

PROTOCOLO DE RECOGIDA DEL PERFIL DE SÍNTOMAS AUTONOMICOS

NOMBRE
EDAD N. H. CLINICA N. SIP
DOMICILIO POBLACION
TELEFONO
TALLA PESO
MOTIVO DE CONSULTA:
VISITA N°
PACIENTE/CONTROL
ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

TRATAMIENTOS ACTUALES

TABACO

ALCOHOL

RESUMEN COMPASS

INTOLERANCIA ORTOSTATICA:	x 2.5 =
VASOMOTOR	x 0.63 =
SECRETOMOTOR	x 1.5 =
GASTROPARESIA	x 1.67 =
DIARREA	x 4 =
ESTREÑIMIENTO	x 1.5 =
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	x 1.5 =
PROBLEMAS DE EYACULACION	x 1 =
VEJIGA	x 2 =
PUPILAS	x 0.5 =
ALTERACIONES DEL SUEÑO	x 0.75 =
SINCOPE	x 2 =
INDICE DE BAJA PUNTACION	x 0.83 =
INDICE DE SOBRE-PUNTUACION	x 0.91 =

TOTAL.....

PERFIL DE SÍNTOMAS AUTONOMICOS

18. Durante el pasado año, ¿se ha sentido en algún momento mareado o ha tenido dificultades para pensar después de ponerse de pie tras estar sentado o acostado?

- O 1 Si, si la respuesta es esta pasar a la pregunta 19
- O 2 No, si la respuesta es esta pasar a la pregunta 37

19. Al ponerse de pie, ¿con que frecuencia tiene esos síntomas?

- O 1 Raramente
- O 2 Ocasionalmente
- O 3 Frecuentemente
- O 4 Casi siempre

20. ¿Cómo calificaría la severidad de esos síntomas?

- O 1 Leve
- O 2 Moderada
- O 3 Severa

21. ¿Desde cuando viene teniendo estos síntomas?

- O 1 Menos de 3 meses
- O 2 Tres a 6 meses
- O 3 Siete a 12 meses
- O 4 Trece meses a 5 años
- O 5 Más de 5 años
- O 6 Desde que me acuerdo

22. Durante el pasado año, ¿cuántas veces ha perdido el conocimiento inmediatamente después de ponerse de pie tras estar sentado o acostado?

- O 0 Nunca
- O 1 Una vez
- O 2 Dos veces
- O 3 Tres veces
- O 4 Cuatro veces
- O 5 Cinco o más veces

23. ¿Toma Vd. precauciones cuando se pone de pie tras estar acostado o sentado?

- O 1 Ninguna precaución
- O 2 Alguna precaución
- O 3 Muchas precauciones

24. ¿En qué parte del día son peores esos síntomas? (Marque sólo una)

- O 1 Por la mañana temprano
- O 2 Resto de la mañana
- O 3 Por la tarde
- O 4 Por la noche, antes de acostarse
- O 5 Por la noche, cuando me levanto a medianoche, tras haber dormido
- O 6 Ningún momento particular es peor
- O 7 En otro momento, por favor especificar _____

25. Durante el pasado año, ¿cómo han evolucionado estos síntomas?

- O 1 Han empeorado mucho
- O 2 Han empeorado un poco
- O 3 Se mantienen estables
- O 4 Van algo mejor
- O 5 Van mucho mejor
- O 6 Han desaparecido

Por favor, cuantifique la severidad media de los síntomas siguientes durante el pasado año:

	No los ha tenido	Ligeros	Moderados	Severos
26. ¿Ritmo cardíaco aumentado o rápido? (palpitaciones)	O 1	O 2	O 3	O 4
27. ¿Náuseas o vómitos?	O 1	O 2	O 3	O 4
28. ¿Sensación de giro o flotación?	O 1	O 2	O 3	O 4
29. ¿Mareo?	O 1	O 2	O 3	O 4
30. ¿Visión borrosa?	O 1	O 2	O 3	O 4
31. ¿Sensación de debilidad?	O 1	O 2	O 3	O 4
32. ¿Sensación de temblor?	O 1	O 2	O 3	O 4
33. ¿Sensación de ansiedad o nerviosismo?	O 1	O 2	O 3	O 4
34. ¿Palidez?	O 1	O 2	O 3	O 4
35. ¿Sensación de humedad en la piel?	O 1	O 2	O 3	O 4

36. ¿Tiene Vd. parientes biológicos entre sus padres, abuelos, hermanos, hermanas o hijos que tienen frecuentes mareos al ponerse de pie tras estar sentados o acostados?

