

Apéndice Normativo

Miniexamen del Estado Mental (Minimental de Folstein)

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: _____

Escolaridad (años): _____ Fecha: ____/____/____

Sabe leer: si () no () Sabe escribir: si () no () Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES: En todos los casos, las respuestas de la persona adulta mayor se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumarlas y anotar en la casilla derecha. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total en el espacio destinado para la calificación total.

ORIENTACIÓN																																																	
<p>Máximo 5.</p> <p>Tiempo</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Correcto</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Incorrecto</td> </tr> <tr> <td>¿En qué año estamos?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿En qué mes estamos?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Qué día del mes es hoy?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Qué día de la semana es hoy?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Qué hora es aproximadamente?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Correcto _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Correcto	Incorrecto	¿En qué año estamos?	()	()	¿En qué mes estamos?	()	()	¿Qué día del mes es hoy?	()	()	¿Qué día de la semana es hoy?	()	()	¿Qué hora es aproximadamente?	()	()	Total			Correcto _____			<p>Máximo 5.</p> <p>Lugar</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Correcto</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">Incorrecto</td> </tr> <tr> <td>¿En dónde estamos ahora?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿En qué piso estamos?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Qué colonia es esta?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿Qué ciudad es esta?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>¿En qué país estamos?</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>correcto _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Correcto	Incorrecto	¿En dónde estamos ahora?	()	()	¿En qué piso estamos?	()	()	¿Qué colonia es esta?	()	()	¿Qué ciudad es esta?	()	()	¿En qué país estamos?	()	()	Total			correcto _____		
	Correcto	Incorrecto																																															
¿En qué año estamos?	()	()																																															
¿En qué mes estamos?	()	()																																															
¿Qué día del mes es hoy?	()	()																																															
¿Qué día de la semana es hoy?	()	()																																															
¿Qué hora es aproximadamente?	()	()																																															
Total																																																	
Correcto _____																																																	
	Correcto	Incorrecto																																															
¿En dónde estamos ahora?	()	()																																															
¿En qué piso estamos?	()	()																																															
¿Qué colonia es esta?	()	()																																															
¿Qué ciudad es esta?	()	()																																															
¿En qué país estamos?	()	()																																															
Total																																																	
correcto _____																																																	

MEMORIA
<p>LE VOY A DECIR 3 OBJETOS. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita</p> <p>Máximo 3 intentos. Anote un punto por cada objeto que recuerde.</p> <p>Papel () Bicicleta () Cuchara ()</p> <p>Total correcto _____</p>

ATENCIÓN Y CÁLCULO	
<p>Escolaridad > 8 años Máximo 5</p> <p>Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100</p> <p>93 () 86 () 79 () 72 () 65 ()</p>	<p>Escolaridad < 8 años Máximo 5</p> <p>Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir de 20</p> <p>17 () 14 () 11 () 8 () 5 ()</p>

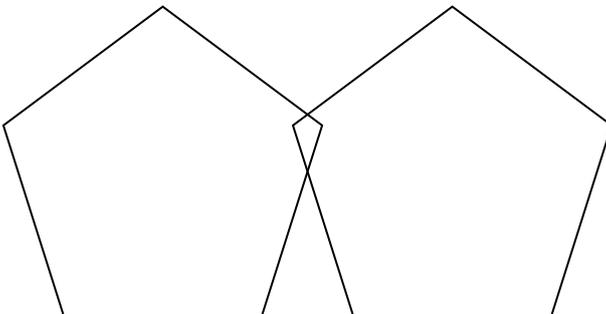
MEMORIA DIFERIDA
<p>Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio Máximo 3 Anote un punto por cada objeto que recuerde.</p> <p>Papel () Bicicleta () Cuchara ()</p>

LENGUAJE

<p>Máximo 2</p> <p>Muestre un reloj y pregunte ¿Qué es esto? ()</p> <p>Muestre un lápiz y pregunte ¿Qué es esto? ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 1</p> <p>Repetición de una frase Ahora le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una sola vez. “NI NO, NI SI, NI PERO ()</p> <p>Total correcto _____</p>
---	--

