



International Parkinson and
Movement Disorder Society

MDS-UPDRS

The MDS-sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Official MDS Spanish Translation

Autores:

Christopher G. Goetz
Stanley Fahn
Pablo Martinez-Martin
Werner Poewe
Cristina Sampaio
Glenn T. Stebbins
Matthew B. Stern
Barbara C. Tilley
Richard Dodel
Bruno Dubois
Robert Holloway
Joseph Jankovic

Jaime Kulisevsky
Anthony E. Lang
Andrew Lees
Sue Leurgans
Peter A. LeWitt
David Nyenhuis
Warren Olanow
Olivier Rascol
Anette Schrag
Jeanne A. Teresi
Jacobus J. van Hilten
Nancy LaPelle

Tel +1 (414) 276-2145
Fax +1 (414) 276-3349

555 E. Wells Street, Suite 1100
Milwaukee, WI 53202-3823

www.movementdisorders.org
ratingscales@movementdisorders.org

Permisos de la MDS

La revisión de la UPDRS patrocinada por la MDS (MDS-UPDRS) es propiedad de y está autorizada por la International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS). Se requiere permiso para usar la escala y éste se puede obtener enviando un Formulario de Solicitud de Permisos desde el sitio web de la MDS. Para consultas sobre licencias, envíe un correo electrónico a ratingscales@movementdisorders.org.

Queda estrictamente prohibida la reproducción, distribución, traducción o venta no autorizadas de cualquier parte del MDS-UPDRS. No se permiten cambios, modificaciones y trabajos derivados de la escala sin la autorización expresa de la MDS. Excepto con permiso de la MDS, la MDS-UPDRS no se puede incorporar en actividades o instrumentos que incluyen, pero no se limitan a, ensayos clínicos, materiales de capacitación, programas de certificación, programas de software, plataformas electrónicas, registros médicos electrónicos, bases de datos o dispositivos.

MDS-UPDRS

La nueva versión de la UPDRS, patrocinada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (Movement Disorders Society, MDS), se basa en la crítica formulada por el Grupo de Expertos en Escalas de Evaluación de la enfermedad de Parkinson (*Task Force for Rating Scales in Parkinson's Disease*) (*Mov Disord* 2003; 18:738-750). Posteriormente, la MDS encargó a un coordinador la organización de un programa para proporcionar a la comunidad de los Trastornos del Movimiento una nueva versión de la UPDRS que mantuviera el formato completo de la UPDRS original y que abordara las cuestiones identificadas en la crítica como debilidades y ambigüedades. El coordinador identificó subcomités con presidentes y miembros. Cada parte fue escrita por los miembros del subcomité correspondiente y, posteriormente, revisada y ratificada por el grupo completo. Los miembros aparecen listados más abajo.

La MDS-UPDRS tiene cuatro partes: Parte I (experiencias no motoras de la vida diaria), Parte II (experiencias motoras de la vida diaria), Parte III (exploración motora) y Parte IV (complicaciones motoras). La Parte I tiene dos componentes: IA, referida a un determinado número de conductas evaluadas por el investigador con la información proporcionada por pacientes y cuidadores; y IB, que es cumplimentada por el paciente con o sin la ayuda del cuidador, pero independientemente del investigador. Sin embargo, el evaluador puede revisar esta parte para garantizar que se han contestado todas las preguntas de manera clara, y puede ayudar explicando cualquier ambigüedad percibida. La Parte II se ha diseñado como un cuestionario auto-administrado como la parte IB, pero puede ser revisada por el investigador para garantizar que se ha respondido de manera completa y clara. Es de destacar que las versiones oficiales de las Partes IA, IB y II de la MDS-UPDRS no se puntúan en "ON" y en "OFF" por separado. Sin embargo, para protocolos o programas individuales pueden usarse las mismas preguntas en "ON" y "OFF". La Parte III tiene instrucciones que el evaluador tiene que dar o mostrar al paciente; es cumplimentada por el evaluador. La Parte IV tiene instrucciones para el evaluador e instrucciones que se deben leer al paciente. Esta parte integra la información obtenida del paciente con el juicio clínico y las observaciones del evaluador y es el evaluador quien la cumplimenta.

Los autores de esta nueva versión son:

Coordinador: Christopher G. Goetz

Parte I: Werner Poewe (presidente), Bruno Dubois, Anette Schrag

Parte II: Matthew B. Stern (presidente), Anthony E. Lang, Peter A. LeWitt

Parte III: Stanley Fahn (presidente), Joseph Jankovic, C. Warren Olanow

Parte IV: Pablo Martinez-Martin (presidente), Andrew Lees, Olivier Rascol, Bob van Hilten

Normas de desarrollo: Glenn T. Stebbins (presidente), Robert Holloway, David Nyenhuis

Apéndices: Cristina Sampaio (presidente), Richard Dodel, Jaime Kulisevsky

Análisis estadístico: Barbara Tilley (presidente), Sue Leurgans, Jean Teresi

Asesores: Stephanie Shaftman, Nancy LaPelle

Persona de Contacto: International Parkinson and Movement Disorder Society

555 East Wells Street, Suite 1100

Milwaukee, WI 53202

Telephone: +1(414)-276-2145

Email: ratingscales@movementdisorders.org

1 de Julio de 2008

Parte I: Aspectos No-Motores de las Experiencias de la Vida Diaria (nM-EVD)

Visión de conjunto: Esta parte de la escala evalúa el impacto no motor de la enfermedad de Parkinson (EP) en las experiencias de la vida diaria de los pacientes. Tiene 13 preguntas. La Parte IA es administrada por el evaluador (seis preguntas) y se centra en conductas complejas. La Parte IB es un componente del Cuestionario del Paciente auto-administrado que incluye siete preguntas sobre experiencias no motoras de la vida diaria.

Parte IA:

Al administrar la parte IA, el evaluador debe seguir las siguientes indicaciones:

1. Marcar al comienzo del cuestionario la fuente principal de información: paciente, cuidador o paciente y cuidador en la misma proporción.
2. La respuesta a cada ítem debe referirse al periodo de tiempo que abarca los siete días anteriores, incluyendo el día en que se recoge la información.
3. Todos los ítems deben puntuarse con un número entero (sin medios puntos ni datos ausentes). Si un ítem no es aplicable o no puede puntuarse (ej., una persona amputada que no puede caminar), el ítem debe marcarse como “**NV**” (no valorable).
4. Las respuestas deben reflejar el nivel de funcionamiento habitual, por lo que se pueden utilizar con los pacientes palabras como, “habitualmente,” “generalmente,” “la mayor parte del tiempo”.
5. Cada pregunta tiene un texto que debe ser leído (Instrucciones para el paciente o cuidador). Después de hacerlo, usted puede dar explicaciones detalladas e indagar basándose en los síntomas clave esbozados en las Instrucciones para el evaluador. **NO** se deben LEER las OPCIONES DE RESPUESTA al paciente/cuidador, porque están escritas con terminología médica. A partir de la entrevista e indagación usted utilizará su juicio clínico para llegar a la mejor respuesta.
6. Los pacientes pueden presentar comorbilidad y otras condiciones médicas que afecten a su funcionamiento. Se debe valorar el problema con el paciente, tal cual es y no intentar separar los elementos debidos a la enfermedad de Parkinson de otros trastornos.

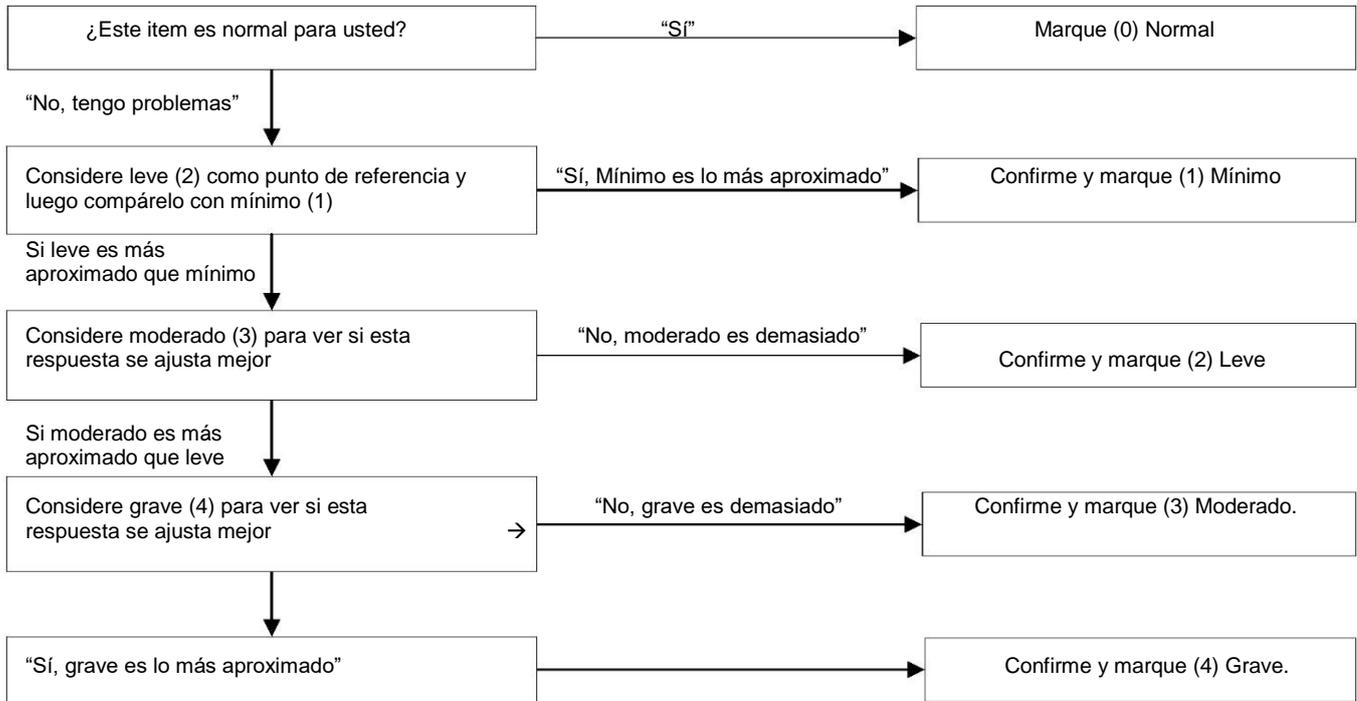
EJEMPLO DE SELECCIÓN ENTRE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DE LA PARTE IA

Estrategias sugeridas para obtener la respuesta más exacta:

Después de leer las instrucciones para el paciente, tendrá que indagar en el dominio completo que se está analizando para determinar si es normal o problemático. Si las preguntas no identifican ningún problema en este dominio, marque 0 y continúe con la siguiente pregunta.

