



| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO: TRASTORNO NEUROCOGNITIVO: MAYOR Y MENOR**

| | | |
|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| Elaborado por: | Visado por: | Aprobado por: |
| Equipo de Neurología/Geriatría | | |
| Fecha: Abril 2016 | Fecha | Fecha |

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

Fecha de Elaboración

Abril 2016

Participantes de la elaboración del Documento:


Equipo de Neurología

Dra. Carolina Paz. Geriatra HHAH.DSSAS

Equipo de Gestión Clínica DSSAS.


Declaración de Conflicto de Interés

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

Índice

| | |
|---------------------------------|----|
| Fecha de Elaboración y Revisión | 2 |
| Autores y Comité Revisor | 2 |
| Conflicto de Intereses | 2 |
| Introducción | 4 |
| Mapas de Red | 4 |
| Objetivo | 5 |
| Población Objetivo | 5 |
| Ámbito de Aplicación | 5 |
| Definición o Glosario | 6 |
| Desarrollo | 6 |
| Flujograma. | 11 |
| Metodología de Evaluación. | 12 |
| Planes de Difusión. | 12 |
| Bibliografía | 12 |
| Anexos | 13 |

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

Introducción:

La patología Neurológica es una frecuente causa de consulta en el nivel primario de atención. El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de alteraciones neurológicas a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la Red, las de causas neurológicas constituyen el 4 % de toda la lista de espera en el Servicio de Salud Araucanía Sur. Dentro de estas Interconsultas, los diagnósticos de Cefalea, Mareos, Trastornos neurocognitivos representan las primeras causas de derivación desde el nivel primario al especialista, y también entre especialistas. La mayoría de estas podrían manejarse en el nivel primario, con una orientación clínica documentada que permita tomar decisiones informadas y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad o servicio de urgencias, aquellas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.


Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los cuadros clínicos de Trastorno Neurocognitivo Mayor y menor.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (metanálisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español “Dementia “Demencia”, Mild Cognitive Impairment” “Deterioro cognitivo leve” , sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: “A Favor” de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal(DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Neurología, Psiquiatría y Geriatría del HHA.
- Dirección y Sub dirección Médica del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS

Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes adultos con Trastornos Neurocognitivos (Demencia y/o Deterioro Cognitivo leve) para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente adulto con síntomas de Trastornos Neurocognitivo en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de Directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Internistas, Neurólogos, Geriatras y Psiquiatras) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

.-Profesionales: médicos generales, Médicos familiares o Médicos especialistas (Internistas, Neurólogos, Psiquiatras, Geriatras) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red asistencial del servicio de Salud de la Araucanía Sur.


.-De los Deptos/Unidades encargadas:

Dirección y Sub dirección médica del SSAS, Dirección y subdirección medica del HHA, Servicio de Neurología, Psiquiatría y Geriatría del HHA, Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y Hospitales de los Nodos y de base comunitaria.

Definiciones o Glosario de términos

APS: Atención Primaria en Salud.

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial.

EFAM: Evaluación Funcional del Adulto Mayor

FC: Ficha Clínica.

HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena.

MEC: Mini Examen Cognitivo.

MMSE: Mini Mental State Examination.

SIC: Solicitud de Interconsulta.

SENAMA: Servicio Nacional Adulto Mayor.


SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico.

SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR.

Desarrollo.

Se estima que actualmente en Chile, el 1,06% de la población total país presenta algún tipo de demencia (Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias-COPRAD). El estudio nacional de la Dependencia realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, Senama, en el año 2009, da cuenta que el 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, el cual a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75-79 años y 36,2% en los mayores de 85 años. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009-2010 reportó que 10,4% de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo y 4,5% de adultos mayores presenta deterioro cognitivo asociado a discapacidad, que alcanza a 16% en los de 80 años y más (ENS Chile 2009-2010). En la Araucanía, la población de adulto mayor (>60 años) se encuentran alrededor de 165.659 hab, en el 2012, por lo tanto, la estimación de deterioro cognitivo y/o Demencia corresponde a 16.659 pacientes. Es importante señalar que la mayor prevalencia de demencia en Chile se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural, los que podrían considerarse como determinantes sociales de la enfermedad (SENAMA, 2015).

