada paso = 1 punto
La marcha es irregular u oscilante, aumenta La base de sustentación, es insegura = 1 punto

Puntaje: Menos de 2 puntos = bajo riesgo de caídas

2 o más puntos = alto riesgo de caídas.



LISTA DE VERIFICACION DE RIESGO DE CAIDA EN EL HOGAR

TAREAS DOMESTICAS

- ¿Se limpian las salpicaduras tan pronto como se producen?
- ¿Se mantiene limpio y sin obstáculos los suelos y las escaleras?
- ¿Guarda los libros, revistas y material de costura y juguetes de los niños tan pronto como acaban de usarlos?
- ¿Guardan con frecuencia los objetos usados en estantes accesibles?
- ¿Maneja adecuadamente el teléfono, tiene a la mano teléfono de familiares me, medico, ambulancia, bomberos y policía?
- ¿Se guardan los instrumentos de jardín y mangueras después de usarlos?
- ¿Se mantienen los pasajes, escalones y terrazas libres de hojas mojadas o agua?
- ¿Cuenta con tapetes en las entradas?

SUELOS

- ¿Produce que todas las alfombras pequeñas tengan dorso antideslizante?
- ¿Están bien fijos los bordes de las alfombras?
- ¿Existen desniveles del suelo?
- ¿Los pasillos y corredores exteriores están libres de grietas?
- ¿Se aleja de los pisos mojados hasta que se seca?
- ¿Ha eliminado los tapetes pequeños al inicio y final de escaleras?
- ¿Los tapetes y alfombras están libres de desgarros y otros defectos?
- ¿Tiene alfombras de pelo corto y denso?
- ¿Los pisos se enceran y están resbalosos?

BAÑOS

- ¿Tiene alfombra o adhesivo antideslizante en la bañera o la regadera?
- ¿Tiene barandilla su baño?
- ¿Mantiene el jabón en una jabonera de fácil acceso?
- ¿Son de fácil acceso las toallas u otros objetos de uso en el baño?
- ¿Usan cortina en su bañera para evitar mojar el piso del baño?
- ¿Tiene el interruptor del baño al lado de la puerta?

PASILLOS

- ¿Puede cruzar todas las habitaciones y pasar de una a otra sin dar vueltas alrededor de los muebles?
- ¿Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el baño?
- ¿Hay cables del teléfono y de otros aparatos en el camino?

ILUMINACION

- ¿Hay interruptores cerca de todas las puertas?
- ¿Tiene iluminaciones suficientes para eliminar las áreas oscuras?
- ¿Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama?
- ¿Tiene luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño?
- ¿Está bien iluminadas las escaleras?
- ¿Tiene interruptor al principio y al final de las escaleras?

SILLAS

- ¿Evita usted las escaleras para alcanzar anaqueles altos?
- ¿Usa usted una silla fuerte para alcanzar anaqueles altos?
- ¿Están todas las sillas en buen estado?

ESCALERAS

- ¿Tiene barandal seguro de ambos lados y a todo lo largo?
- ¿Están bien separados los barandales de las paredes de modo que usted se puede sujetar bien?
- ¿Tienen los barandales una forma bien definida de modo que usted sepa cuando llegar al final de la escalera?
- ¿Están las escaleras en buen estado?
- ¿Están todos los bordes de la escalera bien sujetos y en buen estado?
- ¿Ha sustituido usted los niveles por rampas y los ha iluminado bien?
- ¿Es de poca pendiente su escalera?
- ¿Es ancha como para no tropezar con alguien que suba o baje al mismo tiempo?
- ¿Están libres de escalones irregulares?
- ¿Las alfombras y molduras están bien ajustadas y en buen estado?



- ¿Posee un banquillo para alcanzar objetos elevados?
- ¿Están las escaleras de mano y banquillos en buen estado?
- ¿Antes de subir una escalera de mano, se cerciora de que está bien abierta y los separadores asegurados?
- Cuando usa una escalera ¿Lo hace de frente a los escalones?
- ¿Evita permanecer de pie en el último escalón de una escalera de mano?
- ¿Apoya siempre la silla en una base firme y nivelada?
- Cuando usa una escalera o silla ¿Lo hace mirando los escalones y manteniendo el cuerpo nivelado?
- ¿Usa las sillas sin descansar brazos?
- ¿Evita las sillas con respaldos demasiado bajos?

COCINA

- ¿Coloca los utensilios más usados a la altura de la cintura?
- ¿Las puertas de los armarios están a la altura del pecho?
- ¿Identifica claramente el encendido y apagado de la cocina?
- ¿Evita las mesas con patas inseguras?
- ¿Existen adornos o mesas con trípodes o pedestal?

CALZADO

- ¿Tienen sus zapatos con suela o tacones que eviten los deslizamientos?
- ¿Utiliza zapatillas bien ajustadas y que no se salga del pie?
- ¿Evita caminar descalzo?
- ¿Utiliza zapato bajo y cómodo para trabajar en la casa o en el jardín?
- ¿Cambia el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo?
- ¿Evita caminar con calcetines?
- ¿Usa zapatos de lona con suela de goma cuando trabaja en la casa o jardín?
- ¿Utiliza zapato bajo y cómodo para trabajar en la casa o el jardín?
- ¿cambia el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo?
- ¿Evita caminar con calcetines?
- ¿Usa zapatos de lona con suela de goma cuando trabaja en la casa o jardín?



PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH TOOL 3.0) NPUAP

Directions:

Observe and measure the pressure ulcer. Categorize the ulcer with respect to surface area, exudate, and type of wound tissue. Record a sub-score for each of these ulcer characteristics. Add the sub-scores to obtain the total score. A comparison of total scores measured over time provides an indication of the improvement or deterioration in pressure ulcer healing.

