

Anexo 3. Escala SCIM

SCIM - 2001	APELLIDO Y NOMBRE:	EDAD	SEXO	TOTAL	
Autocuidado Subtotal (0-20)	1) Alimentación (Cortado, apertura de recipientes, llevar comida a la boca, levantar un vaso con liquido)	0- Requerimiento de alimentación parenteral, gastrostomía, o asistencia para la alimentación oral.			
		1- Come la comida cortada usando diversos dispositivos de adaptación para la mano y los cubiertos, no puede levantar un vaso.			
		2- Come la comida cortada usando solo un dispositivo de adaptación para la mano. Puede levantar un vaso adaptado.			
		3- Come la comida cortada sin el uso de adaptaciones. Levanta un vaso regular y necesita asistencia para abrir recipientes.			
		4- Independiente en todas las áreas sin adaptaciones.			
	2) Higiene (Enjabonado, manejo de la tapa del inodoro, lavado)	A-Parte superior del cuerpo	0- Requiere asistencia total.		
			1- Requiere asistencia parcial.		
			2- Se lava en forma independiente pero usando alguna adaptación ó silla especial.		
		B- Parte inferior del cuerpo	3- Se lava en forma independiente y no requiere ninguna adaptación ó silla especial.		
			0- Requiere asistencia total.		
			1- Requiere asistencia parcial.		
	3) Vestido (Preparar la ropa, vestirse, desvestirse)	A-Parte superior del cuerpo	2- Se lava en forma independiente pero usando alguna adaptación ó silla especial.		
			3- Se lava en forma independiente y no requiere ninguna adaptación ó silla especial.		
			0- Requiere asistencia total.		
			1- Requiere asistencia parcial.		
		2- Se viste en forma independiente con alguna			



			adaptación ó silla especial.
			3- Se viste en forma independiente sin adaptaciones ó silla especial.
		B- Parte inferior del cuerpo	0- Requiere asistencia total.
			1- Requiere asistencia parcial.
			2- Se viste en forma independiente ó requiere silla especial.
		3- Se viste en forma independiente, no requiere silla especial.	
	4) Acicalado (Lavado de manos y cara, maquillarse, arreglarse el pelo, afeitarse)	0- Requiere asistencia total.	
		1. Realiza solo una tarea.	
		2. Realiza alguna tarea usando adaptación, necesita ayuda para poner ó sacar la adaptación.	
		3. Independiente con alguna adaptación.	
4. Independiente sin adaptación.			



Respiración y manejo esfinteriano Subtotal (0-40)	5) Respiración	0- Requiere asistencia mecánica ventilatoria
		2- Requiere tubo endotraqueal ó asistencia ventilatoria parcial
		4- Respira en forma independiente pero requiere mucha asistencia en el manejo del tubo endotraqueal
		6- Respira en forma independiente y requiere poca asistencia en el manejo del tubo endotraqueal
		8- Respira sin tubo endotraqueal, pero algunas veces requiere asistencia mecánica para respirar
		10- Respira en forma independiente sin ningún dispositivo de ayuda
	6) Manejo vesical	0- Con sonda permanente
		4- Volumen residual mayor a 100 cc de orina, sin cateterismo ó con cateterismo intermitente
		8- Volumen residual de orina menor de 100cc, necesidad de asistencia para la aplicación de instrumentos de drenaje
		12- Autocateterismos
		15- Volumen residual de orina menor de 100 cc, sin cateterismo ó asistencia para realizar drenaje
	7) Manejo intestinal	0- Movimiento intestinal con baja frecuencia (menos de una vez cada tres días), o momento inapropiado o irregular del acto defecatorio
		5- Momento regular y apropiado pero requiere asistencia (ej.: para la aplicación de un supositorio), accidente defecatorio raro (menos de una vez al mes)
		10- Movimiento intestinal regular, en apropiado momento, sin asistencia ; accidente defecatorio raro (menos de una vez por mes)
	8) Uso del toilet (Higiene perineal, ajuste y desajuste de	0- Requiere total asistencia
		1- Desvestido parcial de la parte inferior del cuerpo. Necesita asistencia para el resto de las tareas



