

**PAQUETE DE VISITA INICIAL** BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS)

# Formulario D1: Diagnóstico Clínico

Centro: \_\_\_\_\_ ID del sujeto: \_\_\_\_\_

Fecha del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Visita No.: \_\_\_\_ Iniciales del examinador: \_\_\_\_

*INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos UDS para el Paquete de Visita Inicial, Formulario D1. Seleccione una sola opción para cada pregunta.*

Este formulario está dividido en tres secciones:

- Sección 1 **Estado cognitivo:** cognición normal/ deterioro cognitivo leve / demencia y síndrome clínico
- Sección 2 **Biomarcadores, imágenes y genética:** Imágenes de neurodegeneración y biomarcadores en LCR, evidencia de imagen para enfermedad cerebrovascular, y mutaciones genéticas para EA y FTLD
- Sección 3 **Diagnósticos etiológicos:** diagnósticos etiológicos presuntivos para el trastorno cognitivo

**1. Método de diagnóstico — las respuestas de este formulario están basadas en el diagnóstico realizado por:**

- 1 Un médico     2 Un panel de expertos     3 Otro (por ejemplo, dos o más médicos u otro grupo informal)

**SECCIÓN 1: Estado cognitivo y conductual**

**2. ¿Presenta el sujeto una cognición normal (CDR global = 0 y/o evaluación neuropsicológica en el rango normal) y conducta normal (es decir, el sujeto no muestra suficientes comportamientos para realizar el diagnóstico de DCL, o demencia por FTLD o con cuerpos de Lewy)?**

- 0 No (PASE A LA PREGUNTA 3)  
 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 6)

**DEMENCIA — TODOS LAS CAUSAS**

**El sujeto presenta síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que cumplen con todos los siguientes criterios:**

- Interfieren con su habilidad para funcionar como previamente lo hacía en su trabajo y actividades diarias?
- Representan un deterioro en relación a su funcionamiento previo?
- No se explican por delirio o un trastorno psiquiátrico mayor?
- Incluyen un deterioro cognitivo identificado y diagnosticado mediante una combinación de 1) historia médica y 2) evaluación cognitiva objetiva (evaluación clínica o neuropsicológica)?

**Y**

**Deterioro en una\* o más de las siguientes áreas:**

- Deterioro en la habilidad para adquirir y recordar información nueva.
- Deterioro en el razonamiento y habilidad para realizar tareas complejas, juicio pobre.
- Deterioro en las habilidades visoespaciales
- Deterioro en el lenguaje
- Cambios de personalidad, conducta o comportamiento

*\* En caso de deterioro de una sola función (por ejemplo, lenguaje en APP, comportamiento en DFTvc, habilidades visoespaciales en atrofia cortical posterior), el sujeto no debe de cumplir criterios para deterioro cognitivo leve.*

**3. ¿El sujeto cumple con los criterios para demencia?**

- 0 No (PASE A LA PREGUNTA 5)  
 1 Sí (PASE A LA PREGUNTA 4)

**4. Si el sujeto cumple con los criterios para demencia, responda las preguntas 4a–4f abajo y luego PASE A LA PREGUNTA 6.**

Basándose exclusivamente en la historia y evaluación clínica (incluyendo la evaluación neuropsicológica), ¿cuál es el trastorno/síndrome cognitivo/conductual que presenta el sujeto? **Seleccione uno o varios como Presente; los restantes se considerarán como Ausentes en la base de datos del NACC.**

Síndrome demencial	Presente
4a. Síndrome demencial amnésico de dominios múltiples	<input type="checkbox"/> 1
4b. Síndrome de atrofia cortical posterior (o de presentación visual primaria) (ACP)	<input type="checkbox"/> 1
4c. Síndrome de afasia progresiva primaria (APP) 4c1. <input type="checkbox"/> 1 Cumple criterios para APP variante semántica <input type="checkbox"/> 2 Cumple criterios para APP variante logopénea <input type="checkbox"/> 3 Cumple criterios para APP variante no-fluente/agramática <input type="checkbox"/> 4 Otra APP o no especificada	<input type="checkbox"/> 1
4d. Variante conductual de la degeneración lobar frontotemporal (DFTvc)	<input type="checkbox"/> 1
4e. Demencia con cuerpos de Lewy (DL)	<input type="checkbox"/> 1
4f. Síndrome demencial no amnésico de dominios múltiples, que no es ACP, APP, DFTvc o DL	<input type="checkbox"/> 1

