



Escala complementaria al FIM- SCIM III (AFILIADO CON LESIONES MEDULARES)

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL. ALTO GRADO DE DEPENDENCIA	
Apellido y nombre:	Nº de afiliado (DNI):
Edad:	
Institución:	Diagnóstico:
MODALIDAD	
Centro de Día JS JC	CET JS JC

En caso de que el afiliado posea diagnóstico de lesión medular, se debe realizar la escala de SCIM III. La Medida de Independencia de la Médula Espinal (SCIM) está diseñada para personas con lesión de la médula espinal (SCI) y evalúa el desempeño en actividades de la vida diaria y la movilidad. Se utiliza con frecuencia tanto en la práctica clínica como en entornos de ensayos clínicos.

El SCIM se compone de 19 ítems que evalúan 3 dominios

1) Autocuidado (6 ítems, las puntuaciones varían de 0 a 20):

- A) Alimentación
- B) Baño
- C) Vestir
- D) Aseo

2) Manejo de la respiración y los esfínteres (4 ítems, las puntuaciones varían de 0 a 40)

- A) Respiración
- B) Manejo de la vejiga
- C) Manejo de los intestinos
- D) Uso del baño

3) Movilidad (9 ítems, las puntuaciones van de 0 a 40)

- A) Tareas en la habitación y el baño
- B) Tareas en interiores y exteriores



MEDIDA DE INDEPENDENCIA DE LA MÉDULA ESPINAL (SCIM)¹

CUIDADO PERSONAL

1. ALIMENTACION

--	--	--	--	--	--

(Cortar, abrir envases, servirse, llevarse la comida a la boca, sostener una taza con líquido)

0. Requiere nutrición parenteral, gastrostomía o asistencia total para la alimentación oral.

1. Requiere ayuda parcial para comer y/o beber, o para utilizar ayudas técnicas.

2. Come independientemente; necesita ayudas técnicas o asistencia solo para cortar los alimentos y/o servir y/o abrir recipientes.

3. Come y bebe independientemente; no requiere asistencia o ayudas técnicas.

2. BAÑO

--	--	--	--	--	--

(Enjabonarse, lavarse, secarse cuerpo y cabeza, manejar el grifo)

A. Parte superior del cuerpo

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial.

2. Se lava de forma independiente con ayudas técnicas o accesorios específicos (por ej. silla, barras...).

3. Se lava de forma independiente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos (no habituales para personas sanas).

B. Parte inferior del cuerpo

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial.

2. Se lava de forma independiente con ayudas técnicas o accesorios específicos.

3. Se lava de forma independiente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

3. VESTIDO

--	--	--	--	--	--

(Ropa, zapatos, ortesis permanentes: ponérselos, llevarlos puesto y quitárselos)

A. Parte superior del cuerpo

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones.

2. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones; requiere ayudas técnicas y/o accesorios específicos.

3. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o botones; no requiere ayudas técnicas ni accesorios específicos; requiere asistencia o ayudas técnicas o accesorios específicos solo para botones, cremalleras o cordones.

¹ SPANISH VERSION OF THE SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE VERSION III (eSCIM III).Unidad de Lesionados Medulares. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla



4. Se pone (cualquier prenda) independientemente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

B. Parte inferior del cuerpo

--	--	--	--	--	--

0. Requiere asistencia total

1. Requiere asistencia parcial con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones.

2. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o cordones; requiere ayudas técnicas y/o accesorios específicos.

3. Independiente con prendas de ropa sin botones, cremalleras o botones sin ayudas técnicas ni accesorios específicos; requiere asistencia o ayudas técnicas o accesorios específico solo para botones, cremalleras o cordones.

4. Se pone (cualquier prenda) independientemente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos

4. CUIDADOS Y APARIENCIA

--	--	--	--	--	--

(Lavarse las manos y la cara, cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse)

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial.