- O 1 Sí
O 2 No

En caso afirmativo, por favor escriba sus nombres y relación con Vd.

Parentesco

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Durante el pasado año, ¿Se ha sentido alguna vez mareado o ha tenido dificultades para pensar:

37. Enseguida después de comer? O 1 Sí O 2 No
38. Tras estar de pie bastante tiempo? O 1 Sí O 2 No
39. Durante o justo después de una actividad física o ejercicio? O 1 Sí O 2 No
40. Durante o justo después de haber estado en un baño caliente, ducha o sauna? O 1 Sí O 2 No

41. ¿Se ha sentido alguna vez mareado o se ha mareado completamente cuando ha visto sangre o le han sacado sangre?

- O 1 Sí O 2 No

Durante el año pasado, ¿se ha mareado:

42. Mientras orinaba? O 1 Sí O 2 No
43. Mientras tosía? O 1 Sí O 2 No

44. Mientras se oprimía una parte del cuello? O 1 Sí O 2 No
45. Al hablar en público? O 1 Sí O 2 No
46. En cualquier otro momento? O 1 Sí O 2 No
- Si contesta "Sí" a cualquiera de estas preguntas, describa las circunstancias.
-
-

47. Durante el año pasado, ¿ha perdido alguna vez completamente la conciencia tras un período de mareo?

O 1 Sí O 2 No

48. Durante el año pasado, ¿ha tenido alguna crisis o convulsión?
O 1 Sí (por favor describa las circunstancias)

O 2 No

En los últimos 5 años, ¿cómo cuantificaría las siguientes molestias, si es que las ha tenido:

49. parálisis en partes de su cara? O1 Ninguna O2 Alguna O3 Bastante O4 Constante

50. sensación de debilidad completa en todo el cuerpo? O1 Ninguna O2 Alguna O3 Bastante O4 Constante

51. ataques incontrolables de movimientos de los brazos o las piernas? O1 Ninguna O2 Alguna O3 Bastante O4 Constante

52. ataques en los que no puede controlar el habla? O1 Ninguna O2 Alguna O3 Bastante O4 Constante

53. ¿Ha tenido alguna vez en su vida adulta un período de mareo?
O 1 Sí O 2 No

54. Durante el pasado año, ¿ha tenido alguna vez cambios de color en la piel como roja, blanca o púrpura?
O 1 Sí En caso afirmativo, complete las siguientes casillas
O 2 No En caso negativo, vaya a la pregunta 65

¿Como ocurrió el cambio de coloración? Marque todas las que se presentaron.

55. O mi piel se volvió roja
56. O mi piel se volvió blanca
57. O mi piel se volvió púrpura
58. O Otras, por favor especificar

Qué partes de su cuerpo están afectadas por los cambios de coloración? Márquelas todas.

59. O Mis manos
60. O Mis pies
61. O Otras partes, por favor especificar
62. O El cuerpo entero

63. ¿Desde cuando viene teniendo estos cambios de color en la piel?
O 1 Menos de 2 meses
O 2 Tres a 6 meses
O 3 Siete a 12 meses
O 4 Trece meses a 5 años
O 5 Más de 5 años
O 6 Desde que me acuerdo

64. Estos cambios en la piel han evolucionado:
- O 1 Empeorando mucho
 - O 2 Empeorando poco
 - O 3 Se mantienen estables
 - O 4 Han mejorado un poco
 - O 5 Han mejorado mucho
 - O 6 Han desaparecido

65. En el último año, después de un baño o ducha largos, ha notado los pulpejos de sus dedos arrugadas?
- O 1 Si
 - O 2 No

66. En los últimos 5 años, ¿han ocurrido cambios en la sudoración de su cuerpo?
- O 1 Sudo mucho más de lo que lo hacía anteriormente
 - O 2 Sudo algo más de lo que lo hacía anteriormente
 - O 3 No he notado cambios en mi sudoración
 - O 4 Sudo algo menos de lo que sudaba antes
 - O 5 Sudo mucho menos de lo que sudaba antes

67. En los últimos 5 años, ¿han ocurrido cambios en la sudoración de sus pies?
- O 1 Sudan mucho más de lo que lo hacían anteriormente
 - O 2 Sudan algo más de lo que lo hacían anteriormente
 - O 3 No he notado cambios
 - O 4 Sudan algo menos de lo que lo hacían
 - O 5 Sudan mucho menos de los que lo hacían

