

# **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.

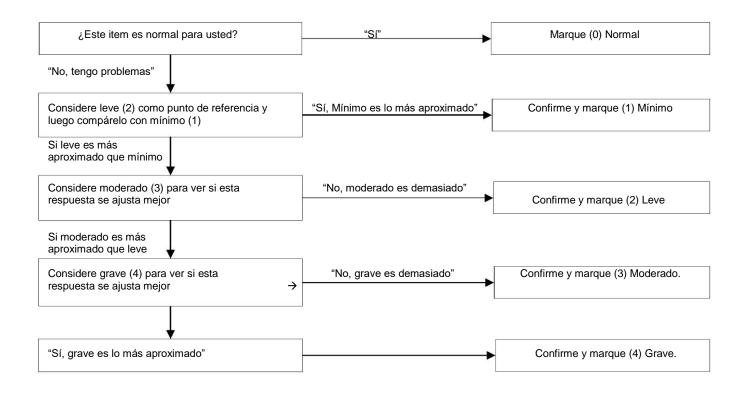
# EJEMPLO DE SELECCIÓN ENTRE LAS OPCIONES DE RESPUESTA DE LA PARTE IA

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.



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

# **MDS-UPDRS**

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

# Parte IA: Conductas complejas [cumplimentada por el evaluador]

Fuente principa	al de la información:	
☐ Paciente	☐ Cuidador ☐ Paciente y Cuidador en la misma proporción	
preguntas se re las áreas, por f durante LOS Ú Voy a intentar s	e: Le voy a plantear seis preguntas sobre conductas que puede o no haber experimentado efieren a problemas habituales y otras a problemas menos frecuentes. Si tiene un problemavor, elija la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido LA MAYOR PARTE DEL T LTIMOS SIETE DÍAS. Si no ha tenido molestias por ese problema, puede responder simp ser minucioso, por lo que algunas de las preguntas pueden no tener nada que ver con uste RO COGNITIVO	a en una de IEMPO lemente NO.
Instrucciones p	ara el evaluador: Considere todos los tipos de alteración del nivel del	Puntuación
funcionamiento	cognitivo, incluyendo enlentecimiento cognitivo, deterioro del razonamiento,	
pérdida de mer	noria, déficits en atención y orientación. Valore el impacto sobre las actividades de	
la vida diaria ta	l como lo perciben el paciente y/o el cuidador.	
Instrucciones p	ara el paciente [y cuidador]: Durante los últimos siete días, ¿ha tenido problemas	
para recordar d	cosas, seguir conversaciones, prestar atención, pensar con claridad, u orientarse	
en los alrededo	pres de su casa o en su ciudad? [En caso afirmativo, el evaluador interrogará al	
paciente o cuid	ador para ampliar y detallar la información.]	
0: Normal	Sin deterioro cognitivo.	
1: Mínimo	El paciente o el cuidador percibe deterioro sin interferencias concretas en la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.	
2: Leve	Disfunción cognitiva clínicamente evidente, pero solamente causa una mínima interferencia en la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.	
3: Moderado	Los déficits cognitivos interfieren en la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales, pero no las impiden.	
4: Grave	La disfunción cognitiva impide al paciente llevar a cabo actividades normales e interacciones sociales.	

#### 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

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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.

<u>Instrucciones para el paciente [y cuidador]</u>: 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

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 <u>la mayor parte del tiempo</u>.

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.