2. Se arregla independientemente con ayudas técnicas.

3. Se arregla independientemente sin ayudas técnicas.

SUBTOTAL (0–20)

RESPIRACION Y MANEJO ESFINTERIANO

5. RESPIRACION

--	--	--	--	--	--

0. Requiere cánula de traqueostomía y ventilación asistida permanente o intermitente.

2. Respiración espontánea con cánula de traqueostomía; requiere oxígeno, gran asistencia para toser o para el manejo de la cánula de traqueostomía.

4. Respiración espontánea con cánula de traqueostomía; requiere pequeña asistencia para toser o para el manejo de la cánula de traqueostomía.

6. Respiración espontánea sin cánula de traqueostomía; requiere oxígeno, gran asistencia para toser, mascarilla (p.e. mascara de presión positiva espiratoria (PPE) o ventilación asistida intermitente (BiPAP).

8. Respiración espontánea sin cánula de traqueostomía; requiere pequeña asistencia o estimulación para toser.

10. Respiración espontánea sin asistencia ni dispositivos.

6. MANEJO ESFINTERIANO - VEJIGA

--	--	--	--	--	--

0. Sonda permanente.

3. Volumen de orina residual 4100 CC.; no cateterismo regular o cateterismo intermitente asistido.

6. Volumen de orina residual 5100 CC. o autocateterismos intermitentes; necesita asistencia para utilizar los instrumentos de drenaje.



9. Autocateterismos intermitentes; usa instrumentos de drenaje externo; no necesita asistencia para colocárselos.

11. Autocateterismos intermitentes; continente entre sondajes; no utiliza instrumentos de drenaje externos.

13. Volumen de orina residual 5100 cc; necesita únicamente instrumento de drenaje externo de orina; no requiere asistencia para el drenaje.

15. Volumen urinario residual 5100 cc; continente; no utiliza instrumento de drenaje externo.

7. MANEJO ESFINTERIANO – INTESTINO

--	--	--	--	--	--

0. Cadencia irregular o frecuencia muy baja (menos de una vez cada 3 días) de deposiciones.

5. Cadencia regular, pero requiere asistencia (por ej. para aplicarse un supositorio); accidentes esporádicos (menos de dos al mes).

8. Evacuación regular, sin asistencia; accidentes esporádicos (menos de dos al mes).

10. Evacuación regular, sin asistencia; no accidentes.

8. WC - INODORO

--	--	--	--	--	--

(Higiene perineal, ajuste de prendas antes/después, uso de compresas o pañales)

0. Requiere asistencia total.

1. Requiere asistencia parcial: no se limpia solo.

2. Requiere asistencia parcial: se limpia independientemente.

4. Usa el WC de forma independiente en todas las tareas, pero necesita ayudas técnicas o accesorios específicos (por ej. barras).

5. Usa el WC de forma independiente; no requiere ayudas técnicas o accesorios específicos.

SUBTOTAL (0–40)

MOVILIDAD (DORMITORIO Y BAÑO)

9. MOVILIDAD EN CAMA Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

--	--	--	--	--	--

0. Necesita asistencia en todas las actividades: voltear la parte superior del cuerpo en la cama, voltear la parte inferior del cuerpo en la cama, sentarse en la cama, pulsarse de la silla de ruedas, con o sin ayudas técnicas, pero no con adaptaciones eléctricas.

2. Realiza una de las actividades sin asistencia.

4. Realiza dos o tres de las actividades sin asistencia.

6. Realiza todas las movilizaciones en la cama y las actividades de liberación de presión de forma independiente.



10. TRANSFERENCIAS CAMA - SILLA DE RUEDAS

(Frenar silla de ruedas, subir reposapiés, retirar y ajustar reposabrazos, transferirse, subir los pies)

0. Requiere asistencia total.

1. Necesita asistencia parcial y/o supervisión, y/o ayudas técnicas (por ej. tabla de transferencias).

2. Independiente (o no requiere silla de ruedas).

11. TRANSFERENCIAS SILLA DE RUEDAS - WC – BAÑERA

(Si utiliza silla con inodoro: realizar transferencias a y desde ella; si usa silla de ruedas convencional: frenar la silla de ruedas, subir reposapiés, retirar y ajustar reposabrazos, transferirse, subir los pies)