68. En los últimos 5 años, ¿han ocurrido cambios en su sudoración facial tras comer comidas picantes?
- O 1 Sudo mucho más de lo que lo hacía anteriormente
 - O 2 Sudo algo más de lo que lo hacía anteriormente
 - O 3 No he notado cambios en mi sudoración
 - O 4 Sudo algo menos de lo que lo hacía
 - O 5 Sudo mucho menos de lo que lo hacía
 - O 6 Evito comer comidas picantes porque sudo mucho
 - O 7 Evito comer comidas picantes por otras razones

En los últimos 5 años, ¿se ha producido algún cambio en su capacidad para tolerar el calor durante un día caluroso, trabajo intenso o ejercicio, baño o ducha calientes o sauna? (Señale todas las correctas)

- 69. O Ahora me noto más caliente
- 70. O Ahora me noto mareado
- 71. O Ahora me noto fatiga
- 72. O Otros cambios, por favor especificar
- 73. O Sin cambios

74. ¿Nota sus ojos excesivamente secos?

O 1 Si O 2 No

75. ¿Nota su boca demasiado seca?

O 1 Sí O 2 No

76. ¿Se le forma excesiva cantidad de saliva en la boca?

O 1 Si O 2 No

77. ¿Cuál ha sido el máximo de tiempo en que ha tenido alguno de estos síntomas: ojos secos, boca seca o aumento de la producción de saliva?

- O 0 No he tenido ninguno de estos síntomas
- O 1 Menos de 3 meses
- O 2 Entre 3 y 6 meses
- O 3 Entre 7 y 12 meses
- O 4 Entre 13 meses y 5 años
- O 5 Más de 5 años
- O 6 Desde que me acuerdo

78. Cual ha sido la evolución de los síntomas (ojos secos, boca seca o aumento de la producción de saliva) que ha tenido durante ese período ?

- O 0 No he tenido ninguno de estos síntomas
- O 1 Han empeorado mucho
- O 2 Han empeorado un poco
- O 3 Se mantienen estables
- O 4 Han mejorado un poco
- O 5 Han mejorado mucho
- O 6 Han desaparecido

79. ¿Ha tenido cambios en su peso en los últimos años?

- O 1 He perdido unos _____ kilos
- O 2 Mi peso no ha cambiado
- O 3 He ganado unos _____ kilos

80. En el último año, ¿ha notado cambios en la rapidez para sentirse lleno al comer una comida?

- O 1 Me siento lleno mucho más rápidamente de lo usual
- O 2 Me siento lleno más rápidamente de lo usual
- O 3 No he notado ningún cambio
- O 4 Me siento lleno más lentamente de lo usual
- O 5 Me siento lleno mucho más lentamente de lo usual

81. En el último año, ¿se ha sentido excesivamente lleno o persistentemente lleno después de una comida?

- O 1 Nunca
- O 2 A veces
- O 3 Muchas veces

82. En el último año ¿ha tenido náuseas de forma persistente?

- O 1 Nunca
- O 2 A veces
- O 3 Muchas veces

83. En el último año, ¿ha vomitado después de una comida?

- O 1 Nunca
- O 2 A veces
- O 3 Muchas veces

84. En el último año, ¿ha tenido calambres o dolor abdominal cólico?

- O 1 Nunca
- O 2 A veces
- O 3 Muchas veces

85. ¿Aparecen estos dolores después de las comidas?

- O 1 Si
- O 2 No

86. ¿Desde cuando viene teniendo estos calambres o dolores abdominales cólicos?

- O 1 Menos de 3 meses
- O 2 Entre 3 y 6 meses
- O 3 Entre 7 y 12 meses
- O 4 Entre 13 meses y 5 años
- O 5 Más de 5 años
- O 6 Desde que me acuerdo

87. En el último año, ¿ha tenido episodios diarreicos?

- O 1 Si (complete las preguntas 88-93)
- O 2 No

88. ¿Con qué frecuencia ocurren estos episodios?

- O 1 Raramente
- O 2 Ocasionalmente
- O 3 Frecuentemente, _____ veces al mes
- O 4 Constantemente

89. ¿Qué severidad tienen estos episodios de diarrea?