LENGTH X WIDTH (in cm ²)	0	1	2	3	4	5	Sub-score
	0	< 0.3	0.3 – 0.6	0.7 – 1.0	1.1 – 2.0	2.1 – 3.0	
		6	7	8	9	10	
		3.1 – 4.0	4.1 – 8.0	8.1 – 12.0	12.1 – 24.0	> 24.0	
EXUDATE AMOUNT	0	1	2	3			Sub-score
	None	Light	Moderate	Heavy			
TISSUE TYPE	0	1	2	3	4		Sub-score
	Closed	Epithelial Tissue	Granulation Tissue	Slough	Necrotic Tissue		
TOTAL SCORE							

Length x Width: Measure the greatest length (head to toe) and the greatest width (side to side) using a centimeter ruler. Multiply these two measurements (length x width) to obtain an estimate of surface area in square centimeters (cm²). Caveat: Do not guess! Always use a centimeter ruler and always use the same method each time the ulcer is measured.

Exudate Amount: Estimate the amount of exudate (drainage) present after removal of the dressing and before applying any topical agent to the ulcer. Estimate the exudate (drainage) as none, light, moderate, or heavy.

Tissue Type: This refers to the types of tissue that are present in the wound (ulcer) bed. Score as a “4” if there is any necrotic tissue present. Score as a “3” if there is any amount of slough present and necrotic tissue is absent. Score as a “2” if the wound is clean and contains granulation tissue. A superficial wound that is reepithelializing is scored as a “1”. When the wound is closed, score as a “0”.

- 4 – Necrotic Tissue (Eschar):** black, brown, or tan tissue that adheres firmly to the wound bed or ulcer edges and may be either firmer or softer than surrounding skin.
- 3 – Slough:** yellow or white tissue that adheres to the ulcer bed in strings or thick clumps, or is mucinous.
- 2 – Granulation Tissue:** pink or beefy red tissue with a shiny, moist, granular appearance.
- 1 – Epithelial Tissue:** for superficial ulcers, new pink or shiny tissue (skin) that grows in from the edges or as islands on the ulcer surface.
- 0 – Closed/Resurfaced:** the wound is completely covered with epithelium (new skin).



Directions:

Observe and measure pressure ulcers at regular intervals using the PUSH Tool.
 Date and record PUSH Sub-scores and Total Scores on the Pressure Ulcer Healing Record below.

Pressure Ulcer Healing Record												
Date												
Length x Width												
Exudate Amount												
Tissue Type												
PUSH Total Score												

Graph the PUSH Total Scores on the Pressure Ulcer Healing Graph below.

PUSH Total Score	Pressure Ulcer Healing Graph											
17												
16												
15												
14												
13												
12												
11												
10												
9												
8												
7												
6												
5												
4												
3												
2												
1												
Healed = 0												
Date												



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



CLASIFICACION NPUAP

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Staging System for Pressure Ulcerations

Stage I: Nonblanchable erythema of intact skin, the heralding lesion of skin ulceration. In individuals with darker skin, discoloration of the skin, warmth, edema, induration, or hardness may also be indicators.

Stage II: Partial-thickness skin loss involving epidermis, dermis, or both. The ulcer is superficial and presents clinically as an abrasion, blister, or shallow crater.

Stage III: Full-thickness skin loss involving damage to or necrosis of subcutaneous tissue that may extend down to, but not through, underlying fascia. The ulcer presents clinically as a deep crater with or without undermining of adjacent tissue.

Stage IV: Full-thickness skin loss with extensive destruction, tissue necrosis, or damage to muscle, bone, or supporting structures (e.g., tendon, joint capsule). Undermining and sinus tracts may also be associated with Stage IV pressure ulcers.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998. website: <http://www.npuap.org>



ESCALA DE NORTON

PARÁMETRO	ESCALA	PUNTOS
Condición Física	4= Buena. 3= Adecuada. 2= Pobre. 1= Muy mala.	
Condición Mental	4= Alerta. 3= Apático. 2= Confuso. 1= Estuporoso.	
Actividad	4= Deambula solo. 3= Deambula con asistencia. 2= Confinado a silla. 1= Confinado a cama.	
Movilidad	4= Completa. 3= Levemente afectada. 2= Muy limitada. 1= Inmóvil.	
Incontinencia	4= Ausente. 3= Ocasional. 2= Frecuente / Urinaria. 1= Urinaria + Fecal.	
TOTAL		

< 14 puntos: **Alto riesgo de desarrollar Úlceras por Presión** SI NO



ESCALA DE BRADEN

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



23

Equivalente de Distancia
 $\frac{20}{800}$

FORMA DE EVALUACIÓN

- Sostener tarjeta a 35 cm de los ojos.
- Evaluar cada ojo de forma individual y juntos, con y sin lentes.
- Evaluar presbiopia por el segmento bifocal.
- Limitados visuales evaluar solo con lentes.

591

2 8 4 3

4 8 5 7

X O O

↑ → ↓

$\frac{20}{400}$

2 5 3 9 6

O X O

→ ↑ ↓

$\frac{20}{200}$

8 2 4 6 5 3

X O X

↑ ↓ →

$\frac{20}{100}$

7 8 6 5 4 2

O X O

↑ ↓ →

$\frac{20}{70}$

9 2 7 3 6 8

X X O X

↑ → ↑ ↓

$\frac{20}{50}$

4 2 8 9 0 7 3

X O O X

→ ↑ → ↓

$\frac{20}{40}$

7 3 4 2 8 5

O O X X

-- ↑ ↓ --

$\frac{20}{30}$

$\frac{20}{25}$

$\frac{20}{20}$

PUPILAS
mm

1 •
1.5 •
2 •
2.5 •
3 •
4 •
5 •
6 •
7 •
8 •
9 •

AGUDEZA VISUAL

SIN LENTES

OJO DERECHO
20 /

OJO DERECHO
20 /

CON LENTES

OJO DERECHO
20 /

OJO DERECHO
20 /

¿Presencia de Reflejo Rojo?

