

Cuestionario sobre los síntomas asociados a la espasticidad en esclerosis múltiple

La espasticidad se asocia a diversos síntomas, como por ejemplo, espasmos, dolor, trastornos de la marcha, trastornos esfinterianos (como incontinencia, urgencia o nicturia) o alteración del sueño. Estos síntomas afectan en gran medida la calidad de vida de los pacientes y con el tiempo puede implicar un grado de discapacidad considerable.

A continuación, le animamos a rellenar este breve cuestionario sobre síntomas asociados a la espasticidad y facilitar así su registro por el neurólogo.

Datos generales

FECHA DE LA VISITA

				2	0		
DÍA		MES		AÑO			

NOMBRE APELLIDOS

AÑO DE NACIMIENTO

--	--	--	--

 SEXO Masculino Femenino

Preguntas relacionadas con la espasticidad

¿Nota usted alguno de los siguientes síntomas?

- Rigidez, dolor, o saltos en las piernas
- Rebotes en algún pie
- Calambres o espasmos musculares en piernas o brazos
- Piernas poniéndose tensas y rectas o levantándose

Sí No No sabe/No contesta

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que padece estos síntomas?

--	--

 días

--	--

 meses

--	--

 años

Intensidad de los síntomas (Marque la opción que corresponda)

0. No tengo ninguno de esos síntomas
1. Noto alguno de esos síntomas, pero no interfieren en mi vida diaria
2. Los síntomas me obligan a cambiar mis actividades diarias 1 vez por semana
3. Los síntomas me obligan a cambiar mis actividades diarias varias veces a la semana
4. Los síntomas me impiden todos los días realizar mis actividades diarias

Otros síntomas relacionados con la espasticidad

¿Tiene espasmos durante el día?

Entre 1 y 5 Más de 5 No

En caso afirmativo, ¿le producen dolor? → Sí No

¿Tiene espasmos durante la noche?

Entre 1 y 5 Más de 5 No

En caso afirmativo, ¿le producen dolor? → Sí No

¿Tiene problemas urinarios?

(urgencia para ir al servicio, va con mucha frecuencia al servicio, pérdidas de orina, tener que levantarse durante la noche para ir al servicio)

Sí No

• Urgencia urinaria → Sí No

• Pérdidas de orina → Sí No

¿Tiene dificultad para dormir? → Sí No

En caso afirmativo:

¿Se levanta por la noche para ir al servicio?

Entre 1 y 2 veces Más de 2 veces en la noche No

SOLAMENTE EN EL CASO DE QUE SEAN VARONES:

¿Tiene problemas de próstata? → Sí No

¿Se despierta durante la noche por notar espasmos?

Entre 1 y 5 veces Más de 5 veces No

¿Tiene dificultades para caminar?

No tengo ninguna dificultad para caminar

Camino sin ayuda (300 a 500 metros, o más)

Camino sin ayuda (100 metros o más)

Camino con ayuda (50 metros o más)

Camino con ayuda menos de 5 metros






Confinado a silla de ruedas






Encamado

Actividades de la vida diaria

INSTRUCCIONES

Para cada una de las actividades que se describen a continuación, elija la respuesta que mejor describe su estado actual:

Comer 	
Totalmente independiente	<input type="checkbox"/> 10
Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Lavarse 	
Independiente: entra y sale solo del baño	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Arreglarse 	
Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Vestirse 	
Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	<input type="checkbox"/> 10
Necesita ayuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Deposiciones (valórese la semana previa) 	
Continencia normal	<input type="checkbox"/> 10
Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	<input type="checkbox"/> 5
Incontinencia	<input type="checkbox"/> 0

Micción (valórese la semana previa) 	
Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	<input type="checkbox"/> 10
Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	<input type="checkbox"/> 5
Incontinencia	<input type="checkbox"/> 0
Usar el retrete 	
Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	<input type="checkbox"/> 10
Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Trasladarse 	
Independiente para ir del sillón a la cama	<input type="checkbox"/> 15
Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	<input type="checkbox"/> 10
Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Deambular 	
Independiente, camina más de 50 metros	<input type="checkbox"/> 15
Necesita ayuda de otra persona pero puede caminar 50 metros	<input type="checkbox"/> 10
Independiente en silla de ruedas	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Escalones 	
Independiente para bajar y subir escaleras	<input type="checkbox"/> 10
Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	<input type="checkbox"/> 5
Dependiente	<input type="checkbox"/> 0

¿Presenta dolor asociado a la espasticidad? → Sí No

En caso afirmativo, señale la intensidad:

Para ayudar a la gente a describir cuánto dolor sienten hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el máximo dolor que pueda imaginarse y con un 0 la ausencia de dolor. Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, cuánto dolor siente en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Grado de dolor hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique cuánto dolor siente en el día de HOY.

**Grado
de dolor
hoy**

Máximo
dolor
imaginable



Ningún
dolor