Existe un proceso natural de envejecimiento natural que no es patológico, pero que es de alto riesgo. Específicamente, en el Sistema Nervioso Central, se produce alguna reducción de neuronas en las áreas grises, cierta atrofia de la sustancia blanca y un aumento relativo del volumen del líquido cefalorraquídeo. Existe cierta alteración de la circulación cerebral, si bien la autorregulación del flujo se mantiene más o menos sin variación. Todo esto podría explicar pequeñas alteraciones en la inteligencia "cristalizada" y en la inteligencia "fluida". En general, se altera la velocidad de respuesta a un determinado estímulo, el procesamiento de la información es un poco más lento, pero no se altera tanto la calidad final de la respuesta, lo anterior descrito explica ciertos olvidos "fisiológicos" que han de diferenciarse de los trastornos neurocognitivos.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

El DSM V ha modificado sustancialmente sus criterios con respecto a la clasificación anterior de demencia. Al ser una clasificación de enfermedades tampoco incluye los estadios preclínicos, pero sí contempla un estadio patológico “predemencia” al estilo del deterioro cognitivo leve. Se introduce el concepto de ‘trastorno neurocognitivo’, que ocupa el lugar de los ‘trastornos mentales orgánicos’ de ediciones anteriores. Así, los trastornos neurocognitivos se dividirán en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoespaciales y cognición social. El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se diferencian en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente.

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-V para trastorno Neurocognitivo mayor.

A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas
2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)

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


D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo menor.

A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas
2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia

| | | | |
|--|-----------------------|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | Página 8 de 17 | | |

- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium
D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Diferencias entre la normalidad cognitivo-funcional, el Trastorno Neurocognitivo Menor (NCm) y mayor (NCM) propuesto por el DSM V.

| CLINICA | Normalidad | NCm | NCM |
|--|-------------|------------------|---|
| Quejas de alteración cognitiva referidas por el paciente o por informador fiable | Infrecuente | SI | SI |
| Autonomía: Interferencia con las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria | NO | NO o mínimamente | SI |
| Autonomía: Interferencia con las actividades básicas de la vida diaria | NO | NO | Depende de la Intensidad de la Demencia |
| Alteraciones Objetivables de Funciones Cognitivas | NO | SI, de una o mas | Si, de dos o mas |
| Evolución a Trastorno NCM (>60 años) | 1-2% anual | 12-15% anual | |

Actividades para el Diagnóstico (Con el paciente y un informador fiable) en APS:

En la detección a través de la Aplicación del examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto mayor (EMPAM)

Anamnesis sobre antecedentes familiares y personales:

- Antecedentes familiares de demencia.
- Antecedentes personales de traumatismos, infecciones y patología vascular.
- Tratamientos actuales.


Historia de la enfermedad actual:

- Fecha aproximada de inicio.
- Forma de instauración y/o progresión.
- Presencia o ausencia de síntomas asociados.

Exploración física y neurológica

. Se incluirá, al menos, en la exploración física:

- Palpación tiroidea.
- Auscultación cardiaca y carotidea.
- Pulsos periféricos.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

- Tensión arterial.

Exploración neurológica mínima:

- Nivel de conciencia.
- Alteración de la marcha y estática.
- Pares craneales y signos de focalidad sensitiva o motora periférica.
- Signos extrapiramidales.

Valoración neuropsicológica breve: Para aumentar la sensibilidad diagnóstica se deben realizar al menos estas pruebas:

- Al paciente:

a) MMSE-19 puntos (Anexo A) se aplica en 10 min. Punto de corte <13/19 con Sensibilidad 87% y especificidad 89%.

b) Mini-Cog (incluye Test del Reloj): Menos afectado por escolaridad y aspectos lingüísticos se aplica en 3 min. Punto máximo 3. Se repite 3 palabras y luego se da a recordar por cada palabra 1 punto y Dibujar un reloj (círculos, números y manecillas): Normal o anormal. Sensibilidad 76% y especificidad 89%. 3 puntos (Palabras) y reloj normal no requiere más pruebas. No es sensible a deterioro leve.

c) Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer(Anexo B), evalúa orientación (temporal y espacial), atención y memoria (reciente y remota) (Punto Máximo = 10 puntos). Se realiza en 2-3 minutos y la escasa influencia de variables socioculturales lo convierte en una herramienta de interés para APS y estudios poblacionales. La prueba ha obtenido una sensibilidad del 85,7% y una especificidad del 78,9% para la demencia (CIE-10) con un Punto de Corte ≥ 3 puntos (1 punto = 1 error) pero el estudio no revela la gravedad de los pacientes con demencia.

d) Escala de Depresión Geriátrica Yesavage: Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. Se aplica al adulto mayor que se sospecha de depresión.

Estudio analítico rutinario:


- Hemograma completo, VSG, Creatinina, Glucemia, Colesterol, GOT, GPT, GGT, Proteínas totales, NA, K, Ca, Función tiroidea (TSH), Vitamina B12, Ácido fólico, VDRL, HIV

Diagnóstico diferencial: Con otros procesos (depresión, delirium, fármacos, etc.)

Plan de Cuidados

Otras exploraciones Clínicas:

.-EFAM: es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad de la persona mayor. La aplicación de EFAM permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente. No debe aplicarse a los adultos mayores que a simple vista están discapacitados, como por ejemplo a quienes usan silla de ruedas, a quienes sufren secuelas importantes de accidente vascular, personas ciegas. A este grupo se aplica índice de Barthel(Anexo C) EFAM permite clasificar a los adultos mayores según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

Referencia a especialidad:

Los médicos de atención primaria o especialista que detecten el caso solicitarán una interconsulta al Servicio de Psiquiatría, Neurología, Geriatría del hospital de referencia en función del cuadro clínico, la edad del paciente y la disponibilidad de recursos.

Atención de la demencia en el nivel de especialidad.

La atención especializada en **Psiquiatría**, preferentemente está dirigida a adultos mayores con demencia que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- * agitación, agresividad, o psicosis resistente a tratamiento en la atención primaria;
- * depresión resistente o complicada
- * conducta suicida
- * necesiten una evaluación para ser institucionalizados

La atención especializada en **Neurología** está dirigida preferentemente a adultos mayores con demencia que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- * evolución muy rápida de la enfermedad
- * signos neurológicos focales
- * signos parkinsonianos
- * otros signos sospechosos de patología cerebral,