<p>Máximo 3 (Nota: dar la orden junta)</p> <p>Comprensión del lenguaje Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Y déjelo en el suelo ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 1</p> <p>Comprensión escrita (muestre la orden abajo escrita)</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">CIERRE LOS OJOS</p> <p>Total correcto _____</p>
---	--

<p>Máximo 1</p> <p>Escritura de una frase: Quiero que escriba una frase que tenga sentido (en área para escribir la frase) ()</p> <p>Total correcto _____</p>	<p>Máximo 1</p> <p>Copia de un dibujo Muestre al entrevistado el dibujo Con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.</p>
---	--

<p>Área para escribir la frase:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
--	--

Total correcto _____ (dibujo)

Línea de corte: calificación menor de 24 indica probable deterioro cognoscitivo. *Fuente: Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini mental state" A practical Method for Gradin the Cognitive State of Patients for the Clinicial. Jpsichiatr res, 1975;12:189-9

Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (GDS)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad (años): _____ Fecha: ____/____/____

Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted en el último mes.

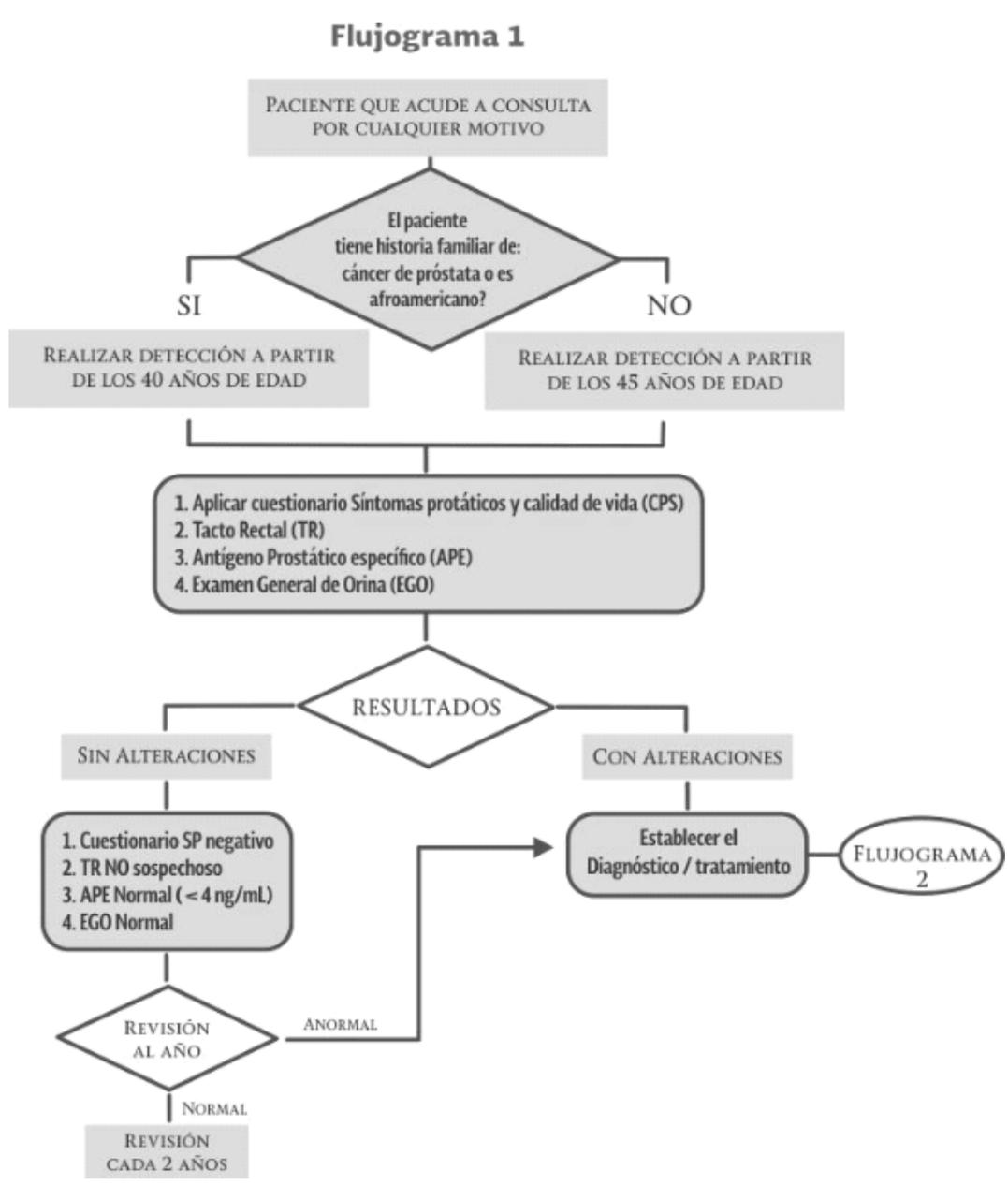
1.	¿Está usted, básicamente satisfecho con su vida?	si	No
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	Si	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	no
5.	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	No
6.	¿Está usted preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	No
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	no
9.	¿Prefiere usted, quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	no
10.	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	no
11.	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	si	No
12.	¿Se siente inútil o despreciable? ¿Cómo está usted actualmente?	Si	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	No
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	Si	no
15.	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	no