OD Sí No
 OI Sí No



EXAMEN AUDITIVO

DIAPASÓN 512 Hz

Prueba de RINNE (Compara la conducción aérea y ósea. Se coloca en diapasón en la mastoide y al dejar de oír se coloca en pabellón auricular. CA>CO)
Prueba de WEBER (Prueba de lateralización, conducción ósea. Colocar en convexidad del cráneo el diapasón y evaluar lado que percibe mayor sonido)
Prueba de SCHWABACH (Compara la conducción aérea y ósea contra observador sano)

	RINNE	WEBER	Sí	D	I
NORMAL	CA>CO Bilateral	Línea Media	<input type="checkbox"/>		
PERDIDA CONDUCTIVA	CO>CA Oído Afectado CA>CO Oído Normal	Lateraliza al Oído afectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERDIDA SENSORIONEURAL	CA>CO Ambos Oídos	Lateraliza al Oído Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



VALORACION PREOPERATORIA





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 72 SERVICIO DE GERIATRIA VALORACION PREOPERATORIA			
Nombre: _____		NSS: _____		Fecha: _____	
Edad: _____		Servicio que solicita: _____		Tipo de cirugía: _____	
AHF:					
APP: Comorbilidades:		Quirúrgicos:		Traumáticos:	
				Transfusionales: SI NO Fecha:	
				Alergias:	
Funcionalidad: PREVIA: Kazt _____ Barthel _____ Lawton Brody _____			ACTUAL: Kazt _____ Barthel _____ Lawton Brody _____		
Deterioro cognitivo: SI NO		Tratamiento		Puntuación de Mini-Cog	
Polifarmacia: SI NO Tipo: _____		Medicamentos:			
		Herbolarios:			
Depresión: SI NO		Tratamiento:		Puntuación de PHQ-2	
Delirium: SI NO Hiperactivo hipoactivo Mixto		Tratamiento		CAM A + B + C + D	
Estado nutricional:		Puntuación MNA			
Red de apoyo:		Directrices anticipadas SI NO		Familiar y/o Paciente	
Fragilidad: SI NO		Criterios de ENSRUD			
Toxicomanias: SI NO Tipo de droga: _____ Alcohol: _____ Tabaquismo _____ IT _____					
Anticoagulación: SI NO		Farmaco: _____		Uso de BZD: _____ Tiempo de uso _____	
Laboratorios: BH:		Rx torax			
QS					
Tiempos de coagulación		EKG			
Otros					
ASA: _____		GOLMAN: _____		Desky: _____ Riesgo tromboembolico: _____	
RECOMENDACIONES:					





ESCALA DE NUTRICION MNA (Mini Nutritional Assessment) Es un método simple y rápido para identificar personas ancianas que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas. Identifica el riesgo de desnutrición antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas.

Item	Puntuación
¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar? • 0 = ha comido mucho menos • 1 = ha comido menos • 2 = ha comido igual	
¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses? • 0 = pérdida de peso superior a 3 kg (6,6 lb) • 1 = no lo sabe • 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg (2,2 y 6,6 lb) • 3 = sin pérdida de peso	
Movilidad • 0 = en cama o silla de ruedas • 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle • 2 = sale a la calle	
¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos tres meses? • 0 = si • 2 = no	
¿Problemas neuropsicológicos? • 0 = demencia o depresión graves • 1 = demencia leve • 2 = sin problemas psicológicos	
¿Índice de masa corporal (IMC)?(peso en kg / estatura en m ²) • 0 = IMC inferior a 19 • 1 = IMC entre 19 y menos de 21 • 2 = IMC entre 21 y menos de 23 • 3 = IMC 23 o superior Responda solo si no es posible obtener el IMC Perímetro de la pantorrilla (PPE) en cm • 0 = PPE inferior a 31 • 3 = PPE 31 o mayor	
Estado nutricional normal: 12-14 puntos	
Riesgo de desnutrición: 8-11 puntos	
Desnutrición: 0-7 puntos	

Riesgo	Características
I	Sujeto normal, afección localizada
II	Enfermedad sistémica leve
III	Enfermedad sistémica no incapacitante
IV	Enfermedad sistémica grave, incapacitante, con riesgo para la vida.
V	Enfermo moribundo con sobrevida no mayor a 24 horas, con o sin cirugía

TABLA 2. Criterios de Goldman

Características	Puntos
Antecedentes personales	
Edad > 70 años	5
IAM en los 6 meses previos	10
Exploración física	
R3 o ingurgitación yugular	11
Estenosis aórtica grave	3
Electrocardiograma	
Ritmo no sinusal o ESV	7
Más de 5 EV/min en el EKG basal	7
Análítica	
PO ₂ < 60 mmHg o PCO ₂ > 50 mmHg y/o K ⁺ < 3 mEq/l	3
HCO ₃ < 20 mEq/l, urea > 50 mg/dl, creatinina > 3 mg/dl, transaminasas elevadas o signos de cualquier enfermedad hepática o cualquier otro dato de deterioro general importante.	
Baremo	
Clase I (riesgo muy bajo)	0-5
Clase II (riesgo bajo)	6-12
Clase III (riesgo muy alto)	13-25
Clase IV (riesgo excesivo)*	> 26
Total de puntos posibles	52

*Para muchos autores, contraindicación absoluta de cirugía electiva.

Test de depresión (PHQ-2)

- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna vez un momento en que se sintió triste, deprimido, durante la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas?
- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna vez a estado al menos dos semanas, desinteresado preocupado por las cosas que normalmente importan o dejó de disfrutar de las cosas que usualmente disfrutaba?