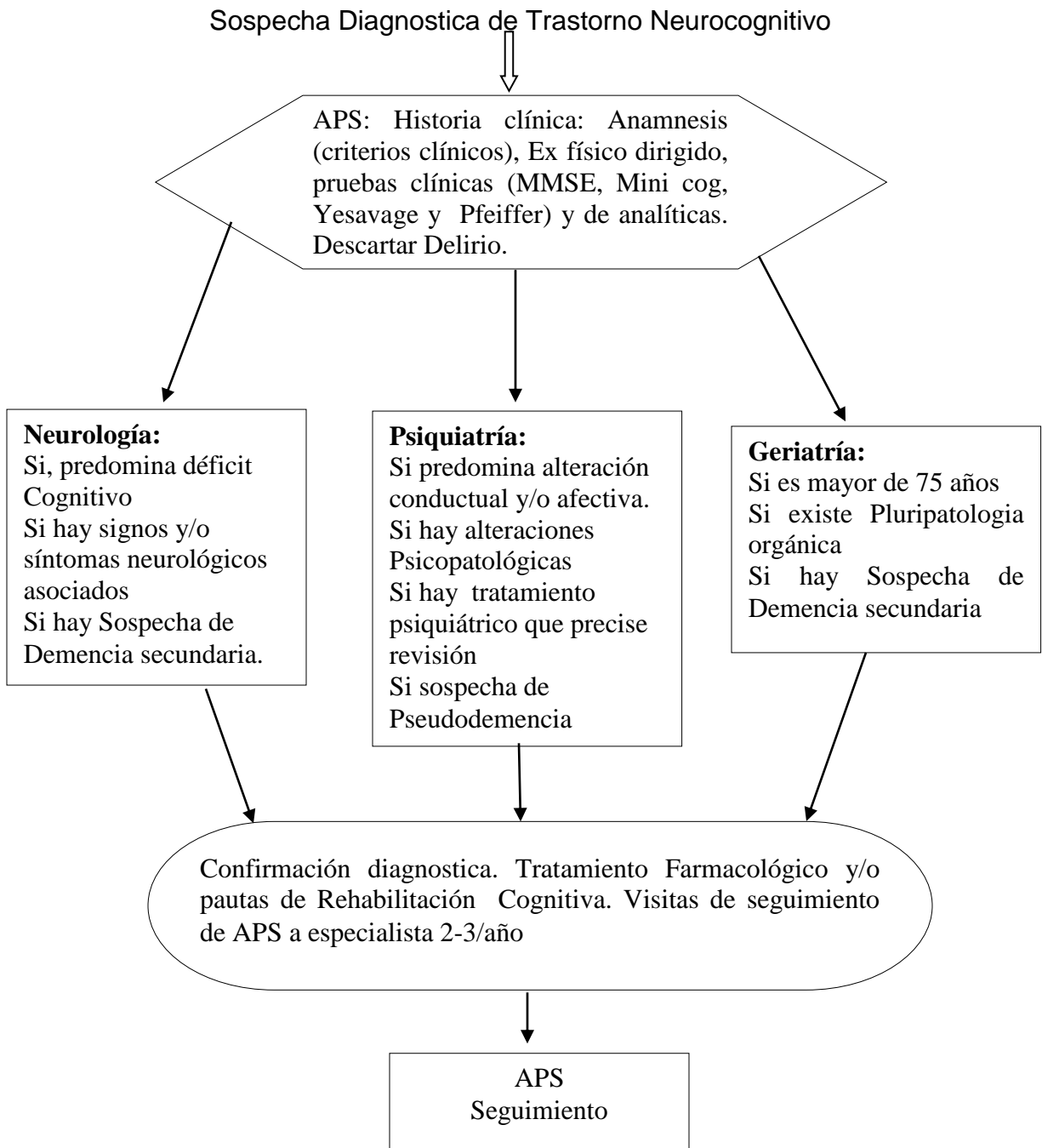
La atención especializada en **Geriatría** está dirigida preferentemente a adultos mayores con demencia que presenten alguna de las siguientes condiciones:


- .-Mayores de 75 años.
- .-Si existe Pluripatología Orgánica.
- .-Si hay Sospecha de causas secundarias.
- .-Presencia de otros síndromes Geriátricos: Polifarmacia, caídas, incontinencia urinaria, trastorno del sueño, trastorno del ánimo.

Criterios de contrarreferencia

Una vez realizado la confirmación diagnóstica por el especialista y este indicada la terapia farmacológica se solicita el retiro de fármaco en su establecimiento de APS y control 2 o 3 visitas al año con la especialidad, y una vez corroborada la buena respuesta a tratamiento se realiza la contrarreferencia definitiva a APS.

1. Flujograma



| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

Metodología de Evaluación.

Fuente de datos: Ficha clínica y Solicitud de Interconsulta (SIC) de cada establecimiento.(Personal del SOME de las listas de espera)

Formula del Indicador: N° de SIC de pacientes con Demencia que cumplen con derivación de acuerdo a protocolo en periodo determinado /N° total de SIC enviadas en el mismo periodo x 100

De acuerdo al número de SIC se puede estudiar la totalidad o a través de un muestreo aleatorio.

Rango de desempeño: Mínimo: 80%, Máximo: 100%, Análisis: Excelente: 90-100%, Aceptable: 80-89% y deficiente: Menos de 79%. Frecuencia: Semestral.

Plan de Difusión:

.-Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.

.-Presentación y entrega a los responsable en el CIRA.

Bibliografía

.- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.

.-Contador I, y Col. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. Rev Neurol. 2010 1;51(11):677-86. PubMed PMID: 21108230.

.-Chen CY, et al. A quick dementia screening tool for primary care physicians. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Jul-Aug;53(1):100-3. doi: 10.1016/j.archger.2010.06.008. Epub 2010 Jul 16. PubMed PMID: 20638142.