**5. Si el sujeto no tiene cognición o comportamiento normal y no está clínicamente demenciado, indique el tipo de deterioro cognitivo que presenta a continuación.**

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)**

- ¿El sujeto o el informante muestran preocupación por un cambio en la cognición del sujeto en relación con su estado cognitivo previo?
- ¿Presenta deterioro en uno o más dominios cognitivos (memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, atención y habilidades visoespaciales)?
- ¿La independencia y funcionalidad del sujeto están mayormente conservadas (no hay cambios con respecto a su funcionamiento previo o requiere de asistencia mínima)?

Seleccione uno de los síndromes de 5a-5e como Presente (el resto se considerarán como Ausentes en la base de datos del NACC) y **PASE A LA PREGUNTA 6**. Si selecciona DCL abajo, se debe cumplir con los criterios diagnósticos para DCL enlistados arriba.

Tipo	Presente	Dominio afectado	No	Sí
5a. DCL amnésico, de dominio único (DCLa-DU)	<input type="checkbox"/> 1			
5b. DCL amnésico, de dominio múltiple (DCLa-DM)	<input type="checkbox"/> 1	<b>MARQUE SI para por lo menos un dominio adicional (además de la memoria):</b>		
		5b1. Lenguaje	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		5b2. Atención	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		5b3. Función ejecutiva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
		5b4. Visoespacial	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Seleccione uno de los síndromes de 5a-5e como Presente (el resto se considerarán como ausentes en la base de datos del NACC) y **PASE A LA PREGUNTA 6**. Si selecciona DCL abajo, se debe cumplir con los criterios diagnósticos para DCL enlistados arriba.

Tipo	Presente	Dominio afectado	No	Sí
5c. DCL no amnésico, de dominio único (DCLna-DU)	<input type="checkbox"/> 1	<b>MARQUE SI para indicar el dominio afectado:</b> 5c1. Lenguaje 5c2. Atención 5c3. Función ejecutiva 5c4. Visuoespacial	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
5d. DCL no amnésico, de dominio múltiple (DCLna-DM)	<input type="checkbox"/> 1	<b>MARQUE SI para al menos dos dominios:</b> 5d1. Lenguaje 5d2. Atención 5d3. Función ejecutiva 5d4. Visuoespacial	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
5e. Deterioro cognitivo, no DCL	<input type="checkbox"/> 1			

## SECCIÓN 2: Biomarcadores, imágenes y genética

La sección 2 debe ser completada para todos los sujetos.

### 6. Indique el estado de los biomarcadores neurodegenerativos, utilizando estándares locales de positividad.

Hallazgos de biomarcadores	No	Sí	Desconocido/ no evaluado
6a. Amiloide anormalmente elevado en PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6b. Amiloide anormalmente bajo en LCR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6c. Patrón FDG-PET de EA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6d. Atrofia hipocámpica	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6e. Evidencia de EA en Tau PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6f. Tau o ptau (fosforilada) anormalmente elevada en LCR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6g. Evidencia de hipometabolismo frontal o temporal anterior consistente con FTLD en FDG-PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6h. Evidencia de FTLD en Tau PET	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6i. Evidencia de atrofia frontal o temporal anterior consistente con FTLD en RM estructural	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6j. Evidencia de demencia con cuerpos de Lewy en DATscan (transportador activo de dopamina)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
6k. Otro (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	

**7. ¿Hay evidencia de enfermedad cerebrovascular en imagen?**

Hallazgos por imagen	No	Sí	Desconocido/ no evaluado
7a. Infarto(s) de gran vaso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7b. Infarto(s) lacunar(es)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7c. Macro-hemorragia(s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7d. Micro-hemorragia(s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7e. Hiperintensidad moderada en sustancia blanca (puntaje CHS de 5-6)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8
7f. Hiperintensidad extensa en sustancia blanca (puntaje CHS de 7-8+)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 8