☐ Paciente	☐ Cuidador	☐ Paciente y cuidador en la misma proporción

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

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

1.7. PROBLE	MAS DE SUEÑO	Puntuación
	timos siete días, ¿ha tenido problemas para dormirse o permanecer dormido che? Considere hasta qué punto se ha sentido descansado al despertarse por la	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No tengo problemas.  Tengo problemas de sueño, pero habitualmente no me molestan para dormir toda la noche.  Los problemas de sueño me causan habitualmente algunas dificultades para dormir toda la noche.  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.  Habitualmente no duermo durante la mayor parte de la noche.	
1.8. SOMNOL	ENCIA DIURNA	
Durante los úl	timos siete días, ¿ha tenido problemas para permanecer despierto durante el día?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No tengo somnolencia durante el día.  Tengo somnolencia durante el día, pero puedo resistirla y permanecer despierto.  Algunas veces me quedo dormido cuando estoy solo y relajado. Por ejemplo, cuando estoy leyendo o viendo la televisión.  Algunas veces me quedo dormido cuando no debería. Por ejemplo, mientras estoy comiendo o conversando con otras personas.  Con frecuencia me quedo dormido cuando no debería. Por ejemplo, mientras estoy comiendo o conversando con otras personas.	
1.9. DOLOR \	OTRAS SENSACIONES	
Durante los úl	timos siete días, ¿ha tenido molestias como dolor, hormigueos o calambres?	
0: Normal 1: Mínimo	Sin molestias.  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. P	ROBLEMAS URINARIOS	Puntuación
	os últimos siete días, ¿ha tenido problemas para controlar la orina? Por ejemplo, l urgente de orinar, necesidad de orinar con mucha frecuencia, o pérdidas de orina?	
0: Normal 1: Mínimo		
2: Leve	Los problemas urinarios me causan algunas dificultades en mis actividades diarias. Sin embargo, no tengo pérdidas de orina.	
3: Modera	do 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. P	ROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	
Durante lo	os últimos siete días, ¿ha tenido problemas de estreñimiento que le causen dificultad car?	
0: Normal 1: Mínimo	·	
2: Leve	El estreñimiento me causa algunos problemas para hacer cosas o para sentirme cómodo.	
3: Modera	do 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. S	ENSACIÓN DE MAREO AL PONERSE DE PIE	
	os últimos siete días, ¿se ha sentido desfallecer, mareado, o aturdido cuando se ha pie después de estar sentado o tumbado?	
0: Normal		
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: Modera	do 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. FATIG	SA .	Puntuacion
	timos siete días, ¿se ha sentido fatigado habitualmente? Esta sensación <u>no</u> star 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 últ	imos siete días, ¿ha tenido problemas para hablar?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave 2.2. SALIVA Y	No, en absoluto (sin problemas).  Hablo bajo, pronuncio mal o irregular, pero no tanto como para que otras personas me pidan que repita.  Mi forma de hablar hace que otras personas me pidan a veces que repita, pero no todos los días.  Hablo con tantos problemas que la gente me pide todos los días que repita, aunque la mayor parte de lo que hablo puede entenderse.  No puede entenderse la mayor parte o nada de lo que hablo.	
Durante los últ o durmiendo?	imos siete días, ¿ha tenido habitualmente demasiada saliva cuando está despierto	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Tengo demasiada saliva, pero no babeo.  Tengo cierto babeo mientras duermo, pero no cuando estoy despierto.  Tengo cierto babeo cuando estoy despierto, pero normalmente no necesito pañuelos o babero.  Tengo tanto babeo que necesito usar habitualmente pañuelos o un babero para	
01440	proteger la ropa.	