Si identifica un problema en este dominio, tome como punto de referencia la puntuación intermedia (opción 2 o Leve) para averiguar si el paciente está situado en este nivel, o mejor, o peor. No debe leer las opciones de respuesta al paciente ya que se utiliza terminología clínica. Debe realizar las preguntas que sean necesarias para determinar qué respuesta debe codificarse.

Compruebe con el paciente las diversas opciones de respuesta para identificar la más exacta, realizando una comprobación final mediante exclusión de las opciones situadas por encima y por debajo de la respuesta seleccionada.



1.2. ALUCINACIONES Y PSICOSIS

Instrucciones para el evaluador: Considere tanto ilusiones (interpretaciones erróneas de estímulos reales) como alucinaciones (sensaciones falsas espontáneas). Considere todos los dominios sensoriales (visual, auditivo, táctil, olfativo y gustativo). Determine la presencia de sensaciones no formes (por ejemplo, sensación de presencia o impresiones fugaces falsas) así como formes (totalmente desarrolladas y detalladas). Evalúe el nivel de introspección del paciente en relación con las alucinaciones e identifique delirio y pensamiento psicótico.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]: Durante los últimos siete días, ¿ha visto, oído, olido, o sentido cosas que realmente no estaban presentes? [En caso afirmativo, el evaluador interrogará al paciente o cuidador para ampliar y detallar la información.]

- 0: Normal: Sin alucinaciones o conducta psicótica.
- 1: Mínimo: Ilusiones o alucinaciones no formes, pero el paciente las reconoce sin pérdida de introspección.
- 2: Leve: Alucinaciones formes independientes de los estímulos ambientales. Sin pérdida de introspección.
- 3: Moderado: Alucinaciones formes con pérdida de introspección.
- 4: Grave: El paciente tiene delirios o paranoia.

1.3. ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO

Instrucciones para el evaluador: Considere estado de ánimo decaído, tristeza, desesperanza, sentimientos de vacío o pérdida del placer (anhedonia). Determine su presencia y duración durante los últimos siete días y valore su interferencia con la capacidad del paciente para llevar a cabo sus rutinas diarias e involucrarse en interacciones sociales.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]: Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido deprimido, triste, desesperanzado, o incapaz de disfrutar? En caso afirmativo, ¿esta sensación ha durado más de un día? ¿Se le hizo difícil llevar a cabo sus actividades cotidianas o estar con gente? [En caso afirmativo, el evaluador interrogará al paciente o cuidador para ampliar y detallar la información.]

- 0: Normal: Sin estado de ánimo depresivo.
- 1: Mínimo: Episodios de estado de ánimo depresivo que no duran más de un día cada vez que ocurren. No interfieren con la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.
- 2: Leve: Estado de ánimo depresivo que se mantiene durante días, pero sin interferir con las actividades normales e interacciones sociales.
- 3: Moderado: Estado de ánimo depresivo que interfiere, pero no anula, la capacidad del paciente para desempeñar actividades normales e interacciones sociales.
- 4: Grave: Estado de ánimo depresivo que impide al paciente llevar a cabo las actividades normales e interacciones sociales.

Puntuación

1.4. ANSIEDAD

Instrucciones para el evaluador: Determine la presencia de sensación de nerviosismo, tensión, preocupación o ansiedad (incluyendo ataques de pánico) durante los últimos siete días y valore su duración e interferencia con la capacidad del paciente para llevar a cabo sus rutinas diarias o involucrarse en interacciones sociales.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]: Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido nervioso, preocupado, o tenso? En caso afirmativo, ¿esta sensación ha durado más de un día? ¿Se le hizo difícil seguir con sus actividades habituales o estar con gente? [En caso afirmativo, el evaluador interrogará al paciente o cuidador para ampliar y detallar la información.]

- 0: Normal: Sin sensación de ansiedad.
- 1: Mínimo: Sensación de ansiedad presente, pero que no dura más de un día. Sin interferencia en la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.
- 2: Leve: Sensación de ansiedad que dura más de un día, pero sin interferir en la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.
- 3: Moderado: Sensación de ansiedad que interfiere, pero no anula, la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.
- 4: Grave: Sensación de ansiedad que anula la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.

1.5. APATÍA

Instrucciones para el evaluador: Considere el nivel de actividad espontánea, asertividad, motivación e iniciativa y evalúe el impacto de su disminución sobre la realización de rutinas diarias e interacciones sociales. Aquí, el evaluador debe intentar distinguir entre apatía y síntomas similares que se explican mejor por depresión.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]: Durante los últimos siete días, ¿ha perdido el interés para realizar actividades o para estar con gente? [En caso afirmativo, el evaluador interrogará al paciente o cuidador para ampliar y detallar la información.]

- 0: Normal: Sin apatía.
- 1: Mínimo: Apatía percibida por el paciente y/o el cuidador, pero sin interferencia en las actividades diarias y las interacciones sociales
- 2: Leve: La apatía interfiere en actividades e interacciones sociales aisladas.
- 3: Moderado: La apatía interfiere con la mayoría de actividades e interacciones sociales.
- 4: Grave: Pasivo y retraído, pérdida completa de la iniciativa.

Puntuación

1.6. MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE DISREGULACIÓN DOPAMINÉRGICA

Puntuación

Instrucciones para el evaluador: Considere la implicación en una serie de actividades incluyendo el juego atípico o excesivo (p.ej., casinos o lotería), impulso o interés sexual atípico o excesivo (p.ej., interés inusual en pornografía, masturbación, demandas sexuales a la pareja), otras actividades repetitivas (p.ej., hobbies, desmontar objetos, ordenar o organizar objetos), o tomas de medicación extra, no prescritas, por razones no relacionadas con el estado físico (es decir, conducta adictiva). Evalúe el impacto de tales actividades/conductas anormales sobre la vida personal del paciente y sobre su familia y relaciones sociales (incluyendo la necesidad de pedir dinero prestado u otras dificultades financieras, tales como retirada de la tarjeta de crédito, conflictos graves con la familia, pérdida de horas de trabajo, de comidas o de horas de sueño debido a la actividad).

Instrucciones para el paciente [y cuidador]: Durante los últimos siete días, ¿ha tenido impulsos extraordinariamente fuertes, difíciles de controlar? ¿Se ha sentido impulsado a hacer o pensar en algo y le ha resultado difícil interrumpirlo? [Proporcione al paciente ejemplos tales como juego, limpieza, usar el ordenador, tomar medicación extra, obsesiones sobre la comida o el sexo, dependiendo del paciente.]

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Existen problemas, pero habitualmente no causan dificultades al paciente o familia/cuidador.
- 2: Leve: Existen problemas y habitualmente causan algunas dificultades en la vida personal y familiar del paciente.
- 3: Moderado: Existen problemas y habitualmente causan muchas dificultades en la vida personal y familiar del paciente.
- 4: Grave: Existen problemas e impiden al paciente llevar a cabo actividades normales o interacciones sociales o mantener los niveles previos en su vida personal y familiar.



Las cuestiones restantes de la Parte I (Experiencias no Motoras de la vida Diaria) [Sueño, Somnolencia diurna, Dolor y Otras Sensaciones, Problemas Urinarios, Estreñimiento, Mareo al ponerse de pie, y Fatiga] están en el Cuestionario del Paciente junto con todas las preguntas de la Parte II (Experiencias Motoras de la Vida Diaria).

Cuestionario del Paciente

Instrucciones:

Este cuestionario le planteará preguntas sobre sus experiencias de la vida diaria.

Hay 20 preguntas. Estamos intentando ser minuciosos, por lo que puede que algunas de estas preguntas no se refieran a lo que le ocurre a usted ahora o en el futuro. Si no tiene ese problema, simplemente marque 0 (NO).

Por favor, lea cada pregunta cuidadosamente y lea todas las respuestas antes de elegir la que mejor se ajuste a usted.

Estamos interesados en su funcionamiento habitual durante los últimos siete días incluyendo el día de hoy. Algunos pacientes pueden hacer las cosas mejor en algunos momentos del día que en otros. Sin embargo, solo se permite elegir una respuesta para cada pregunta, de modo que, por favor, marque la respuesta que mejor describe lo que usted puede hacer la mayor parte del tiempo.