- O 1 Leve
- O 2 Moderada
- O 3 Importante

90. ¿En qué momento del día aparecen con más frecuencia?
O 1 A primera hora de la mañana
O 2 En el resto de la mañana
O 3 Por la tarde
O 4 Por la noche, antes de acostarse
O 5 Durante la noche, mientras está acostado
O 6 En cualquier momento
91. ¿Aparecen los ataques de diarrea generalmente después de comer?
O 1 Si O 2 No
92. ¿Se acompañan las diarreas de muchos gases?
O 1 Nunca O 2 A veces O 3 Frecuentemente O 4 Siempre
93. Los ataques de diarrea han evolucionado:
O 1 Mucho peor
O 2 Algo peor
O 3 Se mantienen igual
O 4 Algo mejor
O 5 Mucho mejor
O 6 Han desaparecido
94. En el último año ¿ha estado estreñido?
O 1 Si (en este caso conteste las preguntas 95-97)
O 2 No
95. ¿Con qué frecuencia ha estado estreñido?
O 1 Raramente
O 2 Ocasionalmente
O 3 Frecuentemente, _____ veces al mes
O 4 Constantemente
96. ¿Qué severidad tienen estos episodios?
O 1 Leve O 2 Moderada O 3 Severo
97. ¿Cómo ha evolucionado el estreñimiento?
O 1 Mucho peor
O 2 Algo peor
O 3 Se mantiene igual
O 4 Algo mejor
O 5 Mucho mejor
O 6 Ha desaparecido
98. En conjunto, sus síntomas abdominales de vómitos, diarrea, estreñimiento o pérdida de peso han evolucionado:
O 0 No he tenido esos síntomas
O 1 Mucho peor
O 2 Algo peor
O 3 Se mantienen igual
O 4 Algo mejor
O 5 Mucho mejor
O 6 Han desaparecido
99. ¿Cuál de los siguientes síntomas ha sido para Vd. el más molesto? (Elija sólo uno)
O 0 Ninguno
O 1 Los vómitos
O 2 Las diarreas
O 3 El estreñimiento
O 4 La pérdida de peso

100. ¿Cuanto tiempo ha tenido el síntoma más molesto?

- O 0 No he tenido ninguno de estos síntomas
- O 1 Menos de 3 meses
- O 2 Entre 3 y 6 meses
- O 3 Entre 7 y 12 meses
- O 4 Entre 13 meses y 5 años
- O 5 Más de 5 años
- O 6 Desde que me acuerdo

101. Este síntoma más molesto ha evolucionado:

- O 0 No he tenido estos síntomas
- O 1 Mucho peor
- O 2 Algo peor
- O 3 Se mantienen igual
- O 4 Algo mejor
- O 5 Mucho mejor
- O 6 Han desaparecido

102. En los últimos 5 años, en caso de haber tenido alguna molestia, ¿cómo calificaría sus alteraciones para tragar?

- O 1 Ninguna molestia
- O 2 Alguna molestia
- O 3 Muchas molestias
- O 4 Molestia constante

103. En los últimos 5 años, ¿ha tenido dificultades para diferenciar el sabor de los alimentos?

- O 1 Nunca
- O 2 A veces
- O 3 Muchas veces
- O 4 Siempre

Ha tenido alguna vez en su vida adulta:

104. ¿Náuseas o vómitos?

- O 1 Si
- O 2 No

105. ¿Episodios de diarrea?

- O 1 Si
- O 2 No

106. ¿Pérdida de apetito al menos durante una parte del día?

- O 1 Si
- O 2 No

107. ¿sentimiento de disconfort o dolor en la boca del estómago?

- O 1 Si
- O 2 No

108. En el pasado año, ¿se le ha escapado la orina o ha perdido el control de su función vesical?

- O 1 Nunca
- O 2 Ocasionalmente
- O 3 Frecuentemente, _____ veces al mes
- O 4 Constantemente

109. En el pasado año, ¿ha tenido dificultades para orinar?

- O 1 Nunca
- O 2 Ocasionalmente
- O 3 Frecuentemente, _____ veces al mes
- O 4 Constantemente

110. En el pasado año, ¿ ha tenido algún problema para vaciar completamente la vejiga?
- O 1 Nunca
 - O 2 Ocasionalmente
 - O 3 Frecuentemente, _____ veces al mes
 - O 4 Constantemente

111. ¿Cómo describiría su deseo sexual habitual?
- O 1 Completamente ausente
 - O 2 Muy reducido
 - O 3 Algo reducido
 - O 4 Aproximadamente igual o mayor que en el pasado

Si es varón, complete las preguntas 112-123.

112. ¿Le es posible tener erecciones completas?
- O 1 Nunca, en ninguna circunstancia
 - O 2 Mucho menos frecuentemente que en el pasado
 - O 3 Algo menos frecuentemente que en el pasado
 - O 4 Lo mismo, o más frecuentemente, que en el pasado

¿Cual de las siguientes frases se ajusta a su situación? Marque en todas las verdaderas.