2.3. MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN		Puntuación
	mos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para tragar las pastillas o sita cortar o aplastar las pastillas o ablandar, picar o triturar las comidas para evitar	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	Sin problemas.  Soy consciente de mi lentitud al masticar o de tragar con esfuerzo, pero no me atraganto ni necesito comida preparada especialmente.  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.  Me he atragantado al menos una vez durante los últimos siete días.  Debido a mis problemas para masticar y tragar, necesito alimentación por sonda.	
Durante los últi y usar los cubie	mos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para manipular los alimentos ertos? Por ejemplo, ¿ha tenido problemas para comer con las manos o para usar el hillo, la cuchara o los palillos?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Soy lento, pero no necesito ayuda para comer y no se me caen los alimentos mientras como.  Soy lento para comer y ocasionalmente se me cae la comida. Puedo necesitar ayuda para algunas tareas, como cortar la carne.  Necesito ayuda en muchas de las actividades para comer, aunque puedo hacer otras solo.  Necesito ayuda en todo o casi todo para comer.	
2.5. VESTIRSE	<u>-</u>	
	mos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para vestirse? Por ejemplo, o necesita ayuda para abotonarse, usar cremalleras, ponerse o quitarse la ropa o	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Soy lento, pero no necesito ayuda.  Soy lento y necesito ayuda para algunas cosas al vestirme (botones, pulseras).  Necesito ayuda para muchas cosas al vestirme.  Necesito ayuda en todo o casi todo para vestirme.	

2.6. HIGIENE		Puntuación
	timos siete días, ¿ha sido habitualmente lento o ha necesitado ayuda al lavarse, arse, cepillarse los dientes, peinarse o con otras actividades de higiene personal?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Soy lento, pero no necesito ayuda.  Necesito que alguien me ayude con algunas actividades de higiene.  Necesito ayuda para muchas actividades de higiene.  Necesito ayuda en todo o casi todo para mi higiene.	
2.7. ESCRITU	RA	
Durante los últ	timos siete días, ¿han tenido otras personas problemas para leer su escritura?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Mi escritura es lenta, torpe o irregular, pero todas las palabras se leen claramente.  Algunas palabras no son claras y se leen con dificultad.  Muchas palabras no son claras y se leen con dificultad.  No se pueden leer la mayoría de las palabras o ninguna.	
2.8. HOBBIES	S Y OTRAS ACTIVIDADES	
	timos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para practicar sus hobbies ealizar otras actividades que le gusta hacer?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Soy un poco lento, pero hago esas actividades fácilmente.  Tengo algunas dificultades para hacer esas actividades.  Tengo grandes problemas para esas actividades, pero todavía hago la mayoría.  Soy incapaz de hacer todas o casi todas esas actividades.	

2.9. DARSE LA VUELTA EN LA CAMA		Puntuación
Durante los últ cama?	timos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para darse la vuelta en la	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto (sin problemas).  Tengo algún problema, pero no necesito ayuda.  Tengo muchos problemas para darme la vuelta y ocasionalmente necesito que alguien me ayude.  Para darme la vuelta necesito, con frecuencia, que alguien me ayude.  Soy incapaz de darme la vuelta sin ayuda de alguien.	
2.10. TEMBLO	DR .	
Durante los úl	timos siete días, ¿ha tenido temblor?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado 4: Grave	No, en absoluto. No tengo temblor.  Tengo temblor, pero no me causa problemas en ninguna actividad.  El temblor me causa problemas solo en algunas actividades.  El temblor me causa problemas en muchas de mis actividades diarias.  El temblor me causa problemas en la mayoría o todas mis actividades.	
2.11. LEVANT	ARSE DE LA CAMA, DEL ASIENTO DE UN COCHE O DE UN SILLÓN,	
	timos siete días, ¿ha tenido habitualmente problemas para levantarse de la cama, un coche o de un sillón?	
0: Normal 1: Mínimo 2: Leve 3: Moderado	No, en absoluto (sin problemas).  Estoy lento o torpe, pero normalmente puedo hacerlo al primer intento.  Necesito más de un intento para levantarme o necesito ayuda ocasionalmente.  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 últi	mos 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. CONGEL	ACIONES O BLOQUEOS (AL CAMINAR)	
Durante los últi	mos siete días, al caminar en un día normal, ¿se queda parado o bloqueado de	
repente como s	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	
2. Madarada	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	
T. Olave	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 items 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?
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.
3с	¿Está el paciente tomando levodopa?

# **Puntuación** 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 El lenguaje es difícil de entender hasta tal punto que algunas, pero no todas las 3: Moderado 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.