Puede que usted tenga otros problemas de salud además de la enfermedad de Parkinson. No se preocupe por separar la enfermedad de Parkinson de los otros trastornos. Simplemente, responda a las preguntas con la respuesta más adecuada.

Use únicamente 0, 1, 2, 3, 4 para las respuestas, nada más. No deje preguntas en blanco.

Su médico o enfermera/o pueden revisar las preguntas con usted, pero este cuestionario lo debe completar el paciente, solo o con su cuidador.

¿Quién está respondiendo a este cuestionario? (elija la respuesta más adecuada)

Paciente Cuidador Paciente y cuidador en la misma proporción

Parte I: Aspectos No-Motores de las Experiencias de la Vida Diaria (nM-EVD)

1.7. PROBLEMAS DE SUEÑO

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas para dormirse o permanecer dormido durante la noche? Considere hasta qué punto se ha sentido descansado al despertarse por la mañana.

- 0: Normal: No tengo problemas.
- 1: Mínimo: Tengo problemas de sueño, pero habitualmente no me molestan para dormir toda la noche.
- 2: Leve: Los problemas de sueño me causan habitualmente algunas dificultades para dormir toda la noche.
- 3: Moderado: Los problemas de sueño me causan muchas dificultades para dormir toda la noche, pero aún así duermo habitualmente más de la mitad de la noche.
- 4: Grave: Habitualmente no duermo durante la mayor parte de la noche.

Puntuación

1.8. SOMNOLENCIA DIURNA

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas para permanecer despierto durante el día?

- 0: Normal: No tengo somnolencia durante el día.
- 1: Mínimo: Tengo somnolencia durante el día, pero puedo resistirla y permanecer despierto.
- 2: Leve: Algunas veces me quedo dormido cuando estoy solo y relajado. Por ejemplo, cuando estoy leyendo o viendo la televisión.
- 3: Moderado: Algunas veces me quedo dormido cuando no debería. Por ejemplo, mientras estoy comiendo o conversando con otras personas.
- 4: Grave: Con frecuencia me quedo dormido cuando no debería. Por ejemplo, mientras estoy comiendo o conversando con otras personas.

1.9. DOLOR Y OTRAS SENSACIONES

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido molestias como dolor, hormigueos o calambres?

- 0: Normal: Sin molestias.
- 1: Mínimo: Tengo estas molestias. Sin embargo, puedo hacer cosas y estar con otras personas sin dificultad.
- 2: Leve: Estas molestias me causan algunos problemas cuando hago cosas o estoy con otras personas.
- 3: Moderado: Estas molestias me causan muchos problemas, pero no me impiden hacer cosas o estar con otras personas.
- 4: Grave: Estas molestias me impiden hacer cosas o estar con otras personas.

1.10. PROBLEMAS URINARIOS

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas para controlar la orina? Por ejemplo, necesidad urgente de orinar, necesidad de orinar con mucha frecuencia, o pérdidas de orina?

- 0: Normal: Sin problemas para controlar la orina.
- 1: Mínimo: Necesito orinar con frecuencia o urgentemente. Sin embargo, este problema no me causa dificultades en mis actividades diarias.
- 2: Leve: Los problemas urinarios me causan algunas dificultades en mis actividades diarias. Sin embargo, no tengo pérdidas de orina.
- 3: Moderado: Los problemas urinarios, incluyendo pérdidas de orina, me causan muchas dificultades en mis actividades diarias.
- 4: Grave: No puedo controlar mi orina y uso pañales o tengo sonda (catéter).

1.11. PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas de estreñimiento que le causen dificultad para defecar?

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: He estado estreñado. Debo hacer esfuerzo para defecar. Sin embargo, este problema no altera mis actividades ni me molesta.
- 2: Leve: El estreñimiento me causa algunos problemas para hacer cosas o para sentirme cómodo.
- 3: Moderado: El estreñimiento me causa muchos problemas para hacer cosas o para sentirme cómodo. Sin embargo, no me impide hacer cualquier cosa.
- 4: Grave: Normalmente necesito ayuda física de otra persona para vaciar mi intestino.

1.12. SENSACIÓN DE MAREO AL PONERSE DE PIE

Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido desfallecer, mareado, o aturdido cuando se ha puesto de pie después de estar sentado o tumbado?

- 0: Normal: Sin sensación de mareo o aturdimiento.
- 1: Mínimo: Tengo sensaciones de mareo o aturdimiento. Sin embargo, no me causan problemas para hacer cosas.
- 2: Leve: El mareo o aturdimiento me obliga a apoyarme en algo, pero no necesito volver a sentarme o tumbarme.
- 3: Moderado: El mareo o aturdimiento me obliga a volver a sentarme o tumbarme para no desmayarme o caerme.
- 4: Grave: El mareo o aturdimiento me hace caer o desmayarme.

1.13. FATIGA

Durante los últimos siete días, ¿se ha sentido fatigado habitualmente? Esta sensación no depende de estar somnoliento o triste.

- 0: Normal: Sin fatiga.
- 1: Mínimo: Tengo fatiga. Sin embargo, no me causa problemas para hacer cosas o para estar con gente.
- 2: Leve: La fatiga me causa algunos problemas para hacer cosas o para estar con gente.
- 3: Moderado: La fatiga me causa muchos problemas para hacer cosas o para estar con gente. Sin embargo, no me impide hacer cualquier cosa.
- 4: Grave: La fatiga me impide hacer cosas o estar con gente.

Parte II: Aspectos Motores de las Experiencias de la Vida Diaria (M-EVD)

2.1. HABLAR

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas para hablar?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Hablo bajo, pronuncio mal o irregular, pero no tanto como para que otras personas me pidan que repita.
- 2: Leve: Mi forma de hablar hace que otras personas me pidan a veces que repita, pero no todos los días.
- 3: Moderado: Hablo con tantos problemas que la gente me pide todos los días que repita, aunque la mayor parte de lo que hablo puede entenderse.
- 4: Grave: No puede entenderse la mayor parte o nada de lo que hablo.

2.2. SALIVA Y BABEO

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente demasiada saliva cuando está despierto o durmiendo?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Tengo demasiada saliva, pero no babeo.
- 2: Leve: Tengo cierto babeo mientras duermo, pero no cuando estoy despierto.
- 3: Moderado: Tengo cierto babeo cuando estoy despierto, pero normalmente no necesito pañuelos o babero.
- 4: Grave: Tengo tanto babeo que necesito usar habitualmente pañuelos o un babero para proteger la ropa.

2.3. MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para tragar las pastillas o comer? ¿Necesita cortar o aplastar las pastillas o ablandar, picar o triturar las comidas para evitar atragantarse?

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Soy consciente de mi lentitud al masticar o de tragar con esfuerzo, pero no me atraganto ni necesito comida preparada especialmente.
- 2: Leve: Necesito cortar las pastillas o comida preparada especialmente porque tengo problemas para masticar o tragar, pero durante los últimos siete días no me he atragantado.
- 3: Moderado: Me he atragantado al menos una vez durante los últimos siete días.
- 4: Grave: Debido a mis problemas para masticar y tragar, necesito alimentación por sonda.

2.4. ACTIVIDADES PARA COMER

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para manipular los alimentos y usar los cubiertos? Por ejemplo, ¿ha tenido problemas para comer con las manos o para usar el tenedor, el cuchillo, la cuchara o los palillos?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Soy lento, pero no necesito ayuda para comer y no se me caen los alimentos mientras como.
- 2: Leve: Soy lento para comer y ocasionalmente se me cae la comida. Puedo necesitar ayuda para algunas tareas, como cortar la carne.
- 3: Moderado: Necesito ayuda en muchas de las actividades para comer, aunque puedo hacer otras solo.
- 4: Grave: Necesito ayuda en todo o casi todo para comer.

2.5. VESTIRSE

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para vestirse? Por ejemplo, ¿es usted lento o necesita ayuda para abotonarse, usar cremalleras, ponerse o quitarse la ropa o joyas?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Soy lento, pero no necesito ayuda.
- 2: Leve: Soy lento y necesito ayuda para algunas cosas al vestirme (botones, pulseras).
- 3: Moderado: Necesito ayuda para muchas cosas al vestirme.
- 4: Grave: Necesito ayuda en todo o casi todo para vestirme.

Puntuación

2.6. HIGIENE

Durante los últimos siete días, ¿ha sido habitualmente lento o ha necesitado ayuda al lavarse, bañarse, afeitarse, cepillarse los dientes, peinarse o con otras actividades de higiene personal?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Soy lento, pero no necesito ayuda.
- 2: Leve: Necesito que alguien me ayude con algunas actividades de higiene.
- 3: Moderado: Necesito ayuda para muchas actividades de higiene.
- 4: Grave: Necesito ayuda en todo o casi todo para mi higiene.

2.7. ESCRITURA

Durante los últimos siete días, ¿han tenido otras personas problemas para leer su escritura?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Mi escritura es lenta, torpe o irregular, pero todas las palabras se leen claramente.
- 2: Leve: Algunas palabras no son claras y se leen con dificultad.
- 3: Moderado: Muchas palabras no son claras y se leen con dificultad.
- 4: Grave: No se pueden leer la mayoría de las palabras o ninguna.