**8. ¿Tiene el sujeto una mutación para EA de transmisión autosómica dominante (PSEN1, PSEN2, APP)?**

0 No  1 Sí  9 Desconocido/ no evaluado

**9. ¿Tiene el sujeto una mutación hereditaria para FTLN (por ejemplo, GRN, VCP, TARBP, FUS, C9orf72, CHMP2B, MAPT)?**

0 No  1 Sí  9 Desconocido/ no evaluado

**10. ¿Tiene el sujeto alguna otra mutación hereditaria (no de EA o FTLN)?**

0 No  1 Sí (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_  9 Desconocido/ no evaluado

**SECCIÓN 3: Diagnósticos etiológicos**

Las sección 3 debe ser completada para todos los sujetos. Basándose en el juicio clínico, indique los diagnósticos etiológicos presuntivos del deterioro cognitivo y si dichos diagnósticos son: primario, contribuyente/secundario, o no contribuye al deterioro cognitivo observado. **Seleccione uno o más diagnósticos como Presentes; el resto se marcarán como Ausentes en la base de datos del NACC.** Solamente se deberá seleccionar un diagnóstico como 1=Primario.

**Para sujetos con cognición normal:** Indique la presencia de cualquier diagnóstico marcándolo como Presente, y deje en blanco las preguntas subsecuentes (primario, contribuyente, no-contribuyente). Para sujetos con biomarcadores positivos pero sin síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, o degeneración lobar frontotemporal, **no** se deberán marcar estos diagnósticos como Presentes. En estos casos, se debe utilizar la sección 2 de este formulario para identificar la presencia preclínica de la enfermedad.

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
11. Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> 1	11a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Demencia con cuerpos de Lewy 12b. <input type="checkbox"/> 1 Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> 1	12a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Atrofia multi-sistémica	<input type="checkbox"/> 1	13a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Degeneración lobar frontotemporal				
14a. Parálisis supranuclear progresiva (PSP)	<input type="checkbox"/> 1	14a1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14b. Degeneración corticobasal (DCB)	<input type="checkbox"/> 1	14b1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14c. FTLN con enfermedad de neurona motora	<input type="checkbox"/> 1	14c1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14d. FTLN no especificada	<input type="checkbox"/> 1	14d1 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14e. Si hay presencia de FTLN (preguntas 14a-14d), especifique el subtipo: <input type="checkbox"/> 1 Taupatía <input type="checkbox"/> 2 TDP-43 proteinopatía <input type="checkbox"/> 3 Otro (ESPECIFICAR): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido				

**SECCIÓN 3: Diagnósticos etiológicos (continuación)**

Las sección 3 debe ser completada para todos los sujetos. Basándose en el juicio clínico, indique los diagnósticos etiológicos presuntivos del deterioro cognitivo y si dichos diagnósticos son: primario, contribuyente/secundario, o no contribuye al deterioro cognitivo observado. **Seleccione uno o más diagnósticos como Presentes; el resto se marcarán como Ausentes en la base de datos del NACC.** Solamente se deberá seleccionar un diagnóstico como **1=Primario**.

**Para sujetos con cognición normal:** Indique la presencia de cualquier diagnóstico marcándolo como **1=Presente**, y deje en blanco las preguntas subsecuentes (primario, contribuyente, no-contribuyente). Para sujetos con biomarcadores positivos pero sin síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, o degeneración lobar frontotemporal, no se deberán marcar estos diagnósticos como Presentes. En estos casos, se debe utilizar la sección 2 de este formulario para identificar la presencia preclínica de la enfermedad.