0. Requiere asistencia total.

1. Necesita asistencia parcial y/o supervisión, y/o ayudas técnicas (por ej. barras de baño).

2. Independiente (o no requiere silla de ruedas).

MOVILIDAD (INTERIORES Y EXTERIORES, EN CUALQUIER SUPERFICIE)

12. MOVILIDAD EN INTERIORES

0. Requiere asistencia total.

1. Necesita silla de ruedas eléctrica o asistencia parcial para utilizar silla de ruedas manual.

2. Se desplaza de forma independiente con silla de ruedas manual.

3. Requiere supervisión mientras camina (con o sin ayudas)

4. Deambula con andador o muletas (marcha pendular).

5. Deambula con muletas o dos bastones (marcha recíproca).

6. Deambula con un bastón.

7. Necesita solamente ortesis de miembro inferior.

8. Deambula sin ayudas para la marcha.

13. MOVILIDAD EN DISTANCIAS MODERADAS (10–100 METROS)

0. Requiere asistencia total.

1. Necesita silla de ruedas eléctrica o asistencia parcial para utilizar silla de ruedas manual.

2. Se desplaza de forma independiente con silla de ruedas manual.

3. Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ayudas).

4. Deambula con andador o muletas (marcha pendular).

5. Deambula con muletas o dos bastones (marcha recíproca).

6. Deambula con un bastón.

7. Necesita solamente ortesis de miembro inferior.

8. Deambula sin ayudas para la marcha.



14. MOVILIDAD EN EXTERIORES (MAS DE 100 METROS)

--	--	--	--	--	--

0. Requiere asistencia total.
1. Necesita silla de ruedas eléctrica o asistencia parcial para utilizar silla de ruedas manual.
 2. Se desplaza de forma independiente con silla de ruedas manual.
 3. Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ayudas).
 4. Deambula con andador o muletas (marcha pendular).
 5. Deambula con muletas o dos bastones (marcha recíproca).
 6. Deambula con un bastón.
 7. Necesita solamente ortesis de miembro inferior.
 8. Deambula sin ayudas para la marcha.

15. MANEJO EN ESCALERAS

--	--	--	--	--	--

0. Incapacidad para subir o bajar escaleras.
1. Sube y baja al menos 3 escalones con soporte o supervisión de otra persona.
 2. Sube y baja al menos 3 escalones con soporte de barandilla y/o muleta o bastón.
 3. Sube y baja al menos 3 escalones sin ningún soporte ni supervisión.

16. TRANSFERENCIAS SILLA DE RUEDAS - COCHE

--	--	--	--	--	--

(Acercarse al coche, frenar la silla de ruedas, retirar reposabrazos y reposapiés, realizar transferencias a y desde el coche, introducir la silla de ruedas dentro y fuera del coche)

0. Requiere asistencia total.
1. Necesita asistencia parcial y/o supervisión y/o ayudas técnicas.
 2. Se transfiere de forma independiente; no requiere ayudas técnicas (o no requiere silla de ruedas).

17. TRANSFERENCIAS SUELO - SILLA DE RUEDAS

--	--	--	--	--	--

0. Requiere asistencia total.
1. Se transfiere de forma independiente con o sin ayudas técnicas (o no requiere silla de ruedas).

SUBTOTAL 0–40

TOTAL PUNTUACIÓN SCIM (0–100)

La presente solicitud de afiliación como los datos consignados en el presente, tienen carácter de DECLARACION JURADA.

El suscripto declara conocer la Ley XVIII N.º 12, y su reglamentación, tomando conocimiento de que cualquier falsedad, omisión y/o inexactitud de la presente declaración jurada, deliberada o no, invalidará la misma y sus beneficios sin perjuicio del derecho del ISSyS a iniciar acciones civiles y penales que pudieran corresponder.

El trámite de renovación es exclusiva responsabilidad del titular de la Obra Social, encontrándose exento el Instituto de la responsabilidad por la falta de presentación en los plazos establecidos.