* Si el paciente responde SI a cualquier pregunta, se recomienda evaluación adicional

Trastorno o antecedente	Puntaje
Enfermedad coronaria	
Infarto de miocardio < 6 meses	10
Infarto de miocardio > 6 meses	5
Angor crónico clase funcional II	10
Angor crónico clase funcional III	20
Angina inestable en los últimos 6 meses	10
Edema agudo de pulmón	
En la última semana	10
Alguna vez	5
Enfermedad valvular aórtica crítica	20
Arritmias	
Ritmo no sinusal	5
Más de 5 EV en cualquier momento prequirúrgico	5
Mal estado general	5
Edad mayor de 70 años	5
Cirugía de emergencia	10

Destky	Puntaje	Riesgo relativo
1	0 a 15	0,43
2	16 a 30	3,38
3	> 30	10,6

MORTALIDAD	GOLDMAN	DESTKY	ACP	ASA	Mortalida
0,2 %	C I: 0-6 P 1,2 %	C I: 0-15P. 5 %	RIESGO BAJO: < 3 %	C I: 0-2 p	0,08%
0,2%	C II: 6-12 P 4 %			C II: 3-5 p	0,27%
2 %	C III: 13 -25 P 12 %	C II: 5-30 P. 27%	RIESGO INTERMEDIO: 3 A 15 %	C III: 6-10 p	1,8%
56 %	IV: > 20 p 48 %	C III: > 30P. 60%		C IV: 11-20p	7,8%
			RIESGO ALTO: > 15 %	CV: >20p	9,4%



ESTRATIFICACION RIESGO CARDIOVASCULAR PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS-NO CARDIACOS

TABLE A2-5 Cardiac Risk* Stratification for Noncardiac Surgical Procedures

High	(Reported cardiac risk often >5%) <ul style="list-style-type: none"> • Emergent major operations, particularly in the elderly • Aortic and other major vascular • Peripheral vascular • Anticipated prolonged surgical procedures associated with large fluid shifts and/or blood loss
Intermediate	(Reported cardiac risk generally <5%) <ul style="list-style-type: none"> • Carotid endarterectomy • Head and neck • Intraoperative and intrathoracic • Orthopedic • Prostate
Low†	(Reported cardiac risk generally <1%) <ul style="list-style-type: none"> • Endoscopic procedures • Superficial procedure • Cataract • Breast

*Combined incidence of cardiac death and nonfatal myocardial infarction.
†Do not generally require further preoperative cardiac testing.

From ACC/AHA Guidelines for the Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery, *J Am Coll Cardiol* 27:910-948, 1996. Copyright 2002 by the American College of Cardiology and the American Heart Association, Inc. Reprinted with permission.

TABLE A2-4 Estimated Energy Requirements for Various Activities

1 MET	<ul style="list-style-type: none"> Can you take care of yourself? Eat, dress, or use the toilet? Walk indoors around the house? Walk a block or two on level ground at 2-3 mph or 3.2-4.8 km/h? Do light work around the house like dusting or washing dishes? 	4 METs	<ul style="list-style-type: none"> Climb a flight of stairs or walk up a hill? Walk on level ground at 4 mph or 6.4 km/h? Run a short distance? Do heavy work around the house like scrubbing floors or lifting or moving heavy furniture? Participate in moderate recreational activities like golf, bowling, dancing, doubles tennis, or throwing a baseball or football?
4 METs		>10 METs	<ul style="list-style-type: none"> Participate in strenuous sports like swimming, singles tennis, football, basketball, or skiing?



ASA AJUSTADO A LA EDAD

Tabla 1. Mortalidad por grupo de edad en cirugía no cardíaca

Edad	< 50 años	> 70 años
ASA I	< 0.1%	0.0%
ASA II	0.1%	0.4%
ASA III	0.4%	1.3%
ASA IV	1.2%	3.7%

Adaptado de Donaty, et al.¹⁷



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



VALORACION ONCOLOGICA





		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 72 SERVICIO DE GERIATRIA. VALORACION ONCOGERIATRICA	
Nombre: _____ NSS: _____ Fecha: _____ Edad: _____		Servicio que solicita: _____	
Tipo de cirugía: _____			
AHF: _____			
APP: Comorbilidades:	Quirúrgicos:	Traumáticos:	Transfusionales:
			Alergias:
Funcionalidad		ACTUAL: Katz Barthel Lawton Brody	
PREVIA: Katz Barthel Lawton Brody			
GET UP AND GO	Normal <10 seg.	Riesgo leve de caída 11 a 20 seg.	Alto riesgo de caída > 20 seg
SINDROME DE CAIDAS	>2 en 6 meses o 1 que condicione hospitalización		SI NO
INCONTINENCIA	Urinaria Fecal mixta	Privación sensorial AUDITIVA:	SI NO
DETERIORO COGNITIVO: SI NO	Mini-Cog	Tratamiento:	
LEVE MAYOR			
POLIFARMACIA: _____	MEDICAMENTOS:		
Tipo: _____	HERBOLARIOS:		
DEPRESIÓN SI NO	TRATAMIENTO	GDS ___/15	
DELIRIUM: ____SI NO_	CAM		
Hiperactivo Hipoactivo Mixto	A + B + C + D		
ESTADO NUTRICIONAL	MNA		
DEXA: SI NO	OSTEOPENIA OSTEOPOROSIS		
RED DE APOYO: _____	DIRECTRICES ANTICIPADAS	Diaz.-Veiga:	
Buena Regular Mala	SI NO	(Nulo) (ALGÚN APOYO) (APOYO)	
FRAGILIDAD: _____	Criterios de ENSRUD (0=ROBUSTO) (1=PRE-FRAGIL) (2 O MAS= FRAGIL)		
Toxicomanías: _____ Alcohol: _____ Tabaquismo _____ IT _____			
Anticoagulación: _____ Fármaco: _____ Uso de BZD: _____ Tiempo de uso _____			
ESCALA CRASH	ESCALA CARG	ESCALA VES-13	
Puntuación ___/12 RIESGO DE TOXICIDAD:	Puntuación ___/23 RIESGO DE TOXICIDAD:	Puntaje Riesgo de deterioro o muerte	
0-3: 50%	0-3: 25%	1-2 11.8-14.8%	
4-6: 58%	4-5: 32%	>3 49.8-54.9%	
7-9: 77%	6-7: 50%		
> 9: 79%	8-9: 54%		
	10-11: 77%		
	12-19: 89%		
RECOMENDACIONES			