2.8. HOBBIES Y OTRAS ACTIVIDADES

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para practicar sus hobbies (aficiones) o realizar otras actividades que le gusta hacer?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Soy un poco lento, pero hago esas actividades fácilmente.
- 2: Leve: Tengo algunas dificultades para hacer esas actividades.
- 3: Moderado: Tengo grandes problemas para esas actividades, pero todavía hago la mayoría.
- 4: Grave: Soy incapaz de hacer todas o casi todas esas actividades.

Puntuación

2.9. DARSE LA VUELTA EN LA CAMA

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para darse la vuelta en la cama?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Tengo algún problema, pero no necesito ayuda.
- 2: Leve: Tengo muchos problemas para darme la vuelta y ocasionalmente necesito que alguien me ayude.
- 3: Moderado: Para darme la vuelta necesito, con frecuencia, que alguien me ayude.
- 4: Grave: Soy incapaz de darme la vuelta sin ayuda de alguien.

Puntuación

2.10. TEMBLOR

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido temblor?

- 0: Normal: No, en absoluto. No tengo temblor.
- 1: Mínimo: Tengo temblor, pero no me causa problemas en ninguna actividad.
- 2: Leve: El temblor me causa problemas solo en algunas actividades.
- 3: Moderado: El temblor me causa problemas en muchas de mis actividades diarias.
- 4: Grave: El temblor me causa problemas en la mayoría o todas mis actividades.

2.11. LEVANTARSE DE LA CAMA, DEL ASIENTO DE UN COCHE O DE UN SILLÓN,

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para levantarse de la cama, del asiento de un coche o de un sillón?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Estoy lento o torpe, pero normalmente puedo hacerlo al primer intento.
- 2: Leve: Necesito más de un intento para levantarme o necesito ayuda ocasionalmente.
- 3: Moderado: Algunas veces necesito ayuda para levantarme, pero la mayor parte de las veces puedo hacerlo solo.
- 4: Grave: Necesito ayuda siempre o casi siempre.

2.12. CAMINAR Y EQUILIBRIO

Puntuación

Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas con el equilibrio y para caminar?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Soy un poco lento o puede que arrastre una pierna. Nunca utilizo una ayuda para caminar (bastón, andador).
- 2: Leve: Utilizo ocasionalmente una ayuda para caminar (bastón, andador), pero no necesito ayuda de otra persona.
- 3: Moderado: Normalmente uso una ayuda para caminar (bastón, andador) de forma segura sin caerme. Sin embargo, normalmente no necesito apoyarme en otra persona.
- 4: Grave: Normalmente necesito apoyarme en otra persona para andar de forma segura sin caerme.

2.13. CONGELACIONES O BLOQUEOS (AL CAMINAR)

Durante los últimos siete días, al caminar en un día normal, ¿se queda parado o bloqueado de repente como si sus pies estuvieran pegados al suelo?

- 0: Normal: No, en absoluto (sin problemas).
- 1: Mínimo: Me bloqueo brevemente, pero puedo volver a andar con facilidad. No necesito que nadie me ayude ni una ayuda para caminar (bastón/andador) por los bloqueos.
- 2: Leve: Me bloqueo y tengo problemas para volver a andar, pero no necesito que nadie me ayude ni una ayuda para caminar (bastón/andador) por los bloqueos.
- 3: Moderado: Cuando me bloqueo tengo muchos problemas para volver a andar y, debido a los bloqueos, algunas veces necesito usar una ayuda para caminar (bastón/andador) o que alguien me ayude.
- 4: Grave: Debido a los bloqueos necesito usar, la mayor parte o todo el tiempo, una ayuda para caminar o que alguien me ayude.

Esto completa el cuestionario. Puede que le hayamos preguntado sobre problemas que no ha tenido nunca, o que le hayamos mencionado problemas que nunca va a tener. No todos los pacientes desarrollan estos problemas, pero debido a que pueden ocurrir, es importante hacer todas las preguntas a todos los pacientes. Gracias por su tiempo y atención al responder al cuestionario.

Parte III: Exploración motora

Visión de conjunto: esta parte de la escala evalúa los signos motores de la EP. Al administrar la Parte III de la MDS-UPDRS, el evaluador debe cumplir las siguientes directrices:

Al comienzo del formulario, marque si el paciente está tomando medicación para tratar los síntomas de la enfermedad de Parkinson y, si está tomando levodopa, el tiempo que ha pasado desde la última dosis.

Si el paciente está tomando medicación para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, marque también el estado clínico del paciente usando las siguientes definiciones:

ON es el estado funcional característico del paciente cuando toma medicación y muestra una buena respuesta.

OFF es el estado funcional característico del paciente cuando muestra una pobre respuesta a pesar de tomar la medicación.

El evaluador debe “evaluar lo que ve.” Es evidente que problemas médicos concomitantes tales como un ictus, parálisis, artritis, contractura, y problemas ortopédicos tales como prótesis de cadera o rodilla y escoliosis pueden interferir con ítems concretos de la exploración motora. En situaciones en las que sea totalmente imposible la evaluación (p.ej., amputaciones, paraplejia, miembro escayolado), anote “**NV**” (*no valorable*). En las demás circunstancias, puntúe la ejecución de cada tarea tal como la realice el paciente en el contexto de su comorbilidad.

Todos los ítems deben puntuarse con un número entero (sin medios puntos ni datos ausentes).

Se proporcionan instrucciones específicas para valorar cada ítem. En todos los casos deben seguirse estas instrucciones. El evaluador muestra al paciente las maniobras a realizar mientras las describe y realiza la evaluación inmediatamente a continuación. Los ítems Espontaneidad Global del Movimiento y Temblor de Reposo (3.14 y 3.17) han sido situados intencionadamente al final de la escala, ya que la información clínica correspondiente se obtiene durante la exploración completa.

Indique al final de la evaluación si hubo discinesias (corea o distonía) durante la exploración, y en caso afirmativo, si estos movimientos interfirieron con la exploración motora.

3a ¿Está recibiendo el paciente medicación para tratar los síntomas de la enfermedad de Parkinson?

No Sí

3b Si el paciente está tomando medicación para tratar los síntomas de la enfermedad de Parkinson, marque el estado clínico del paciente de acuerdo con las siguientes definiciones:

ON: “On” es el estado funcional característico cuando los pacientes están recibiendo medicación y tienen una buena respuesta.

OFF: “Off” es el estado funcional característico cuando los pacientes tienen una mala respuesta a pesar de tomar la medicación.

3c ¿Está el paciente tomando levodopa? No Sí

3c.1. En caso afirmativo, minutos transcurridos desde la última dosis de levodopa: ____

3.1. LENGUAJE

Instrucciones para el evaluador: Escuche el lenguaje espontáneo del paciente y mantenga una conversación con él, si es necesario. Temas sugeridos: pregúntele sobre su trabajo, aficiones, ejercicio o cómo ha llegado hasta la consulta. Evalúe el volumen, modulación (prosodia) y claridad, incluyendo mala articulación del lenguaje, palilalia (repetición de sílabas) y taquifemia (lenguaje rápido, juntando sílabas).

- 0: Normal: Sin problemas de lenguaje.
- 1: Mínimo: Pérdida de modulación, dicción o volumen, pero todas las palabras se entienden fácilmente.
- 2: Leve: Pérdida de modulación, dicción o volumen, con algunas palabras poco claras, pero se pueden entender las frases en conjunto
- 3: Moderado: El lenguaje es difícil de entender hasta tal punto que algunas, pero no todas las frases, se entienden mal.
- 4: Grave: La mayor parte del lenguaje es difícil de entender o ininteligible.

3.2. EXPRESIÓN FACIAL

Instrucciones para el evaluador: Observe al paciente sentado en reposo durante 10 segundos, mientras habla y sin hablar. Observe la frecuencia del parpadeo, si existe “cara de máscara” (amimia), o pérdida de la expresión facial, sonrisa espontánea y apertura de labios.

- 0: Normal: Expresión facial normal.
- 1: Mínimo: Mínima “cara de máscara” (amimia), manifestada únicamente por disminución de la frecuencia del parpadeo.
- 2: Leve: Además de la disminución de la frecuencia de parpadeo, también presenta amimia en la parte inferior de la cara, es decir, hay menos movimientos alrededor de la boca, como menos sonrisa espontánea, pero sin apertura de los labios.
- 3: Moderado: “Cara de máscara” (amimia) con apertura de labios parte del tiempo cuando la boca está en reposo.
- 4: Grave: “Cara de máscara” (amimia) con apertura de labios la mayor parte del tiempo cuando la boca está en reposo.

3.3. RIGIDEZ

Instrucciones para el evaluador: la rigidez se evalúa mediante movimientos pasivos lentos de las grandes articulaciones con el paciente en una posición relajada y el evaluador manipulando las extremidades y el cuello. Primero, explore sin maniobra de activación. Explore y evalúe el cuello y cada extremidad por separado. Para los brazos, examine las articulaciones de muñecas y codo simultáneamente. Para las piernas, examine las articulaciones de cadera y rodilla simultáneamente. Si no se detecta rigidez, utilice una maniobra de activación, como por ejemplo el golpeteo de dedos (*tapping*), abrir/cerrar el puño, o taconeo, con una extremidad que no esté siendo explorada. Explique al paciente que permanezca tan relajado como sea posible mientras usted explora la rigidez.