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SÍ EN NEGRITAS O NO EN NEGRITAS

Si = 1; si = 0; **No = 1**; no = 0

Línea de cohorte: Calificación: 0 – 5 no deprimido; 6 – 15 deprimido

Detección Integral de HPB o crecimiento de la próstata. Para el médico de primer contacto



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

Instructivo: El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: ___/___/___ Nombre: _____ Edad: _____ F.Nac. ___/___/___
 Edo.Nac.: _____ Domicilio paciente-calle: _____ N°ext.: _____ N°int.: _____ Estado: _____
 Mpio./Deleg.: _____ Col.: _____ Localidad: _____ C.P. _____
 Jurisdicción: _____ Teléfono: _____ ¿Cuenta con seguridad social? Si No
 IMSS ISSSTE Seguro Popular Otro: _____ Unidad de Salud que registra: _____

¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?

Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar. En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	0	1	2	3	4	5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	0	1	2	3	4	5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	0	1	2	3	4	5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración: 0 Normal
 1-7 sintomatología leve
 8-19 sintomatología moderada
 Arriba de 20 sintomatología severa

"Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer"

8. "Calidad de vida según sus síntomas urinarios"
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto?

Índice de calidad de vida =

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Resultado del examen Clínico, Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>	Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se extravió <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se extravió <input type="checkbox"/>	Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se extravió <input type="checkbox"/>	Urología y otro <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/> Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se Extravió <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	NO REQUIERE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>

Fecha: ___ / ___ / ___ Nombre: _____
 F.Nac. _____ Edad: _____ Peso: _____ (Kg) Talla: _____ (mts) IMC _____
 Sexo: H M Domicilio-calle: _____ N°ext: _____ N°int: _____
 Col: _____ Localidad: _____ Mpio _____
 Estado: _____ Teléfono: _____ C.P. _____ Jurisdicción: _____
 ¿Cuenta con seguridad social? Sí No IMSS ISSSTE Seguro Popular Otro: _____

Este cuestionario se aplica a personas de 50 años o más, permite identificar el riesgo para fractura por osteoporosis. En las preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente a la respuesta dada por la persona entrevistada.