VES-13

Table 5 CARG score to predict chemotherapy toxicity risk⁴⁵

Risk factor	Score
Age ≥72 years	2
Cancer type (gastrointestinal or genitourinary)	2
Chemotherapy dosing, standard dose	2
Number of chemotherapy drugs, polychemotherapy	2
Hemoglobin (<11 g/dL in males) (<10 g/dL in females)	3
Creatinine clearance <34 mL/min (Jelliffe, ideal weight)	3
Hearing, fair or worse	2
Number of falls in the last 6 months, 1 or more	3
Taking medications with some help/unable	1
Walking 1 block, somewhat limited/limited a lot	2
Decreased social activity because of physical/emotional health problem, limited at least sometimes	1

Table 4. The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) Score

Predictors	Points		
	0	1	2
Hematologic score^a			
Diastolic BP	≤72	>72	
IADL	26-29	10-25	
LDH (if ULN 618 U/L; otherwise, 0.74 /L*ULN)	0-459		>459
Chemtox ^b	0-0.44	0.45- 0.57	>0.57
Nonhematologic score^a			
ECOG PS	0	1-2	3-4
MMS	30		<30
MNA	28-30		<28
Chemtox ^b	0-0.44	0.45-0.57	>0.57

Elemento de evaluación	Puntaje
Edad	
75 – 84 años	1
> 85 años	3
Autopercepción del estado de salud	
Bueno o excelente	0
Regular o malo	1
Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	
<i>¿Necesita ayuda para?</i>	
Ir de compras	1
Utilizar dinero	1
Realizar trabajos ligeros en casa	1
Transportarse	1
Bañarse	1
Actividades adicionales	
<i>¿Necesita ayuda para?</i>	
Agacharse, ponerse en cuclillas o de rodillas	1
Levantar o cargar un objeto de 10 libras	1
Escribir o manipular objetos pequeños	1
Extender los brazos encima del hombro	1
Caminar 500 metros	1
Realizar trabajos pesados en casa	1
Puntaje de Vulnerabilidad	=
Puntaje	Riesgo de deterioro funcional o muerte (a 2 años de seguimiento)
1-2	11.8 – 14.8%
3+	49.8 – 54.9%



CHEMOTHERAPY RISK ASSESSMENT SCALE FOR HIGH AGE PATIENTS (CRASH)

Table 4. The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) Score

Predictors	Points		
	0	1	2
Hematologic score^a			
Diastolic BP	≤72	>72	
IADL	26-29	10-25	
LDH (if ULN 618 U/L; otherwise, 0.74 /L*ULN)	0-459		>459
Chemotox ^b	0-0.44	0.45- 0.57	>0.57
Nonhematologic score^a			
ECOG PS	0	1-2	3-4
MMS	30		<30
MNA	28-30		<28
Chemotox ^b	0-0.44	0.45-0.57	>0.57

Abbreviations: BP, blood pressure; Chemotox, toxicity of the chemotherapy regimen (for details, see text); ECOG PS, Eastern Cooperative Oncology Group performance status; IADL, Instrumental Activities of Daily Living; LDH, lactate dehydrogenase; MMS, Mini Mental Health Status; MNA, Mini Nutritional Assessment; ULN, upper limit of normal.

^aFor the combined score, add the points from the hematologic and nonhematologic score, counting Chemotox only once.

^bFor examples of Chemotox values for specific regimens, see Table 6.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



PRONOSTICOS





PRONOSTICO DE VIDA A 4 AÑOS

EDAD:

1. 60 a 64 años
2. 65 a 69 años
3. 70 a 74 años
4. 75 a 79 años
5. 80 a 84 años
6. ≥ 85 años

Puntos

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 7

COMORBILIDADES:

1. Diabetes mellitus
2. Cáncer
3. Enfermedad Pulmonar Crónica
4. Insuficiencia Cardiaca
5. Tabaquismo (Última semana)

Puntos

- 1
- 2
- 2
- 2
- 2

AFECCIÓN FUNCIONAL POR COMORBILIDADES O ALTERACIONES EN LA MEMORIA:

1. Dificultad para bañarse solo
2. Dificultad para manejar sus finanzas y gastos
3. Dificultad para caminar 2 o más cuadras
4. Dificultad para jalar / empujar objetos grandes (Ej. silla)

Puntos

- 2
- 2
- 2
- 1

TOTAL

_____ Puntos

RIESGO DE MUERTE A 4 AÑOS

- | | |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> 0 a 5 Puntos | <4% |
| <input type="checkbox"/> 6 a 9 Puntos | 15% |
| <input type="checkbox"/> 10 a 13 Puntos | 42% |
| <input type="checkbox"/> ≥14 Puntos | 64% |



CRITERIOS DE TERMINALIDAD

Sí No

ENFERMEDAD NO ESPECIFICADA (3 Criterios):

1. La condición del paciente es limitante de la vida, se ha notificado al paciente y su familia de su estado:
 - a. Condición limitante de vida: enfermedad específica o no específica, suma de enfermedades.
2. El paciente y/o la familia han decidido la metas de tratamiento dirigidas a aliviar los síntomas, mas que ha curar la enfermedad.
3. El paciente cursa con cualquiera de las siguientes:
 - a. Progresión clínica de la enfermedad:
 - i. Progresión de enfermedad primaria documentada por valoraciones clínicas, paradiagnósticas y otras.
 - ii. Múltiples visitas al departamento de urgencias o ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses.
 - iii. En pacientes que reciben atención domiciliaria, la evaluación de enfermería puede ser considerada.
 - iv. Para pacientes que no califiquen en los 3 previos puede documentarse un deterioro funcional reciente:
 1. El deterioro debe ser reciente, no relacionado al estado funcional basal previo asociado a enfermedades crónicas.
 2. Deterioro funcional por cualquiera de los siguientes:
 - a. Escala de Karnofsky igual o menor de 50%.
 - b. Dependencia al menos en 3 actividades básicas de la vida diaria.
 - v. Documentación reciente de estado nutricional alterado asociado al proceso terminal:
 1. Pérdida de peso de 10% o mas en los últimos 6 meses no intencionada.
 2. Albúmina sérica menor de 2.5g/dL.

