

## ■ ESCALA DE ACTIVIDADES COTIDIANAS DE SCHWAB Y ENGLAND PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Schwab JF, England AC. Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease. In: Billingham FH, Donaldson MC, eds. *Third symposium on Parkinson's disease*. Edinburgh: Livingstone, 1969: 152-157.

### **En pacientes con fluctuaciones motoras, especificar situación "off"/ "on"**

- 100%** Completamente independiente.  
Capaz de realizar todas los quehaceres sin lentitud, dificultad o limitación. Prácticamente normal. No percibe ninguna dificultad.
- 90%** Completamente independiente.  
Capaz de realizar todos los quehaceres con cierto grado de lentitud, dificultad o limitación. Podría necesitar un tiempo dos veces superior. Comienza a ser consciente de sus dificultades.
- 80%** Completamente independiente en la mayoría de las tareas.  
Invierte un tiempo dos veces superior. Consciente de su dificultad y lentitud.
- 70%** No es completamente independiente.  
Tiene más dificultad en algunas tareas, en las que invierte un tiempo de tres a cuatro veces superior. Debe dedicar a sus tareas habituales una gran parte del día.
- 60%** Cierta dependencia. Puede realizar la mayor parte de los quehaceres, aunque muy lentamente y con gran esfuerzo. Errores; algunas tareas son imposibles.
- 50%** Mayor dependencia. Precisa ayuda para la mitad de sus actividades, más lento. Dificultad con todas las tareas.
- 40%** Muy dependiente. Colabora en la mayor parte de las actividades, pero realiza pocas solo.
- 30%** Con esfuerzo, en ocasiones realiza algunas tareas sólo o las comienza sólo. Requiere mucha ayuda.
- 20%** No hace nada sin ayuda. Puede colaborar un poco en algunas tareas. Invalidez grave.
- 10%** Totalmente dependiente, desvalido. Invalidez completa.
- 0%** Las funciones vegetativas como deglución, micción y defecación no se realizan con normalidad. Permanece en cama.

## ■ ESCALA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS NO MOTORES PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

<http://www.getm.info/inicio.html>

Paciente nº: ..... Iniciales: ..... Edad: .....

Los síntomas que se evalúan se refieren al último mes. Cada síntoma se puntúa de la siguiente forma:

Gravedad: 0 = Ninguna;  
1 = Leve: presencia del síntoma pero causa poco malestar o alteración al paciente;  
2 = Moderada: causa alguna molestia o alteración al paciente;  
3 = Grave: importante fuente de malestar o alteración para el paciente.

Frecuencia: 1 = Raramente (<1 vez/sem);  
2 = Ocasional (1 vez/sem);  
3 = Frecuente (varias veces por semana);  
4 = Muy frecuente (diariamente o manera continua).

La puntuación de cada dominio se obtiene sumando el resultado de gravedad x frecuencia de los ítems que lo componen. No se incluyen respuestas Sí/No en el cálculo final de gravedad x frecuencia (el texto entre paréntesis en las preguntas de la escala se incluye como ayuda).

Gravedad Frecuencia Frecuencia  
x gravedad

### Dominio 1: Sistema cardiovascular, incluye caídas

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Nota el paciente mareo, aturdimiento o debilidad al ponerse de pie después de haber estado sentado o tumbado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se cae el paciente por desmayo o pérdida de conocimiento?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>PUNTUACIÓN:</b>  |                          |                          | <input type="text"/>     |

### Dominio 2: Sueño/fatiga

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. ¿Se queda el paciente adormilado o se duerme sin querer durante las actividades diurnas? (Por ejemplo, durante una conversación, las comidas o viendo la televisión o leyendo.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Limitan la fatiga (cansancio) o falta de energía (no el enlentecimiento) las actividades diurnas del paciente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene dificultad el paciente para dormirse o permanecer dormido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Cuando el paciente está inactivo, bien sea sentado o tumbado, ¿siente la necesidad de mover las piernas o siente inquietud en las piernas que mejora con el movimiento?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>PUNTUACIÓN:</b>   |                          |                          | <input type="text"/>     |

Gravedad Frecuencia Frecuencia  
x gravedad

**Dominio 3: Estado de ánimo/Apatía**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Ha perdido interés el paciente por lo que le rodea?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha perdido interés el paciente en realizar actividades o le falta motivación para empezar nuevas actividades?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Se siente el paciente nervioso, preocupado o asustado sin razón aparente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Parece el paciente triste o deprimido o ha referido tener tales sentimientos?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene el paciente un estado de ánimo aplanado, sin los altibajos normales?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene el paciente dificultad para sentir placer con sus actividades habituales o refiere que no son placenteras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Puntuación:**

**Dominio 4: Problemas perceptivos/alucinaciones**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. ¿Refiere el paciente ver cosas que no están?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Cree el paciente cosas que no son verdad? (Por ejemplo, sobre intención de daño, robo o infidelidad.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ve doble el paciente? (2 objetos reales separados; no visión borrosa.)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Puntuación:**

**Dominio 5: Atención/memoria**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. ¿Tiene el paciente problemas para mantener la concentración mientras realiza actividades? (Por ejemplo, lectura o conversación.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Olvida el paciente cosas que le han dicho hace poco o hechos que ocurrieron hace pocos días?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Se olvida el paciente de hacer cosas? (Por ejemplo, tomar sus pastillas o apagar electrodomésticos.)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Puntuación:**

**Dominio 6: Tracto gastrointestinal**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. ¿Babea el paciente durante el día?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Tiene el paciente dificultad para tragar?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Sufre el paciente estreñimiento? (Defecar menos de tres veces a la semana.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Puntuación:**

|  | Gravedad                 | Frecuencia               | Frecuencia<br>x gravedad |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Dominio 7: Función urinaria</b>   |                          |                          |                          |
| 22. ¿Tiene dificultad el paciente para retener la orina? ( <i>Urgencia</i> )                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Tiene que orinar el paciente en el transcurso de 2 horas desde la última vez? ( <i>Frecuencia</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Tiene que levantarse el paciente habitualmente a orinar por la noche? ( <i>Nocturia</i> )           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Puntuación:</b>   |                          |                          | <input type="text"/>     |

#### **Dominio 8: Función sexual**

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. ¿Se ha alterado el interés del paciente por el sexo? (Muy aumentado o disminuido – por favor, subrayar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Tiene problemas el paciente para mantener relaciones sexuales?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Puntuación:</b>  |                          |                          | <input type="text"/>     |

#### **Dominio 9: Miscelánea**

|  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. ¿Sufre el paciente dolor no explicable por otros padecimientos? (¿Está relacionado con la toma de medicamentos y se alivia con los fármacos antiparkinsonianos?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Refiere el paciente algún cambio en su capacidad para percibir sabores u olores?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Refiere el paciente algún cambio reciente en su peso? (No relacionado con hacer dieta.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Suda el paciente excesivamente? (Sin relación con un ambiente caluroso.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Puntuación:</b>   |                          |                          | <input type="text"/>     |

**Puntuación Total:**