		Puntuación
3.3. RIGIDEZ		
	para el evaluador: la rigidez se evalúa mediante movimientos pasivos lentos de las laciones con el paciente en una posición relajada y el evaluador manipulando las	
_	y el cuello. Primero, explore sin maniobra de activación. Explore y evalúe el cuello	
	idad por separado. Para los brazos, examine las articulaciones de muñecas y codo	
•	nte. Para las piernas, examine las articulaciones de cadera y rodilla	
	nte. Si no se detecta rigidez, utilice una maniobra de activación, como por ejemplo	
	dedos ( <i>tapping</i> ), abrir/cerrar el puño, o taconeo, con una extremidad que no esté	
siendo explora	ada. 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. GOLPET	EO DE DEDOS ( <i>FINGER TAPPING</i> )	
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 índio	ce con el pulgar 10 veces tan rápida y ampliamente como sea posible. Puntúe cada	
lado por sepai	rado, 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	Ma ha.
	enlentecimiento; c) la amplitud disminuye cerca del final de los 10 golpeteos.	I WILL III.
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.	M la.
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	

No puede o apenas puede realizar la tarea debido a enlentecimiento,

golpeteo.

interrupciones o decrementos.

4: Grave

#### 3.5. MOVIMIENTOS CON LAS MANOS

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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, recuérdele 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.

#### 3.6. MOVIMIENTOS DE PRONACIÓN-SUPINACION DE LAS MANOS

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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.









## 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.

#### 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.





#### 3.9. LEVANTARSE DE LA SILLA

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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.

**Puntuación** 

## 3.11. CONGELACIÓN DE LA MARCHA

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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 erquido 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.

Mínimo De 3 a 5 pasos, pero el paciente se recupera sin ayuda.
 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.

**Puntuación** 

3.13. POSTUF	RA	Puntuación
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 p	ostura 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. ESPON	TANEIDAD GLOBAL DEL MOVIMIENTO (BRADICINESIA CORPORAL)	
Instrucciones	para el evaluador: Esta puntuación global combina todas las observaciones sobre	
enlentecimient	o, 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 eval	uador 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. TEMBLO	DR POSTURAL DE LAS MANOS	
Instrucciones p	<u>para el evaluador</u> : Se incluye en la evaluación todo temblor, <u>incluido el temblor de</u>	
reposo re-eme	ergente, que esté presente en esta postura. Evalúe cada mano por separado.	
Evalúe la may	or amplitud observada. Instruya al paciente para que estire los brazos hacia delante	
con las palmas	s 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.	Mano dcha.
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 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.

3.18. PERSIS	TENCIA DEL TEMBLOR DE REPOSO	
	para el evaluador: Este ítem recibe una puntuación única para todo el temblor de	Puntuación
	entra en la persistencia de dicho temblor durante la exploración, cuando diferentes	
	rpo están en reposo. Se puntúa al final de la exploración con el propósito de unir en	
-	varios minutos de información.	
0: Normal	Sin temblor.	
1: Mínimo	El temblor de reposo está presente ≤ 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.	
IMPACTO DE	LA DISCINESIA EN LA PUNTUACIÓN DE LA PARTE III	
A. ¿Hubo d	durante la exploración discinesias (corea o distonía)?	
B. En caso	afirmativo, ¿interfirieron estos movimientos con la puntuación?	
ESTADIOS D	E 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 i	para el evaluador: Determine las horas al día en que el paciente está despierto y	Puntuación
	pras con discinesias. Calcule el porcentaje. Si el paciente tiene discinesias durante	
·	e señalarlas como referencia para asegurarse de que pacientes y cuidadores	
•	o que está evaluando. Puede incluso escenificar los movimientos discinéticos que	
•	lo anteriormente en el paciente o mostrarles movimientos discinéticos	
•	de otros pacientes. Excluya de esta pregunta la distonía matinal y la distonía	
dolorosa noctu		
<u>Instrucciones</u>	para el paciente [y cuidador]. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas ha	
dormido habitu	ualmente al día, incluyendo sueño nocturno y siestas? De acuerdo, si usted duerme	
horas, est	á despierto horas. De estas horas en las que está despierto, ¿durante cuántas	
en total ha ten	ido 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 e	spasmos dolorosos en las piernas por la mañana temprano o por la noche. Le	
preguntaré so	bre 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 o	de horas en que está despierto:	
	de horas con discinesia:	
	discinesia [(2/1)*100]:	
	. ,	