- 0: Normal: Sin rigidez.
- 1: Mínimo: Rigidez solo detectable con maniobra de activación.
- 2: Leve: La rigidez se detecta sin maniobra de activación, pero se consigue fácilmente el rango completo de movimiento.
- 3: Moderado: La rigidez se detecta sin maniobra de activación; se consigue el rango de movimiento completo con esfuerzo.
- 4: Grave: La rigidez se detecta sin maniobra de activación y no se consigue el rango completo de movimiento.

3.4. GOLPETEO DE DEDOS (*FINGER TAPPING*)

Instrucciones para el evaluador: Explore cada mano por separado. Haga una demostración de la tarea, pero no continúe realizándola mientras evalúa al paciente. Instruya al paciente para que golpee el índice con el pulgar 10 veces tan rápida y ampliamente como sea posible. Puntúe cada lado por separado, evaluando velocidad, amplitud, titubeos, interrupciones y disminución de la amplitud.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Cualquiera de los siguientes: a) el ritmo regular se rompe con una o dos interrupciones o titubeos en el movimiento de golpeteo; b) mínimo enlentecimiento; c) la amplitud disminuye cerca del final de los 10 golpeteos.
- 2: Leve: Cualquiera de los siguientes: a) de 3 a 5 interrupciones durante el golpeteo; b) enlentecimiento leve; c) la amplitud disminuye hacia la mitad de la secuencia de 10 golpeteos.
- 3: Moderado: Cualquiera de los siguientes: a) más de 5 interrupciones durante el golpeteo o al menos una interrupción más prolongada (congelación) durante el movimiento en curso; b) enlentecimiento moderado; c) la amplitud disminuye después del primer golpeteo.
- 4: Grave: No puede o apenas puede realizar la tarea debido a enlentecimiento, interrupciones o decrementos.

Puntuación

Cuello

MSD

MSI

MID

MII

Mano dcha.

Mano izda.

3.5. MOVIMIENTOS CON LAS MANOS

Instrucciones para el evaluador: Explore cada mano por separado. Haga una demostración de la tarea, pero no continúe realizándola mientras evalúa al paciente. Instruya al paciente para que cierre fuerte el puño con el brazo doblado por el codo de forma que muestre la palma de la mano al evaluador. Pida al paciente que abra y cierre la mano 10 veces tan rápida y completamente como le sea posible. Si el paciente no cierra fuerte el puño o no abre la mano completamente, recuérdale que lo haga. Puntúe cada lado por separado, evaluando velocidad, amplitud, titubeos, interrupciones y disminución de la amplitud.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Cualquiera de lo siguiente: a) el ritmo regular se rompe con una o dos interrupciones o titubeos en el movimiento; b) mínimo enlentecimiento; c) la amplitud disminuye cerca del final de la tarea.
- 2: Leve: Cualquiera de los siguientes: a) de 3 a 5 interrupciones durante los movimientos; b) enlentecimiento leve; c) la amplitud disminuye hacia la mitad de la tarea.
- 3: Moderado: Cualquiera de los siguientes: a) más de 5 interrupciones durante el movimiento o al menos una interrupción prolongada (congelación) durante el movimiento en curso; b) moderado enlentecimiento; c) la amplitud disminuye después de la primera secuencia de "abrir y cerrar".
- 4: Grave: No puede o casi no puede ejecutar la tarea debido a enlentecimiento, interrupciones o decrementos.

Mano dcha.

Mano izda.

3.6. MOVIMIENTOS DE PRONACIÓN-SUPINACION DE LAS MANOS

Instrucciones para el evaluador: Explore cada mano por separado. Haga una demostración de la tarea, pero no continúe realizándola mientras evalúa al paciente. Instruya al paciente para que extienda el brazo hacia el frente con la palma de la mano hacia abajo y luego que gire la palma de la mano hacia arriba y hacia abajo alternativamente 10 veces, tan rápida y completamente como sea posible. Puntúe cada lado por separado, evaluando velocidad, amplitud, titubeos, interrupciones y disminución de la amplitud.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Cualquiera de los siguientes: a) el ritmo regular se rompe con una o dos interrupciones o titubeos en el movimiento; b) mínimo enlentecimiento; c) la amplitud disminuye cerca del final de la secuencia.
- 2: Leve: Cualquiera de los siguientes: a) de 3 a 5 interrupciones durante los movimientos; b) enlentecimiento leve; c) la amplitud disminuye hacia la mitad de la secuencia.
- 3: Moderado: Cualquiera de los siguientes: a) más de 5 interrupciones durante el movimiento o al menos una interrupción más prolongada (congelación) durante el movimiento en curso; b) moderado enlentecimiento; c) la amplitud disminuye después de la primera secuencia de supinación-pronación.
- 4: Grave: No puede o casi no puede ejecutar la tarea debido a enlentecimiento, interrupciones o decrementos.

Mano dcha.

Mano izda.

3.7. GOLPETEO CON LOS DEDOS DE LOS PIES (TOE TAPPING)

Instrucciones para el evaluador: Haga que el paciente se siente en una silla con respaldo recto y reposabrazos, con ambos pies sobre el suelo. Explore cada pie por separado. Haga una demostración de la tarea, pero no continúe realizándola mientras evalúa al paciente. Instruya al paciente para que coloque los talones en el suelo en una posición cómoda y luego golpee con los dedos de los pies (antepié) 10 veces tan amplia y rápidamente como sea posible. Puntúe cada lado por separado, evaluando velocidad, amplitud, titubeos (dubitaciones), interrupciones y disminución de la amplitud.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Cualquiera de los siguientes: a) el ritmo regular se rompe con una o dos interrupciones o titubeos en el movimiento de golpeteo; b) mínimo enlentecimiento; c) la amplitud disminuye cerca del final de los 10 golpeteos.
- 2: Leve: Cualquiera de los siguientes: a) de 3 a 5 interrupciones durante los movimientos; b) enlentecimiento leve; c) la amplitud disminuye hacia la mitad de la tarea.
- 3: Moderado: Cualquiera de los siguientes: a) más de 5 interrupciones durante el movimiento o al menos una interrupción más larga (congelación) durante el movimiento en curso; b) enlentecimiento moderado; c) la amplitud disminuye después del 1er golpeteo.
- 4: Grave: No puede o casi no puede ejecutar la tarea debido a enlentecimiento, interrupciones o decrementos.

Pie derecho

Pie izquierdo

3.8. AGILIDAD DE LAS PIERNAS

Instrucciones para el evaluador: Haga que el paciente se siente en una silla con respaldo recto y reposabrazos. El paciente debe tener ambos pies colocados cómodamente en el suelo. Puntúe cada pierna por separado. Haga una demostración de la tarea, pero no continúe realizándola mientras evalúa al paciente. Instruya al paciente para que ponga un pie en el suelo en una posición cómoda y luego lo levante y golpee el suelo 10 veces tan rápida y ampliamente como le sea posible. Puntúe cada lado por separado, evaluando velocidad, amplitud, titubeos, interrupciones y disminución de la amplitud.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Cualquiera de los siguientes: a) el ritmo regular se rompe con una o dos interrupciones o titubeos en el movimiento; b) mínimo enlentecimiento; c) la amplitud disminuye cerca del final de la tarea.
- 2: Leve: Cualquiera de los siguientes: a) de 3 a 5 interrupciones durante los movimientos; b) enlentecimiento leve; c) la amplitud disminuye hacia la mitad de la tarea.
- 3: Moderado: Cualquiera de los siguientes: a) más de 5 interrupciones durante el movimiento o al menos una interrupción más larga (congelación) durante el movimiento en curso; b) enlentecimiento moderado; c) la amplitud disminuye después del 1er golpeteo.
- 4: Grave: No puede o casi no puede ejecutar la tarea debido a enlentecimiento, interrupciones, o decrementos.

Pierna dcha.

Pierna izda.

3.9. LEVANTARSE DE LA SILLA

Instrucciones para el evaluador: Haga que el paciente se siente en una silla con respaldo recto y reposabrazos, con ambos pies en el suelo y la espalda apoyada en el respaldo (si el paciente no es demasiado bajo). Pida al paciente que cruce los brazos sobre el pecho y se levante. Si no lo consigue, repita el intento hasta dos veces más, como máximo. Si sigue sin conseguirlo, permita al paciente que avance un poco hacia adelante en la silla para levantarse con los brazos cruzados sobre el pecho. Permita solo un intento en esta situación. Si tampoco lo consigue, permita al paciente que se levante apoyando las manos en el reposabrazos. Permita hasta tres intentos de levantarse. Si no lo consigue, ayude al paciente a levantarse. Después de que el paciente se levante, observe la postura para el ítem 3.13.

- 0: Normal: Sin problemas. Es capaz de levantarse rápidamente sin titubeo.
- 1: Mínimo: Se levanta más lentamente de lo normal; o puede necesitar más de un intento; o puede necesitar avanzar un poco hacia adelante en la silla para levantarse. No necesita usar los reposabrazos de la silla.
- 2: Leve: Se levanta sin dificultad apoyándose en los reposabrazos.
- 3: Moderado: Necesita apoyarse, pero tiende a caer hacia atrás; o puede tener que intentarlo más de una vez utilizando los reposabrazos, pero puede levantarse sin ayuda.
- 4: Grave: Incapaz de levantarse sin ayuda.