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
15. Lesión cerebrovascular (basado en la evidencia clínica o de imagen) <i>Si no hay daño vascular significativo, PASE A LA PREGUNTA 16.</i>	<input type="checkbox"/> 1	15a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15b. ¿Accidente cerebrovascular anterior? <input type="checkbox"/> 0 No ( <b>PASE A LA PREGUNTA 15c</b> ) <input type="checkbox"/> 1 Sí				
15b1. ¿Hay una relación temporal entre el accidente cerebrovascular y el deterioro cognitivo? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí				
15b2. ¿Confirmación del accidente cerebrovascular por imagen? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido; imagen no disponible				
15c. ¿Hay evidencia por imagen de infarto quístico en redes cognitivas? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido; imagen no disponible				
15d. ¿Hay evidencia por imagen de infarto quístico, hiperintensidad extensa en sustancia blanca (grado CHS 7-8+), y deterioro de la función ejecutiva? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido; imagen no disponible				
16. Temblor benigno esencial	<input type="checkbox"/> 1	16a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> 1	17a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Enfermedad de Huntington	<input type="checkbox"/> 1	18a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Enfermedad por priones (Creutzfeldt-Jakob, otro)	<input type="checkbox"/> 1	19a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Diagnósticos etiológicos	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
20. Traumatismo craneoencefálico 20b. Si está presente, ¿El sujeto tiene síntomas consistentes con encefalopatía traumática crónica? <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido	<input type="checkbox"/> 1	20a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Hidrocefalia normotensiva	<input type="checkbox"/> 1	21a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Epilepsia	<input type="checkbox"/> 1	22a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Neoplasia del sistema nervioso central 23b. <input type="checkbox"/> 1 Benigna <input type="checkbox"/> 2 Maligna	<input type="checkbox"/> 1	23a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)	<input type="checkbox"/> 1	24a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Deterioro cognitivo secundario a otras condiciones neurológicas, genéticas o infecciosas no enlistadas anteriormente 25b. Si está presente, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	25a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Las sección 3 debe ser completada para todos los sujetos. Basándose en el juicio clínico, indique los diagnósticos etiológicos presuntivos del deterioro cognitivo y si dichos diagnósticos son: primario, contribuyente/secundario, o no contribuye al deterioro cognitivo observado. **Seleccione uno o más diagnósticos como Presentes; el resto se marcarán como Ausentes en la base de datos del NACC.** Solamente se deberá seleccionar un diagnóstico como **1=Primario**.

**Para sujetos con cognición normal:** Indique la presencia de cualquier diagnóstico marcándolo como **1=Presente**, y deje en blanco las preguntas subsecuentes (primario, contribuyente, no-contribuyente). Para sujetos con biomarcadores positivos pero sin síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, o degeneración lobar frontotemporal, no se deberán marcar estos diagnósticos como Presentes. En estos casos, se debe utilizar la sección 2 de este formulario para identificar la presencia preclínica de la enfermedad.

Condición	Presente	Primario	Contribuyente	No-contribuyente
26. Depresión acualmente activa 26b. Si está presente, seleccione una: <input type="checkbox"/> 0 No tratada <input type="checkbox"/> 1 Tratada con medicamentos o psicoterapia	<input type="checkbox"/> 1	26a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> 1	27a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28. Esquizofrenia u otra psicosis	<input type="checkbox"/> 1	28a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29. Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> 1	29a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30. Delirium	<input type="checkbox"/> 1	30a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
31. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	<input type="checkbox"/> 1	31a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
32. Otro trastorno psiquiátrico 32b. Si está presente, especifique: _____	<input type="checkbox"/> 1	32a <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

<p>33. Deterioro cognitivo por abuso de alcohol                  33b. Abuso de alcohol actual:  <input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>33a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>34. Deterioro cognitivo por abuso de otras sustancias</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>34a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>35. Deterioro cognitivo por enfermedad sistémica/ otra enfermedad (como se indica en el Formulario D2)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>35a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>36. Deterioro cognitivo por medicamentos</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>36a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>37. Deterioro cognitivo no especificado                  37b. Si está presente, especifique:                  _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>37a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>38. Deterioro cognitivo no especificado                  38b. Si está presente, especifique:                  _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>38a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>
<p>39. Deterioro cognitivo no especificado                  39b. Si está presente, especifique:                  _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>39a <input type="checkbox"/> 1</p>	<p><input type="checkbox"/> 2</p>	<p><input type="checkbox"/> 3</p>