Sí No

ENFERMEDAD CARDIACA (3 Criterios):

1. Síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva en reposo recurrentes:
 - a. NYHA Clase Funcional IV.
 - b. Fracción de Eyección de Ventriculo Izquierdo igual o menor a 20%.
2. El paciente debe estar recibiendo tratamiento óptimo (Inhibidores de la ECA u otros vasodilatadores, diuréticos):
3. Cursar con cualquiera de las siguientes complicaciones:
 - a. Arritmia supraventriculares o ventriculares que son resistente al tratamiento específico.
 - b. Historia de paro cardiaco y resucitación en cualquier circunstancia.
 - c. Historia de síncope sin explicación.
 - d. Cardioembolismo.
 - e. Enfermedad concomitante por HIV.

Sí No

ENFERMEDAD PULMONAR:

1. Severidad de la enfermedad pulmonar documentada:
 - a. Disnea en reposo discapacitante, sin respuesta a broncodilatadores, limitante de funcionalidad.
 - b. FEV1 después de broncodilatador menor de 30% del predicho.
 - c. Enfermedad pulmonar progresiva:
 - i. Aumento en las visitas al servicio de urgencia u hospitalizaciones por infecciones y/o insuficiencia respiratoria.
 - ii. Disminución del FEV 1 en evaluaciones seriadas de más de 40ml/año.
2. Presencia de Cor Pulmonale o Insuficiencia Cardiaca Derecha:
 - a. Asociada a enfermedad pulmonar avanzada, no de origen cardiaco (disfunción ventricular izquierda o valvulopatía).
 - b. Documentado por:
 - i. Ecocardiograma.
 - ii. Electrocardiograma.
 - iii. Radiografía.
 - iv. Signos clínicos.
3. Hipoxemia en reposo con O2 suplementario:
 - a. pO2 igual o menor a 55mmHg.
 - b. SO2 igual o menor 88%.
4. Hipercapnia (pCO2 igual o mayor de 50mmHg).
5. Pérdida progresiva de peso mayor de 10% no intencionada en los últimos 6 meses.
6. Taquicardia en reposo mayor de 100 latidos por minuto en paciente con EPOC severo.



CRITERIOS DE TERMINALIDAD

SÍ **NO**

DEMENCIA:

1. Evaluación del Estado Funcional:
 - a. Los pacientes con demencia severa pueden tener un pronóstico hasta de 2 años, el mismo depende de las enfermedades concomitantes y las características del cuidado.
 - b. Etapa 7 de la Escala de Evaluación de Estado Funcional.
 - c. El paciente debe tener todas las características siguientes:
 - i. Incapacidad para deambular sin asistencia.
 - ii. Incapacidad para vestirse sin asistencia.
 - iii. Incapacidad para utilizar el sanitario adecuadamente.
 - iv. Incontinencia Urinaria o Fecal.
 - v. Incapacidad para hablar o comunicarse con significado adecuado.
2. Presencia de complicaciones médicas:
 - a. Documentación en el último año de condiciones comorbidas de suficiente severidad que requieren tratamiento médico y disminuyen la supervivencia en demencia avanzada.
 - b. Condiciones comorbidas:
 - i. Neumonía por aspiración.
 - ii. Pielonefritis u otras infecciones urinarias altas.
 - iii. Septicemia.
 - iv. Úlceras por decúbito grado 3-4.
 - v. Fiebre recurrente a pesar de tratamiento con antibióticos.
 - c. Trastorno en la deglución que incapacite para mantener un consumo adecuado de líquido y calorías para mantener la vida, el paciente o el cuidador primario rechazan el uso de sonda de alimentación o alimentación parenteral.
 - i. Los pacientes que se alimentan por sonda deben de documentar alteración en el estado nutricional:
 1. Pérdida de peso de 10% o más en los últimos 6 meses no intencionada.
 2. Albúmina sérica menor de 2.5g/dL.

SÍ **NO**

ENFERMEDAD RENAL:

1. Criterios de Laboratorio de Insuficiencia Renal:
 - a. Depuración de Creatinina menor de 10ml/min (15ml/min en diabéticos) Y
 - b. Creatinina sérica mayor de 8.0mg/dL (mayor de 6.0mg/dL en diabéticos).
2. Síndromes y signos clínicos asociados a falla renal (criterios de diálisis):
 - a. Uremia (Encefalopatía, Gastropatía, Prurito generalizado, Piernas inquietas).
 - b. Oliguria (diuresis menor de 400cc en 24 horas).
 - c. Hiperkalemia refractaria (mayor de 7.0mmol/L).
 - d. Pericarditis uremica.
 - e. Síndrome hepatorenal.
 - f. Sobrecarga hídrica intratable.
3. Condiciones comorbidas que predicen mortalidad temprana en hospitalizados con Insuficiencia Renal Aguda:
 - a. Ventilación mecánica, malignidad en otros órganos o sistemas, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca avanzada, enfermedad hepática avanzada, sepsis, inmunosupresión/SIDA, albúmina <3.5mg/dL, caquexia, plaquetas <25,000, edad >75 años, coagulación intravascular diseminada, hemorragia gástrica.