3.10. MARCHA

Instrucciones para el evaluador: La marcha se explora mejor haciendo que el paciente camine alejándose y acercándose al evaluador, de forma que se pueda observar fácilmente los lados izquierdo y derecho del cuerpo de manera simultánea. El paciente debe caminar al menos 10 metros (30 pies), luego girar y volver hacia el evaluador. Este ítem evalúa varios aspectos: amplitud de la zancada, velocidad de la zancada, altura a la que se levantan los pies, taloneo al caminar, giro y balanceo de los brazos, pero no la congelación (*freezing*). Evalúe también la “congelación de la marcha” (siguiente ítem 3.11) mientras el paciente camina. Observe la postura para el ítem 3.13.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Camina independientemente con mínima alteración de la marcha.
- 2: Leve: Camina independientemente pero con alteración sustancial de la marcha.
- 3: Moderado: Requiere un dispositivo de ayuda para caminar de forma segura (bastón, andador) pero no ayuda de otra persona.
- 4: Grave: No puede andar en absoluto o solo camina con ayuda de otra persona.

3.11. CONGELACIÓN DE LA MARCHA

Instrucciones para el evaluador: Mientras evalúa la marcha, evalúe también la presencia de cualquier episodio de congelación de la marcha. Observe si hay dubitación al inicio y movimientos “de titubeo” (*stuttering*) especialmente en el giro y cuando esté llegando al final de la tarea. Hasta donde la seguridad lo permita, los pacientes NO deben usar trucos sensoriales durante la evaluación.

- 0: Normal: Sin congelación.
- 1: Mínimo: Congelación al inicio, al girarse o al pasar una puerta con solo una interrupción durante cualquiera de estas actividades, pero luego continúa sin congelaciones durante la marcha en línea recta.
- 2: Leve: Congelación al inicio, al girarse o al pasar una puerta con más de una interrupción durante cualquiera de estas actividades, pero luego continúa sin congelaciones durante la marcha en línea recta.
- 3: Moderado: Aparece congelación una vez durante la marcha en línea recta.
- 4: Grave: Aparece congelación varias veces durante la marcha en línea recta.

3.12. ESTABILIDAD POSTURAL

Instrucciones para el evaluador: Esta prueba explora la respuesta a un desplazamiento súbito del cuerpo producido por un empujón rápido y enérgico sobre los hombros del paciente mientras permanece erguido de pie con los ojos abiertos y los pies comodamente separados y paralelos entre sí. Examine la retropulsión. Colóquese detrás del paciente y explíquele lo que va a ocurrir. Explique que puede dar un paso atrás para evitar caerse. Debe haber una pared sólida detrás del evaluador, a 1-2 metros de distancia al menos para poder observar el número de pasos en retropulsión. El primer empujón es sólo de demostración, intencionadamente leve y no se evalúa. En el segundo, se empuja los hombros vigorosamente hacia el evaluador, con suficiente fuerza como para desplazar el centro de gravedad del paciente y que éste TENGA QUE dar un paso hacia atrás. El evaluador debe estar preparado para sujetar al paciente, pero debe ponerse suficientemente atrás como para permitir que el paciente dé varios pasos y se pueda recuperar por sí solo. No permita que el paciente flexione el cuerpo hacia delante anormalmente anticipándose al empujón. Observe el número de pasos hacia atrás o si se cae. Hasta dos pasos hacia atrás para recuperarse se considera normal, por lo que se considera anormal a partir de tres pasos. Si el paciente no comprende la prueba, el evaluador puede repetirla, de tal forma que la puntuación se base en la valoración que el evaluador piense que refleja las limitaciones del paciente en lugar de la falta de comprensión o de preparación. Observe la postura al estar de pie para el ítem 3.13.

- 0: Normal: Sin problemas. El paciente se recupera en uno o dos pasos.
- 1: Mínimo: De 3 a 5 pasos, pero el paciente se recupera sin ayuda.
- 2: Leve: Más de 5 pasos, pero el paciente se recupera sin ayuda.
- 3: Moderado: Permanece de pie de forma segura, pero con ausencia de respuesta postural; se cae si el evaluador no lo sujeta.
- 4: Grave: Muy inestable, tiende a perder el equilibrio espontáneamente o solo con un ligero empujón en los hombros.

3.13. POSTURA

Instrucciones para el evaluador: La postura se evalúa con el paciente erguido de pie después de levantarse de una silla, durante la marcha, y mientras se evalúan los reflejos posturales. Si observa una postura anormal, pida al paciente que se ponga derecho para ver si la postura mejora (ver la opción 2 más abajo). Evalúe la peor postura que haya observado en estos tres momentos de observación. Observe si hay flexión e inclinación hacia los lados.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: El paciente no está totalmente erguido, pero la postura puede ser normal para una persona mayor.
- 2: Leve: Evidente flexión, escoliosis o inclinación hacia un lado, pero el paciente puede corregir hasta adoptar una postura normal si se le pide.
- 3: Moderado: Postura encorvada, escoliosis o inclinación hacia un lado, que el paciente no puede corregir voluntariamente hasta una postura normal.
- 4: Grave: Flexión, escoliosis o inclinación con anormalidad postural extrema.

3.14. ESPONTANEIDAD GLOBAL DEL MOVIMIENTO (BRADICINESIA CORPORAL)

Instrucciones para el evaluador: Esta puntuación global combina todas las observaciones sobre enlentecimiento, titubeos, y escasa amplitud y pobreza de movimientos en general, incluyendo una reducción en la gesticulación y en el cruce de piernas. La evaluación se basa en la impresión global del evaluador después de observar la gesticulación espontánea mientras que el paciente está sentado, y la forma de levantarse y caminar.

- 0: Normal: Sin problemas.
- 1: Mínimo: Mínimo enlentecimiento global y pobreza de movimientos espontáneos.
- 2: Leve: Leve enlentecimiento global y pobreza de movimientos espontáneos.
- 3: Moderado: Moderado enlentecimiento global y pobreza de movimientos espontáneos.
- 4: Grave: Enlentecimiento global grave y pobreza de movimientos espontáneos.

3.15. TEMBLOR POSTURAL DE LAS MANOS

Instrucciones para el evaluador: Se incluye en la evaluación todo temblor, incluido el temblor de reposo re-emergente, que esté presente en esta postura. Evalúe cada mano por separado. Evalúe la mayor amplitud observada. Instruya al paciente para que estire los brazos hacia delante con las palmas de las manos hacia abajo. La muñeca debe estar recta y los dedos cómodamente separados de tal forma que no se toquen entre sí. Observe esta postura durante 10 segundos.

- 0: Normal: Sin temblor.
- 1: Mínimo: Hay temblor pero de una amplitud menor de 1 cm.
- 2: Leve: El temblor tiene una amplitud de al menos 1 cm pero menor de 3 cm.
- 3: Moderado: El temblor tiene una amplitud de al menos 3 cm pero menor de 10 cm.
- 4: Grave: El temblor tiene una amplitud de al menos 10 cm.

Mano dcha.

Mano izda.

3.16. TEMBLOR DE ACCIÓN DE LAS MANOS

Instrucciones para el evaluador: Se evalúa con la maniobra dedo-nariz. Partiendo de la posición con los brazos estirados, pida al paciente que toque tres veces la punta de la nariz con un dedo de cada mano, llegando tan lejos como sea posible para tocar el dedo del evaluador. La maniobra dedo-nariz debe ejecutarse lo suficientemente lenta para que no se encubra cualquier temblor, lo que ocurriría con movimientos del brazo muy rápidos. Repetir con la otra mano, evaluando cada mano por separado. El temblor puede estar presente durante el transcurso del movimiento o cuando se alcance cualquiera de los objetivos (nariz o dedo). Evalúe la mayor amplitud observada.

- 0: Normal: Sin temblor.
1: Mínimo: Hay temblor pero de una amplitud menor de 1 cm.
2: Leve: El temblor tiene una amplitud de al menos 1 cm pero menor de 3 cm.
3: Moderado: El temblor tiene una amplitud de al menos 3 cm. pero menor de 10 cm.
4: Grave: El temblor tiene una amplitud de al menos 10 cm.

3.17. AMPLITUD DEL TEMBLOR DE REPOSO

Instrucciones para el evaluador: Este ítem y el siguiente se han colocado intencionadamente al final de la exploración con el propósito de permitir que el evaluador reúna las observaciones sobre el temblor de reposo que aparezca durante la exploración, incluyendo cuando el paciente está sentado tranquilamente, al caminar y durante aquellas actividades en que mueva determinadas partes del cuerpo mientras otras están en reposo. Considere como puntuación final la amplitud máxima que observe en cualquier momento. Evalúe solo la amplitud y no la persistencia o intermitencia del temblor.

Como parte de esta evaluación, el paciente debe estar sentado tranquilamente en una silla con las manos apoyadas en el reposa-brazos (no en el regazo) y los pies apoyados en el suelo de forma cómoda, durante 10 segundos, sin recibir ninguna otra indicación. El temblor de reposo se evalúa por separado para cada extremidad y también para el labio y la mandíbula. Considere como evaluación final sólo la amplitud máxima que haya observado en cualquier momento.

Puntuación para las extremidades

- 0: Normal: Sin temblor.
1: Mínimo: < 1 cm de amplitud máxima.
2: Leve: ≥ 1 cm pero < 3 cm de amplitud máxima.
3: Moderado: ≥ 3 cm pero < 10 cm de amplitud máxima.
4: Grave: ≥ 10 cm de amplitud máxima.

