

Evaluación clínica de los síntomas urinarios en pacientes con esclerosis múltiple

Responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz la opción que mejor describa los síntomas urinarios que ha presentado en los últimos **7 días**.

1. Durante el día, ¿Con qué frecuencia sintió la necesidad de orinar de forma urgente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	Alguna vez	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo

2. ¿Con qué frecuencia tuvo pérdidas/escapes de orina?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	Alguna vez	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo

3. Durante el día, ¿Cómo de intensa fue la sensación de que necesitaba orinar de forma urgente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada de intensa	Poco intensa	Moderadamente intensa	Extremadamente intensa

4. En una noche normal, ¿Con qué frecuencia se despierta para orinar?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces o más

5. En un día normal, ¿cuántas veces orinó?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-3 veces	4-6 veces	7-11 veces	Más de 12 veces

Responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz la opción que mejor describa el impacto de los síntomas urinarios que ha presentado recientemente

6. ¿Cuánto se han visto limitadas sus actividades con la familia y amigos debido a sus problemas urinarios?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	De forma moderada	Extremadamente

7. ¿Cómo de avergonzado se ha sentido debido a sus síntomas urinarios?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	De forma moderada	Extremadamente

8. ¿En qué medida se ha visto limitada su capacidad para trabajar fuera de casa (de forma remunerada o voluntaria) debido a sus problemas urinarios?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada/NP	Un poco	De forma moderada	Extremadamente

□ ¿Le gustaría recibir ayuda para sus problemas urinarios? SI NO

Puntuación :

Si el número que usted ha escrito es 3 o más, podría necesitar una evaluación más exhaustiva sobre el estado de sus problemas vesicales. Por favor, consulte con su médico

Versión en castellano del actionable bladder symptoms screening tool Muñoz-Ruiz T, Fernandez-Sánchez VE, Reyes-Garrido V, Martínez-Tomas C, Urbaneja-Romero P, Gallardo-Tur A, et al. Validación transcultural al castellano del *Actionable Bladder Symptoms Screening Tool*. Rev Neurol 2017; 64: 401-6.