CRITERIOS DE TERMINALIDAD

Sí **No**

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL / COMA:

1. Fase Aguda de EVC Hemorrágico o Isquémico (Predictores de mortalidad temprana):
 - a. Coma o estado vegetativo persistente secundario a EVC de más de 3 días de duración.
 - b. En EVC anoxico, coma acompañado por mioclonias severas que persistan por mas de 3 días después del evento.
 - c. Paciente comatosos con cualquiera de los siguientes presentes en el 3er día de coma (97% de mortalidad a 2 meses):
 - i. Respuestas anormales de tallo cerebral.
 - ii. Ausencia de respuesta a estímulo verbal.
 - iii. Ausencia de respuesta de retiro a estímulos dolorosos.
 - iv. Creatinina sérica >1.5mg/dL.
 - v. Edad > 70 años.
 - d. Trastorno severo de la deglución que imposibilite el aporte energético e hídrico para mantener la vida, o en aquellos que no son candidatos a nutrición e hidratación artificial.
 - e. Evidencia en TC o IRM de Cráneo:
 - i. EVC hemorrágico no traumático:
 1. Gran volumen de hemorragia (Infratentorial igual o mayor 20ml, supratentorial igual o mayor 50ml).
 2. Extensión ventricular.
 3. La superficie de la hemorragia abarca 30% o más del cerebro.
 4. Desplazamiento de la línea media de 1.5cm o más.
 5. Hidrocefalia obstructiva no candidata a derivación o que condiciona deterioro.
 - ii. EVC Isquémico:
 1. Infartos anteriores grandes con afeción cortical y subcortical.
 2. Grandes infartos bihemisféricos.
 3. Oclusión de la arteria basilar.
 4. Oclusión de ambas arterias vertebrales.
2. Fase Crónica:
 - a. 70 años o más.
 - b. Pobre estado funcional (Karnofsky <50%).
 - c. Demencia postinfarto (Evidenciado por escala de FAST mayor de 7).
 - d. Pobre estado nutricional, con o sin alimentación artificial:
 - i. Pérdida de peso de 10% o más en los últimos 6 meses no intencionada.
 - ii. Albúmina sérica menor de 2.5g/dL.
 - e. Complicaciones médicas asociadas al deterioro funcional progresivo:
 - i. Neumonía por aspiración.
 - ii. Infecciones de vías urinarias altas (Pielonefritis).
 - iii. Sepsis.
 - iv. Ulceras por presión grado 3-4 refractarias.
 - v. Fiebre recurrente después de tratamiento con antibióticos.



ESCALA PRONOSTICA DE ORPINGTON (OPS) PARA ANCIANOS CON ACVA

Hallazgos clínicos	Puntuación
A. Déficit motor en el brazo afectado.	
-Fuerza grado 5	0
-Fuerza grado 4	0.4
-Fuerza grado 3	0.8
-Fuerza grado 1-2	1.2
-Fuerza grado 0	1.6
B. PROPIOCEPCION (Localizar el pulgar afectado con los ojos cerrados).	
-Perfectamente	0
- Ligera dificultad	0.4
- Encuentra el pulgar a través del brazo	0.8
- Incapaz de encontrar el pulgar.	1.2
C. EQUILIBRIO.	
-Camina 10 pasos sin ayuda	0
-Mantiene la bipedestación.	0.4
-Mantiene la sedestación.	0.8
-No mantiene el equilibrio sentado.	1.2
D. ESTADO COGNITIVO. *	
- Puntuación =10	0
- Puntuación =8-9	0.4
- Puntuación =5-7	0.8
- Puntuación = 0-4	1.2
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el Test mental abreviado de Hodkinson. • PUNTUACION TOTAL: 1.6 +A+B+C+D 	
<p>Puntos de corte a las 2 semanas del ACVA: < 3: Buen pronóstico de recuperación funcional 3-5 Pronostico incierto > 5: Mal pronostico.</p>	



PERFIL DE RIESGO DE DETERIORO FUNCIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO (HARP)

1. Edad.

< 75 a: 0

75-85: 1

>85 a: 2

2. Estado cognitivo al ingreso (mini-mental de Folstein abreviado*).

15-21: 0

< 15: 1

3. Independencia en actividades instrumentales de la vida diaria ** 2 semanas antes del ingreso.

6-7: 0

0-5: 2

Categorías de riesgo:

4-5: alto riesgo

2-3: riesgo intermedio

0-1: bajo riesgo.

- Excluye los 6 últimos ítems del mini-mental de Folstein referentes a lenguaje y construcción.
- ** Incluye todas las actividades del índice de Lawton salvo (lavado de la ropa)



INDICE COMORBILIDAD DE CHARLSON (VERSION ORIGINAL)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de by-pass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta ≥ 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice ≥ 5 : (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson M, *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.



CUESTIONARIO DE BARBER (DETECCION DE ANCIANO FRAGIL)

1. ¿Vive solo?

2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?

3. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?

4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?

5. ¿Le impide su salud salir a la calle?

6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que lo impidan valerse por sí mismo?

7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?

8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?

9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto.

1 punto o más sugiere situación de riesgo.

Versión tomada de:

Barber JH, Walls JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 1980, 30 (210): 49-51.

Adaptada a nuestro medio por:

Larzagolia A, Larzagolia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol* 1996; 6: 224-31.

Comentarios:

Este cuestionario fue diseñado para detectar ancianos con riesgo de dependencia en la comunidad (concepto similar al de fragilidad). Muchos autores lo han utilizado como detector de fragilidad.



ECOG

- 0 Asintomático. Totalmente activo.
- 1 Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
- 2 Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.
- 3 Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón más del 50% del tiempo despierto.
- 4 Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto.
- 5 Muerto



ESCALA DE KARNOFSKY

Asintomático Sin evidencia de enfermedad	100
Capaz de realizar actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad	90
Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas o signos de enfermedad	80
Incapaz de realizar actividad normal o trabajar Se vale por sí mismo	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia; frecuentes cuidados médicos	50
Imposibilitado. Requiere cuidados especiales y asistencia	40
Gravemente imposibilitado La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente	30
Muy enfermo. Precisa hospitalización Requiere tratamiento de soporte activo	20
Moribundo	10
Éxito	0



INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS-ICO

Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	<input type="checkbox"/> Si (-) <input checked="" type="checkbox"/> No (+)
"Demanda" o "Necesidad"	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Indicadores clínicos generales: en los últimos 6 meses - Severos, sostenidos, progresivos, no relacionados proceso intercurrente reciente - Combinar severidad CON progresión	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10% <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de > 2 ABVDs <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	- Declive cognitivo	• Pérdida ≥ 5 minimal o ≥ 3 Pfeiffer <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Dependencia severa	- Karnofsky <50 o Barthel <20	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Síndromes geriátricos	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 recurrentes o persistentes <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Síntomas persistentes	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	• ≥ 2 síntomas (ESAS) persistentes o refractarios <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Aspectos psicosociales	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9 <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Multi-morbilidad	> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Uso de recursos	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	• > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc) <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Indicadores específicos	Cáncer, MPOC, ICC, i Hepática, i Renal, AVC, Demencia, Neurodegeneratives, SIDA, d'altres malalties avançades	• Per a desenvolupar com annexos • Criterios de severidad y progresión <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

Clasificación:			Codificación y registro Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)
Pregunta Sorpresa (PS)	PS + (No me Sorprendería)	✓	
	PS - (Me Sorprendería)	✓	
Parámetros NECPAL	NECPAL + (de 1+ a 13+)	0	
	NECPAL - (Ningún parámetro)	✓	



INDICE PRONOSTICO PALIATIVO

Nivel de actividad/síntomas	
Nivel de actividad	Puntaje
10-20	4
30-50	2.5
≥60	0
Ingesta oral	
Severamente reducida	2.5
Moderadamente reducida	1
Normal	0
Edema	
Presente	1
Ausente	0
Disnea al reposo	
Presente	3.5
Ausente	0
Delirium	
Presente	4
Ausente	0

IPP mayor de 6 la sobrevida es menor de 3 semanas y la sensibilidad es del 80% con especificidad del 85%.

IPP mayor a 4 la sobrevida es de 6 semanas, con sensibilidad del 80% y especificidad del 77%.



INDICE DE PROFUND

Tabla 2 Índice PROFUND¹⁴

Características	PROFUND
<i>Demográficas</i>	
≥ 85 años	3
<i>Variables clínicas</i>	
Neoplasia activa	6
Demencia	3
Clase Funcional III-IV de la NYHA y/o MRC	3
Delirium en el último ingreso	3
<i>Parámetros analíticos (sangre-plasma)</i>	
Hemoglobina < 10 g/dL	3
<i>Variables cognitivas-funcionales-sociofamiliares</i>	
Índice de Barthel < 60	4
Cuidador diferente al cónyuge	2
<i>Variable asistencial</i>	
≥ 4 hospitalizaciones en los últimos 12 meses	3
Total de parámetros que puntúan = 9	0-30

IC95%: intervalo de confianza del 95%; MRC: Medical Research Council.

Tabla 5 Calibración del índice PROFUND en la cohorte de PP de Atención Primaria con validación por terciles ascendentes de probabilidad pronosticada de muerte.

Terciles de riesgo	Probabilidad pronosticada de muerte*	Mortalidad observada*
Primer tercil (0-2)	16%	16,7%
Segundo tercil (3-7)	22%	19,5%
Tercer tercil (>7)	34%	36%

Bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow con $p = 0,119$.



Acta de Voluntad Anticipada para Pacientes en Situación Terminal Folio:

Datos de la Unidad

UNIDAD MÉDICA:		CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:
ÁREA DE ATENCIÓN:	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	
DIAGNÓSTICO FINAL:	NOMBRE Y ADSCRIPCIÓN DEL PERSONAL AUTORIZADO:	

Datos del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)			TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDAD:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:	

La/el que suscribe, por mi propio derecho y con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padezco, la cual ha sido médicamente diagnosticada como en etapa terminal, de conformidad con lo establecido en la fracción XIV, del artículo 4 de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México. Por ello, actuando de manera libre, conciente, seria, inequívoca y reiterada, expreso mi decisión para SI ser sometida (o) a la aplicación de medios ordinarios y al tratamiento de cuidados paliativos y NO ser sometida (o) a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar mi vida más allá de mi resistencia física y orgánica natural, protegiendo en todo momento mi dignidad.

Manifestación para donación de órganos. SI NO Con fundamento en la fracción III, del artículo 24, de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México

- A) Todos:
 Todos los órganos y/o tejidos útiles.

- B) Sólo los siguientes órganos y/o tejidos:

Datos del Representante

Designo como mi representante, para la verificación del cumplimiento exacto de lo antes dispuesto a:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)			TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	PARENTESCO:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:		

Datos de los Testigos

Designo como testigos, que concurrieron a la celebración del presente acto y verificaron que mi voluntad fue manifestada, a:

NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)			TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:			
NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)):		EDAD:	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)			TELÉFONO:	
OCUPACIÓN:	IDENTIFICACIÓN OFICIAL:			



Observaciones:

• **Datos de la (el) interprete o traductor (a)**

NOMBRE COMPLETO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

IDENTIFICACIÓN OFICIAL:

• **Documentos presentados**

Resumen clínico:	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial de la (el) representante:	<input type="checkbox"/>
Copia de identificación oficial de la (el) paciente:	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial de los testigos:	<input type="checkbox"/>

Una vez leída la presente Acta de Voluntad Anticipada, la (el) paciente confirma que es su deseo lo que aquí se manifiesta. La aplicación de las disposiciones establecidas en el presente formato exime de responsabilidad, sea de naturaleza civil, penal o administrativa, a quien interviene en su realización, si actúa en concordancia con las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, su Reglamento y demás legislación aplicable.

_____, Estado de México, siendo las ____ horas, del día ____ del mes _____ del año 20 ____.

Paciente

Representante

 (Nombre y Firma)

 (Nombre y Firma)

Testigo 1

Testigo 2

 (Nombre y Firma)

 (Nombre y Firma)

Personal autorizado

 (Nombre y Firma)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRIA
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL



Elaborado:

Duarte Flores José Octavio
Aviña Montoya María de Lourdes
Buendía Cornejo Edith
Del Moral Stevenel Czestochowa
Hidalgo Delgado José Guadalupe