Puntuación para labio/mandíbula

- 0: Normal: Sin temblor.
1: Mínimo: < 1 cm de amplitud máxima.
2: Leve: ≥ 1 cm pero < 2 cm de amplitud máxima.
3: Moderado: ≥ 2 cm pero < 3 cm de amplitud máxima.
4: Grave: ≥ 3 cm de amplitud máxima.

Puntuación

Mano dcha.

Mano izda.

MSD

MSI

MID

MII

Labio/
mandíbula

3.18. PERSISTENCIA DEL TEMBLOR DE REPOSO

Instrucciones para el evaluador: Este ítem recibe una puntuación única para todo el temblor de reposo y se centra en la persistencia de dicho temblor durante la exploración, cuando diferentes partes del cuerpo están en reposo. Se puntúa al final de la exploración con el propósito de unir en la evaluación varios minutos de información.

- 0: Normal: Sin temblor.
1: Mínimo: El temblor de reposo está presente $\leq 25\%$ del tiempo total de la exploración.
2: Leve: El temblor de reposo está presente 26-50% del tiempo total de la exploración.
3: Moderado: El temblor de reposo está presente 51-75% del tiempo total de la exploración.
4: Grave: El temblor de reposo está presente $> 75\%$ del tiempo total de la exploración.

Puntuación

IMPACTO DE LA DISCINESIA EN LA PUNTUACIÓN DE LA PARTE III

- A. ¿Hubo durante la exploración discinesias (corea o distonía)? No Sí
B. En caso afirmativo, ¿interfirieron estos movimientos con la puntuación? No Sí

ESTADIOS DE HOEHN Y YAHR

- 0 Asintomático
1 Afectación unilateral únicamente
2 Afectación bilateral sin alteración del equilibrio
3 Afectación leve a moderada; cierta inestabilidad postural pero físicamente independiente; necesita ayuda para recuperarse en la "prueba del empujón".
4 Discapacidad grave; todavía es capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda.
5 Confinado en silla de ruedas o encamado si no tiene ayuda.

Parte IV: Complicaciones Motoras

Visión de conjunto e Instrucciones: En esta sección, el evaluador utiliza información histórica y objetiva para evaluar dos tipos de complicaciones motoras, discinesias y fluctuaciones motoras, que incluyen la distonía en situación OFF. Utilice toda la información del paciente, del cuidador y la exploración para responder las seis preguntas que resumen el funcionamiento durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Como en las otras secciones, utilice solo puntuaciones completas (no se permiten medios puntos) y no deje preguntas en blanco. Si no puede puntuar un ítem, responda “NV” (no valorable). Algunas respuestas se basan en porcentajes y, por lo tanto, tendrá que establecer cuántas horas generalmente está el paciente despierto y utilizar esta cifra como denominador para el tiempo en “OFF” y para las discinesias. Para la distonía en “OFF”, el denominador será el tiempo total en “OFF”.

Definiciones operacionales para uso del evaluador:

Discinesias: movimientos involuntarios imprevisibles.

Los pacientes reconocen a menudo para las discinesias términos como “sacudidas irregulares”, “movimientos serpenteantes”, “sacudidas” o “tirones”. Es esencial recalcar al paciente la diferencia entre discinesias y temblor, un error frecuente cuando los pacientes evalúan discinesias.

Distonía: postura retorcida, a menudo con un componente de torsión.

Los pacientes reconocen a menudo para la distonía términos como “espasmos”, “calambres”, “postura anormal”.

Fluctuación motora: respuesta variable a la medicación.

Los pacientes reconocen a menudo para las fluctuaciones motoras términos como “pérdida de efecto”, “efecto montaña rusa”, “encendido-apagado”, “efectos irregulares de la medicación”.

OFF: estado funcional característico de los pacientes cuando tienen una mala respuesta a pesar de haber tomado la medicación o la respuesta funcional característica que aparece cuando los pacientes NO toman el tratamiento para el parkinsonismo. Los pacientes reconocen a menudo términos como “estar bajo” o “con el bajón”, “momentos malos”, “estar con los temblores”, “estar lento”, “momentos en los que la medicación no funciona”.

ON: estado funcional característico de los pacientes cuando están bajo tratamiento y tienen una buena respuesta.

Los pacientes reconocen a menudo términos como “estar bien”, “momentos en los que puedo caminar”, “momentos en los que la medicación funciona”.

A. DISCINESIAS [excluyendo distonía en OFF]

4.1. TIEMPO CON DISCINESIAS

Instrucciones para el evaluador: Determine las horas al día en que el paciente está despierto y después las horas con discinesias. Calcule el porcentaje. Si el paciente tiene discinesias durante la visita, puede señalarlas como referencia para asegurarse de que pacientes y cuidadores comprenden lo que está evaluando. Puede incluso escenificar los movimientos discinéticos que haya observado anteriormente en el paciente o mostrarles movimientos discinéticos característicos de otros pacientes. Excluya de esta pregunta la distonía matinal y la distonía dolorosa nocturna.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas ha dormido habitualmente al día, incluyendo sueño nocturno y siestas? De acuerdo, si usted duerme ____ horas, está despierto ____ horas. De estas horas en las que está despierto, ¿durante cuántas en total ha tenido movimientos serpenteantes, sacudidas, o tirones? No cuente las veces en que tiene temblor, que es un movimiento regular de vaivén o los momentos en que ha tenido calambres o espasmos dolorosos en las piernas por la mañana temprano o por la noche. Le preguntaré sobre estos más tarde. Concéntrese solo en estos tipos de movimientos serpenteantes, sacudidas, o movimientos irregulares. Sume todas las horas durante el día en que esto ocurre. ¿Cuántas horas? ____ (utilice este número para sus cálculos).

- 0: Normal: Sin discinesias.
1: Mínimo: ≤ 25% del tiempo que permanece despierto durante el día
2: Leve: 26-50% del tiempo que permanece despierto durante el día
3: Moderado: 51-75% del tiempo que permanece despierto durante el día
4: Grave: > 75% del tiempo que permanece despierto durante el día

1. Total de horas en que está despierto: ____
2. Total de horas con discinesia: ____
3. % de discinesia $[(2/1)*100]$: ____

Puntuación

4.2. IMPACTO FUNCIONAL DE LAS DISCINESIAS

Puntuación

Instrucciones para el evaluador: Determine el grado en que las discinesias interfieren sobre el funcionamiento diario del paciente en cuanto a actividades e interacciones sociales. Utilice las respuestas de paciente y cuidador a sus preguntas y su propia observación durante la consulta para llegar a la mejor respuesta.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]. Durante los últimos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para hacer cosas o para estar con gente cuando ocurrían esos movimientos bruscos? ¿Le han impedido hacer cosas o estar con gente?

- 0: Normal: Sin discinesias o las discinesias no interfieren en las actividades o en la interacción social.
- 1: Mínimo: Las discinesias interfieren unas pocas actividades, pero el paciente realiza habitualmente todas las actividades y participa en todas las interacciones sociales durante los periodos con discinesia.
- 2: Leve: Las discinesias interfieren muchas actividades, pero el paciente realiza habitualmente todas sus actividades y participa en todas las interacciones sociales durante los periodos con discinesia.
- 3: Moderado: Las discinesias interfieren las actividades hasta el punto en que el paciente no puede realizar habitualmente algunas actividades o no participa habitualmente en algunas actividades sociales durante los periodos con discinesia.
- 4: Grave: Las discinesias interfieren en el funcionamiento hasta el punto en que, habitualmente, el paciente no puede realizar la mayoría de actividades o participar en la mayoría de actividades sociales durante los periodos con discinesia.

B. FLUCTUACIONES MOTORAS

4.3. TIEMPO EN ESTADO OFF

Instrucciones para el evaluador: Use el número de horas en que el paciente está despierto derivado del punto 4.1 y determine las horas que pasa en estado OFF. Calcule el porcentaje. Si el paciente está en OFF durante la visita, puede indicar este estado como referencia. Puede utilizar también su conocimiento del paciente para describirle un periodo OFF típico. Además, puede escenificar un estado OFF que haya visto en el paciente anteriormente o mostrarle el funcionamiento en OFF característico de otros pacientes. Marque el número de horas en OFF, porque necesitará esta cifra para completar la pregunta 4.6.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]. Algunos pacientes con enfermedad de Parkinson muestran un buen efecto de la medicación durante las horas del día en que están despiertos, y llamamos a esto tiempo en ON. Otros pacientes toman su medicación pero aún así están “bajos” o “con el bajón”, “mal”, “lentos” o “con los temblores” durante horas. Los médicos llaman a estos periodos tiempo en OFF. Me dijo antes que, durante la semana pasada, estuvo habitualmente despierto ____ horas al día. De estas horas en las que está despierto, ¿durante cuántas en total tiene habitualmente este tipo de nivel bajo o funcionamiento en OFF? ____ (utilice este número para hacer sus cálculos).

- 0: Normal: Sin periodos en OFF.
1: Mínimo: $\leq 25\%$ del tiempo que permanece despierto durante el día
2: Leve: 26-50% del tiempo que permanece despierto durante el día.
3: Moderado: 51-75% del tiempo que permanece despierto durante el día
4: Grave: $> 75\%$ del tiempo que permanece despierto durante el día.