	ropa antes y después, colocar apósitos ó apósitos)	2- Desvestido parcial de la parte inferior del cuerpo y lavado autónomo parcial (después); necesita asistencia para acomodar la ropa y/o colectores o apósitos
		3- Desvestido y lavado solo (después); necesita asistencia en ajuste de la ropa y/o colectores o apósitos
		4- Independiente en todas las tareas pero necesita alguna adaptación o silla especial
		5- Independiente en todas las tareas sin adaptaciones o silla especial



Movilidad (habitación y baño)	9) Movilidad en la cama y acciones de prevención de UPP	0- Requiere asistencia total	
		1-Gira en la cama para un solo lado	
		2- Gira en la cama para ambos lados pero no puede eliminar totalmente la presión	
		3- Libera presión solamente acostado	
		4- Gira en la cama y se sienta sin asistencia	
		5- Independiente en la movilidad en la cama, realiza push-up sentado sin elevar todo el cuerpo	
		6- Independiente en la movilidad en la cama, realiza push-up con elevación completa del cuerpo	
	Subtotal (0-40)	10) Transferencias cama-silla (Acomodar la Silla de Ruedas, apoyapiés, apoyabrazos, transferencia de los pies)	0 - Requiere total asistencia
			1 - Necesita asistencia parcial y/o supervisión
			2 – Independiente
Subtotal (0-40)	11) Transferencias silla-inodoro (si usa silla de baño, transferencia hacia y desde, si usa su Silla de ruedas corriente debe acomodarla, colocar y sacar los apoyabrazos y apoyapiés, transferir los pies)	0 - Requiere total asistencia	
		1 - necesita asistencia parcial y/o supervisión	
		2 – Independiente	



Movilidad (adentro y afuera)	12) Movilidad adentro	0- Requiere asistencia total
		1- Necesita silla de ruedas eléctrica ó ayuda parcial para manejar la silla de ruedas
		2- Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual
		3- Requiere supervisión para caminar (con ó sin dispositivos)
		4- Camina con andador de marcha ó muletas
		5- Camina con muletas ó dos bastones
		6- Camina con un bastón
		7- Necesita solo una ortesis
	8- Camina sin elementos de ayuda	
	13) Movilidad para distancias moderadas (0-100m)	0- Requiere asistencia total
		1- Necesita silla de ruedas eléctrica ó ayuda parcial para manejar la silla de ruedas
		2- Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual
		3- Requiere supervisión para caminar (con ó sin dispositivos)
		4- Camina con andador de marcha ó muletas
		5- Camina con muletas ó dos bastones
		6- Camina con un bastón
		7- Necesita solo una ortesis
	8- Camina sin elementos de ayuda	
	14) Movilidad afuera (más de 100 m)	0- Requiere asistencia total
		1- Necesita silla de ruedas eléctrica ó ayuda parcial para manejar la silla de ruedas
		2- Se mueve en forma independiente en silla de ruedas manual
		3- Requiere supervisión para caminar (con ó sin dispositivos)
		4- Camina con andador de marcha ó muletas
		5- Camina con muletas ó dos bastones
6- Camina con un bastón		
7- Necesita solo una ortesis		
8- Camina sin elementos de ayuda		



	15) Uso de escaleras	0- Incapaz de subir ó bajar escaleras
		2- Sube y baja hasta tres escalones con ayuda ó supervisión de otra persona
		3- Sube y baja hasta tres escalones sin ayuda ó supervisión
	16) Transferencias silla de ruedas-automóvil (acercarse al auto, acomodar la silla, remover apoya pies y apoyabrazos, transferencia hacia y desde el auto, colocar la silla dentro y fuera del auto)	0 - Requiere asistencia total
		1- Necesita asistencia parcial ó supervisión
		2 - Independiente con dispositivos de adaptación
		3 - Independiente sin dispositivos de adaptación