.-EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. MINSAL


.- Galvin J, et al Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia. J Am Board Fam Med 2012;25:367–382.

.-Guía de Atención al paciente con Demencia en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. España.

.-Plan Nacional para las Demencias. MINSAL. 2015.

.-Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores. MINSAL. 2014.


.-SENAMA.- <http://www.senama.cl/araucania.html>. Fecha de acceso 24/04/2016.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

Anexos.

ANEXO A: MMSE

1. Evalúa la orientación temporal y espacial del adulto mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana. Se contabiliza cada respuesta correcta con 1 punto.
2. Evalúa la memoria a corto plazo a través de recordar 3 palabras, se le asigna un punto por cada respuesta correcta, total 3 puntos. Estas tres palabras se pueden repetir hasta cinco veces. Recuerde consignar las veces que repitió. Es importante que quien aplique el test no cambie las palabras: árbol, mesa, avión, por otras.
3. Evalúa atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia. La instrucción se entrega una sola vez: “le voy a nombrar unos números, usted debe repetirlos de atrás para adelante” El puntaje de esta pregunta está dado por la mantención de la serie de los números impares, aún cuando el adulto mayor omita o reemplace un número; por ejemplo: 9-7-5-3-1= 5 puntos 9-8-5-3-1= 4 puntos 9-7-4-2-1= 2 puntos 9-5-3-1 = 4 puntos
Otras combinaciones
4. Evalúa la capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones. En esta prueba, la instrucción debe ser entregada en forma lenta, pausada y de una sola vez. Se asignan tres puntos, un punto por cada acción realizada correctamente.
5. Evalúa memoria a largo plazo. “Hace un momento le solicité que recordara 3 palabras, repítalas en cualquier orden”. Se asigna un punto por cada respuesta correcta, no importando el orden.
6. Evalúa la capacidad viso constructiva. Cuando esta capacidad esta alterada, el adulto mayor debe ser derivado urgente a medico por sospecha de un Estado Confusional Agudo. Quien aplica el test debe presentar al adulto mayor un dibujo con los círculos que convergen en tamaño grande.

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

ANEXO B: CUESTIONARIO PORTATIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER

1. Fecha de hoy: DD_____MM_____AA_____
2. Día de la semana de hoy:
3. Nombre del lugar:
4. Número de teléfono:
- 4^a. 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 4^a, 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 educacionales: a) personas que solamente han tenido una educación de nivel escolar; b) personas que

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

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

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

ANEXO C: INDICE DE BARTHEL

Comer

10. Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser considerada por otra persona.
1. Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona. _____

Lavarse (bañarse)

5. Independiente. Capaza de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0. Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión. _____

Vestirse

10. Independiente. Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa por ejemplo, braguero, corsé, etc., sin ayuda.
5. Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de tareas de un tiempo razonable.
0. Dependiente. _____

Arreglarse

5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
0. Dependiente. Necesita alguna ayuda. _____

Deposición


10. Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselo por sí solo.
5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0. Incontinente. Incluye administración de enemas o supositorios por otro. _____

Micción (Valorar la situación en la semana previa)

10. Continente. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
5. Accidente ocasional. Máximo uno en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.
0. Incontinente. Incluye pacientes con sondas incapaces de manejarse. _____

Ir al baño

10. Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa una bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
|  | | Código | |
| | | Versión | Primera |
| | | Fecha | Abril , 2016 |
| | | Vigencia | Abril, 2018 |
| | | | |

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0. Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor. _____

Trasladarse sillón/cama

15. Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desliza al apoyar el pie, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10. Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5. Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse.
1. Dependiente. Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede caminar el menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, es capaz de pon3rsela y quit3rsela solo.
10. Necesita ayuda. Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayuda para permanecer de pie (andador).
5. Independiente en silla de ruedas en 50 m. debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro. _____

Subir y bajar escaleras

10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos.
5. Necesita ayuda. Supervisi3n f3sica o verbal.
1. Dependiente. Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

Puntuaci3n total _____

Puntuaci3n orientadora del grado de dependencia:

Menor 20 = Total 20-40 = Grave 45-55 = Moderada 60 o m3s = Leve