# 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

		Puntuación
Instrucciones p	para el evaluador: Use el número de horas en que el paciente está despierto	
derivado del pi	unto 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 tambiér	n su conocimiento del paciente para describirle un periodo OFF típico. Además,	
puede escenifi	car un estado OFF que haya visto en el paciente anteriormente o mostrarle el	
funcionamiento	o en OFF característico de otros pacientes. Marque el número de horas en OFF,	
porque necesit	ará esta cifra para completar la pregunta 4.6.	
Instrucciones <sub>I</sub>	para el paciente [y cuidador]. Algunos pacientes con enfermedad de Parkinson	
muestran un b	uen efecto de la medicación durante las horas del día en que están despiertos, y	
llamamos a es	to 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 tiemp	oo 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 habitualn	nente este tipo de nivel bajo o funcionamiento en OFF? (utilice este número	
para hacer sus	s cálculos).	
0: Normal	Sin periodos en OFF.	
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 o	de horas en que está despierto:	
2. Total of	de horas en OFF:	
3. % en (	OFF [(2/1)*100]:	

#### 4.4. IMPACTO FUNCIONAL DE LAS FLUCTUACIONES

<u>Instrucciones para el evaluador</u>: 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.

<u>Instrucciones para el paciente [y cuidador]</u>. 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 compleméntela 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 períodos "de bajón"? En otras palabras, ¿sus períodos "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.

Mínimo Los periodos en OFF son predecibles todas o casi todas las veces (> 75%).
 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%).

## C. DISTONÍA EN OFF

4.6. DISTONÍA DOLOROSA EN ESTADO OFF			
Instrucciones	para el evaluador: Para los pacientes que tengan fluctuaciones motoras, determine		
qué proporción	n de los episodios OFF incluyen habitualmente distonía dolorosa. Ya ha		
determinado a	nteriormente el número de horas en OFF (4.3). De estas horas, determine cuántas		
se asocian cor	n distonía y calcule el porcentaje. Si no hay periodo en OFF, marque 0.		
<u>Instrucciones</u>	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 e	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 e	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 o	de horas en OFF:		
2. Total of	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
		i echa de la evaluación	

# MDS-UPDRS Hoja de Recogida de Puntuaciones

1.A	Fuente de información	☐ Paciente	3.3b	Rigidez – MSD	
		Paciente + Cuidador	3.3c	Rigidez – MSI	
Parte	I	l	3.3d	Rigidez – MID	
1.1	Deterioro cognitivo		3.3e	Rigidez – MII	
1.2	Alucinaciones y psicosis		3.4a	Golpeteo de dedos (tapping)- Mano dcha.	
1.3	Estado de ánimo depresivo		3.4b	Golpeteo de dedos (tapping)- 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	☐ Paciente	3.6b	Pronación-supinación – Mano izda.	
	cuestionario?	☐ Cuidador ☐ Paciente + Cuidador	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?	☐ No ☐ Sí
2.13	Congelación al caminar			¿Estos movimientos interfirieron con la exploración?	□ No □ Sí
3a	¿El paciente toma medicación?	□ No □ Sí		Estadios de Hoehn y Yahr	
3b	Estado clínico del paciente	Off On	Parte	IV	
3c	¿El paciente toma levodopa?	□ No □ 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	