

Cuestionario de Síntomas no Motores en Enfermedad de Parkinson (PD NMS Quest)

Nombre: Fecha: Edad:

Centro: Hombre Mujer

PROBLEMAS NO MOTORES en ENFERMEDAD de PARKINSON

Los síntomas motores de la Enfermedad de Parkinson son bien conocidos. Sin embargo, algunas veces pueden aparecer otros problemas como consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento. Es importante que su médico los conozca, especialmente si resultan molestos para Ud.

Abajo aparece una lista de problemas. Por favor, marque la casilla "Sí" si ha tenido alguno **durante el mes pasado**. El médico o enfermero/a pueden hacerle algunas preguntas para ayudarle a decidirse. Si **no** ha tenido ese problema durante el mes pasado, marque la casilla "No".

Si ha tenido el problema anteriormente, pero no durante el mes pasado, también debe responder "No".

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas durante el mes pasado?

- | | Sí | No | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Babeo durante el día..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Sentirse triste, bajo/a de ánimo o decaído..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pérdida o alteración en la percepción de sabores u olores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Sentimientos de ansiedad, miedo o pánico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dificultad para tragar comida o bebidas, o tendencia a atragantarse..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Pérdida o aumento del interés por el sexo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vómitos o náuseas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Dificultades en la relación sexual cuando lo intenta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Estreñimiento (hacer de vientre menos de 3 veces a la semana) o tener que hacer esfuerzos para hacer de vientre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Sensación de mareo o debilidad al ponerse de pie después de haber estado sentado o tumbado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Incontinencia fecal (se escapan las heces)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Caídas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sensación de no haber vaciado por completo el vientre después de ir al servicio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Dificultad para mantenerse despierto/a mientras realiza actividades como trabajar, conducir o comer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sensación de tener que orinar urgentemente que le obliga a ir rápidamente al servicio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Dificultad para quedarse o mantenerse dormido por la noche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Necesidad de levantarse habitualmente por la noche a orinar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Sueños intensos, vívidos o pesadillas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dolores sin causa aparente (no debidos a otras enfermedades, como la artrosis)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Hablar o moverse durante el sueño como si lo estuviera viviendo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Cambio de peso sin causa aparente (no debido a un régimen o dieta)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Sensaciones desagradables en las piernas por la noche o cuando está descansando, y sensación de que necesita moverlas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problemas para recordar cosas que han pasado recientemente o dificultad para acordarse de cosas que tenía que hacer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Hinchazón en las piernas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Pérdida de interés en lo que pasa a su alrededor o en realizar sus actividades..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Sudoración excesiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ver u oír cosas que sabe o que otras personas le dicen que no están ahí..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Visión doble..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificultad para concentrarse o mantener la atención..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Creer que le pasan cosas que otras personas le dicen que no son verdad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Toda la información que proporcione en este cuestionario será tratada de forma confidencial y sólo se usará con la finalidad para la cual se recogió. La información aportada solo se utilizará de forma colectiva. Sus datos personales serán tratados y guardados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Desarrollado y validado por el International PD Non Motor Group

Para más información, contacte con: susanne.tluk@uhl.nhs.uk, alison.forbes@uhl.nhs.uk, o pmartinez@isciii.es