1. Total de horas en que está despierto: ____
2. Total de horas en OFF: ____
3. % en OFF $[(2/1)*100]$: ____

Puntuación

4.4. IMPACTO FUNCIONAL DE LAS FLUCTUACIONES

Instrucciones para el evaluador: Determine el grado en que las fluctuaciones motoras interfieren sobre el funcionamiento diario del paciente en cuanto a sus actividades e interacciones sociales. Esta pregunta se centra sobre la diferencia entre el estado ON y el estado OFF. Si el paciente no tiene periodos en OFF, la puntuación debe ser 0, pero si el paciente tiene fluctuaciones muy leves, es posible que la puntuación también sea 0 si no hay impacto sobre las actividades. Utilice las respuestas de paciente y cuidador a su pregunta y su propia observación durante la consulta para llegar a la mejor respuesta.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]. Piense en los periodos “bajos” o “con el bajón” o en “OFF” que hayan ocurrido durante los últimos siete días ¿Tiene habitualmente más problemas para hacer cosas o para estar con gente en comparación con el resto del día en que nota que su medicación funciona? ¿Hay algunas cosas que haga durante los periodos buenos que no pueda hacer o que tenga problemas para hacer cuando está “con el bajón”?

- 0: Normal: Sin fluctuaciones o las fluctuaciones no interfieren en las actividades o interacciones sociales.
- 1: Mínimo: Las fluctuaciones interfieren unas pocas actividades pero, durante el periodo OFF, el paciente normalmente realiza todas las actividades y participa en todas las interacciones sociales que ocurren habitualmente durante el estado ON.
- 2: Leve: Las fluctuaciones interfieren muchas actividades pero, durante el periodo OFF, el paciente normalmente realiza todas sus actividades y participa en todas las interacciones sociales que ocurren habitualmente durante el estado ON.
- 3: Moderado: Las fluctuaciones interfieren la realización de actividades durante el periodo OFF hasta el punto que el paciente no puede realizar habitualmente algunas actividades o no participa habitualmente en algunas actividades sociales que se llevan a cabo durante los períodos ON.
- 4: Grave: Las fluctuaciones interfieren en el funcionamiento hasta el punto que, durante el periodo en OFF, el paciente no realiza habitualmente la mayoría de actividades o no participa en la mayoría de actividades sociales que se llevan a cabo durante los períodos ON.

Puntuación



4.5. COMPLEJIDAD DE LAS FLUCTUACIONES MOTORAS

Instrucciones para el evaluador: Determine la previsibilidad habitual de la situación OFF en función de la dosis, momento del día, ingesta de alimentos u otros factores. Utilice la información que le proporcionen los pacientes y cuidadores y compléméntela con sus propias observaciones. Puede preguntar al paciente si puede contar con su aparición siempre en un momento determinado, si sobrevienen mayoritariamente en determinados momentos (en cuyo caso, debe seguir indagando para distinguir mínimo de leve), solo algunas veces en determinados momentos o si son totalmente impredecibles. Acotar el porcentaje puede ayudarle a encontrar la respuesta adecuada.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]: En algunos pacientes, los periodos “bajos” o “con el bajón” o en “OFF” aparecen en determinados momentos durante el día o cuando realizan actividades tales como comer o hacer ejercicio. Durante los últimos siete días, ¿supo habitualmente cuándo iban a ocurrir sus periodos “de bajón”? En otras palabras, ¿sus periodos “bajos” o “de bajón” aparecen siempre en determinados momentos? ¿Aparecen en su mayor parte en determinados momentos? ¿Aparecen solo algunas veces en determinados momentos? ¿Son sus periodos “de bajón” totalmente impredecibles?

- 0: Normal: Sin fluctuaciones motoras.
1: Mínimo: Los periodos en OFF son predecibles todas o casi todas las veces (> 75%).
2: Leve: Los periodos en OFF son predecibles la mayor parte de las veces (51-75%).
3: Moderado: Los periodos en OFF son predecibles algunas veces (26-50%).
4: Grave: Los periodos en OFF son raramente predecibles (≤ 25%).

Puntuación

C. DISTONÍA EN OFF

4.6. DISTONÍA DOLOROSA EN ESTADO OFF

Puntuación

Instrucciones para el evaluador: Para los pacientes que tengan fluctuaciones motoras, determine qué proporción de los episodios OFF incluyen habitualmente distonía dolorosa. Ya ha determinado anteriormente el número de horas en OFF (4.3). De estas horas, determine cuántas se asocian con distonía y calcule el porcentaje. Si no hay periodo en OFF, marque 0.

Instrucciones para el paciente [y cuidador]. En una de las preguntas anteriores, dijo que generalmente pasa ___ horas “bajo” o “con el bajón” o en “OFF” cuando su enfermedad de Parkinson no está bien controlada. Durante estos periodos “de bajón” o en “OFF”, ¿tiene habitualmente calambres o espasmos dolorosos? Del total de ___ horas “bajo” o “con el bajón”, si suma todo el tiempo que pasa en un día con estos calambres dolorosos, ¿cuántas horas serían?

- 0: Normal: Sin distonías o periodos en OFF.
1: Mínimo: ≤ 25% del tiempo en situación OFF.
2: Leve: 26-50% del tiempo en situación OFF.
3: Moderado: 51-75% del tiempo en situación OFF.
4: Grave: > 75% del tiempo en situación OFF.

1. Total de horas en OFF: ____
2. Total de horas en OFF con distonía: ____
3. % de distonía en OFF [(2/1)*100]: ____

Resumen para el paciente: LEER AL PACIENTE

Esto completa mi evaluación de su enfermedad de Parkinson. Sé que las preguntas y tareas han llevado varios minutos, pero quería que fueran completas y cubrieran todas las posibilidades. Al hacer esto, puedo haberle preguntado sobre problemas que ni siquiera tiene, y puedo haberle mencionado problemas que puede que nunca llegue a tener. No todos los pacientes desarrollan estos problemas, pero debido a que pueden ocurrir, es importante hacer todas las preguntas a todos los pacientes. Gracias por su tiempo y atención para cumplimentar esta escala conmigo.

Nombre del paciente o ID	ID del Centro	(dd-mm-aaaa) Fecha de la evaluación	Iniciales del evaluador
--------------------------	---------------	--	-------------------------

MDS-UPDRS Hoja de Recogida de Puntuaciones

1.A	Fuente de información	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Paciente + Cuidador	3.3b	Rigidez – MSD	
			3.3c	Rigidez – MSI	
Parte I			3.3d	Rigidez – MID	
1.1	Deterioro cognitivo		3.3e	Rigidez – MII	
1.2	Alucinaciones y psicosis		3.4a	Golpeteo de dedos (<i>tapping</i>)– Mano dcha.	
1.3	Estado de ánimo depresivo		3.4b	Golpeteo de dedos (<i>tapping</i>)– Mano izda.	
1.4	Estado de ánimo ansioso		3.5a	Movimientos de las manos – Mano dcha.	
1.5	Apatía		3.5b	Movimientos de las manos – Mano izda.	
1.6	Manifestaciones del SDD		3.6a	Pronación-supinación – Mano dcha.	
1.6a	¿Quién está cumplimentando el cuestionario?	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Paciente + Cuidador	3.6b	Pronación-supinación – Mano izda.	
			3.7a	Golpeteo con los dedos de los pies – Pie derecho	
1.7	Problemas de sueño		3.7b	Golpeteo con los dedos de los pies – Pie izquierdo	
1.8	Somnolencia diurna		3.8a	Agilidad con las piernas – Pierna derecha	
1.9	Dolor y otras sensaciones		3.8b	Agilidad con las piernas – Pierna izquierda	
1.10	Problemas urinarios		3.9	Levantarse de la silla	
1.11	Problemas de estreñimiento		3.10	Marcha	
1.12	Mareo al ponerse de pie		3.11	Congelación de la marcha	
1.13	Fatiga		3.12	Estabilidad postural	
Parte II			3.13	Postura	
2.1	Hablar		3.14	Espontaneidad global de movimientos	
2.2	Salivación y babeo		3.15a	Temblor postural – Mano derecha	
2.3	Masticación y deglución		3.15b	Temblor postural – Mano izquierda	
2.4	Comer/manejar cubiertos		3.16a	Temblor de acción – Mano derecha	
2.5	Vestirse		3.16b	Temblor de acción – Mano izquierda	
2.6	Higiene		3.17a	Amplitud del temblor de reposo – MSD	
2.7	Escritura		3.17b	Amplitud del temblor de reposo – MSI	
2.8	Hobbies y otras actividades		3.17c	Amplitud del temblor de reposo – MID	
2.9	Darse la vuelta en cama		3.17d	Amplitud del temblor de reposo – MII	
2.10	Temblor		3.17e	Amplitud del temblor de reposo – Labio/mandíbula	
2.11	Levantarse de la cama		3.18	Persistencia del temblor de reposo	
2.12	Marcha y equilibrio			¿Discinesias presentes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.13	Congelación al caminar			¿Estos movimientos interfirieron con la exploración?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3a	¿El paciente toma medicación?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Estadios de Hoehn y Yahr	
3b	Estado clínico del paciente	<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> On	Parte IV		
3c	¿El paciente toma levodopa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	4.1	Tiempo con discinesias	
3.c1	Tiempo desde la última dosis:		4.2	Impacto funcional de las discinesias	
Parte III			4.3	Tiempo en OFF	
3.1	Lenguaje		4.4	Impacto funcional de las fluctuaciones	
3.2	Expresión facial		4.5	Complejidad de las fluctuaciones motoras	
3.3a	Rigidez - Cuello		4.6	Distonías dolorosas en estado OFF	