Pregunta	SI	NO
1. ¿Ha tenido una fractura previa? (fractura de vertebras o de fémur sin trauma severo)	1	0
2. Antecedente ¿Alguno de su padres ha tenido fractura de cadera?	1	0
3. ¿Fuma actualmente?	1	0
4. ¿Utiliza glucocorticoides o los ha tomado por más de 3 meses?	1	0
5. ¿Le han diagnosticado artritis reumatoide?	1	0
6. ¿Presenta osteoporosis secundaria? (Se incluye a aquellas personas que padecen diabetes tipo I, osteogénesis imperfecta del adulto, hipertiroidismo no tratado durante largo tiempo, hipogonadismo o menopausia prematura (<45 años), malnutrición o malabsorción crónicas o hepatopatía crónica)	1	0
7. ¿Toma 3 o más copas diarias de alcohol? (más de 60 ml de bebidas alcohólicas)	1	0
Resultado: Sume la totalidad de los puntos y compare en la tabla correspondiente, para lo cual requiere cruzar la edad, el IMC de la persona entrevistada y el puntaje obtenido. En caso de obtener 7 puntos, serán considerado igual a 6, para la comparación en la tabla	Total	

Fuente: CENAPRECE, adaptación del FRAX, 2015.

En caso de obtener alto riesgo, consulte la Guía de Osteoporosis. Pueden ser consultadas en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html

TABLA DE RIESGO DE FRACTURAS EN POBLACIÓN DE 50 Y MÁS AÑOS.

Edad	Factores de riesgo	IMC													
		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45 y más	
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
50-54	B.R	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A.R	4-6	5-6	5-6	6	6		6							
55-59	B.R	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A.R	4-6	5-6	5-6	6	6		6		6					
60-64	B.R	0-2	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A.R	3-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6	5-6		6					
65-69	B.R	0-2	0-3	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6
	A.R	3-6	4-6	4-6	5-6	5-6	6	6		6		6			
70-74	B.R	0-1	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-5	0-3	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6
	A.R	2-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	6	4-6	6	5-6		6	
75-79	B.R	0-1	0-2	0-1	0-3	0-2	0-3	4-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5	0-4	0-5
	A.R	2-6	3-6	2-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6	5-6	6
80-84	B.R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5
	A.R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6
85-89	B.R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5
	A.R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6
90 y +	B.R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5
	A.R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6

Fuente: CENAPRECE, adaptación del FRAX, 2015.

B.R= Bajo Riesgo. Se registra como negativo.

A.R= Alto Riesgo. Se registra como positivo.

Calculo del Índice de Masa Corporal (IMC). Peso en kilos / Talla en metros elevada al cuadrado.

Ejemplo $60.5 \text{ kg} / (1.60\text{m} * 1.60\text{m}) = 60.5\text{kg} / 2.56\text{m} = 23.4375$ el IMC es 23.4

Fecha: ___ / ___ / ___ Nombre: _____

Edad: ___ F.Nac. _____ Domicilio-calle: _____

Nºext: ___ Nºint: ___ Col: _____ Localidad: _____

Mpio _____ Estado: _____ Teléfono: _____ C.P. _____

¿Cuenta con seguridad social? Sí No IMSS ISSSTE Seguro Popular Otro: ___

Este cuestionario permite identificar, si el adulto mayor tiene algún posible trastorno en la continencia urinaria o de caídas. En las preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente la respuesta dada por la Persona Adulta Mayor.

INCONTINENCIA URINARIA

Pregunta	SI	NO
1. ¿Pierde usted orina cuando no lo desea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0
2. ¿Usa usted algún protector, toalla o paño higiénico en caso de pérdida de orina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0
3. ¿Tiene usted problemas con su vejiga, se moja sin querer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0
4. ¿Acude a menudo a orinar al baño, con mayor frecuencia en la noche?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0

Se considera **POSITIVO** con uno o más puntos ("SI"); será **NEGATIVO**, cuando la sumatoria sea igual a cero ("NO").

SÍNDROME DE CAÍDAS

Pregunta	SI	NO
1. ¿Ha presentado 2 o más caídas en el último año?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="radio"/> 0

Se considera **NEGATIVO** con respuesta a "NO" y **POSITIVO** con "SI"

En caso de obtener una respuesta positiva consulte la Guía de Incontinencia Urinaria en la persona Adulta Mayor o la Guía de Prevención de Caídas en la Persona Adulta Mayor, según sea el caso; de ser así, se considera como positiva.

Pueden ser consultadas en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html