113. O 1 Mi capacidad para tener relaciones sexuales no ha cambiado
114. O 1 Tengo erecciones pero no puedo tener relaciones sexuales
115. O 1 Puedo tener relaciones sexuales sólo algunas veces
116. O 1 Mis erecciones están definitivamente alteradas
117. O 1 Soy capaz de tener relaciones pero incapaz de eyacular
118. O 1 Tengo "orgasmos secos" y después mi orina parece lechosa
119. O 1 Soy incapaz de tener erecciones o están alteradas desde que comencé a tomar la medicación llamada _____
120. O 1 Otras situaciones, por favor descríbalas _____
121. O 1 Ninguna de las descritas arriba.
122. ¿Desde cuándo tiene dificultades para las erecciones?
- O 0 No tengo dificultades
 - O 1 Menos de 3 meses
 - O 2 Entre 3 y 6 meses
 - O 3 Entre 7 y 12 meses
 - O 4 Entre 13 meses y 5 años
 - O 5 Más de 5 años
 - O 6 Desde que puedo recordar
123. ¿Cómo ha evolucionado esta dificultad?
- O 0 No tengo esta dificultad
 - O 1 Mucho peor
 - O 2 Algo peor
 - O 3 Sin cambios
 - O 4 Algo mejor
 - O 5 Mucho mejor
 - O 6 Ha desaparecido

124. En el último año, sin llevar gafas de sol o cristales tintados ¿le ha molestado la luz brillante en los ojos?
 O 1 Nunca O 2 Ocasionalmente O 3 Frecuentemente O 4 Constantemente
125. ¿Es muy severa la sensibilidad a la luz brillante?
 O 1 Leve O 2 Moderada O 3 Severa
126. En el último año, ¿ha tenido dificultades para fijar la vista?
 O 1 Nunca O 2 Ocasionalmente O 3 Frecuentemente O 4 Constantemente
127. ¿Es muy severa esta dificultad para fijar la vista?
 O 1 Leve O 2 Moderada O 3 Severa
128. En el último año, ¿ha tenido visión borrosa?
 O 1 Nunca O 2 Ocasionalmente O 3 Frecuentemente O 4 Constantemente
129. ¿Es muy severa esta dificultad?
 O 1 Leve O 2 Moderada O 3 Severa
130. En el último año, ¿ha tenido dificultades para ver por la noche?
 O 1 Nunca O 2 Ocasionalmente O 3 Frecuentemente O 4 Constantemente
131. ¿Es muy severa esta dificultad?
 O 1 Leve O 2 Moderada O 3 Severa
132. En el último año, teniendo la misma luminosidad, parecía:
 O 1 excesivamente oscuro O 2 Muy oscuro O 3 Sin cambios O 4 Muy brillante O 5 Excesivamente Brillante
133. ¿Cuál de estos síntomas visuales es el más molesto para Vd?
 O 0 Ninguno O 1 Dificultades para enfocar O 2 Visión borrosa O 3 Dificultades para ver por la noche
134. ¿Desde cuando tiene estos molestos síntomas oculares?
 O 0 No tengo estos síntomas
 O 1 Menos de 3 meses
 O 2 Entre 3 y 6 meses
 O 3 Entre 7 y 12 meses
 O 4 Entre 13 meses y 5 años
 O 5 Más de 5 años
 O 6 Desde que puedo recordar
135. El síntoma más molesto de la visión ¿cómo ha evolucionado?
 O 0 No tengo estos síntomas
 O 1 Mucho peor
 O 2 Algo peor
 O 3 Sin cambios
 O 4 Algo mejor
 O 5 Mucho mejor
 O 6 Han desaparecido
136. En el último año, ¿ha notado o le han dicho que mientras dormía paraba de respirar durante varios segundos?
 O 1 Si O 2 No
137. En el último año, ¿ha notado o le han dicho que mientras dormía roncaba fuerte?
 O 1 Si O 2 No

¿Cuál de las siguientes frases describe su uso del tabaco? Marque todas las correctas

157. 1 Nunca ha fumado

158. 1 Fumé en el pasado pero lo dejé: fecha _____.

159. 1 Fumo habitualmente

160. _____ cigarrillos al día

161. En los últimos 5 años, ¿cómo calificaría sus molestias, en caso de tenerlas, por mayor sensibilidad de la normal al ruido?

1 Ninguna 2 Alguna 3 Bastante 4 Constante

162. ¿Ha tenido alguna vez en su vida adulta dificultad para mantener su mente en su trabajo o tarea?

1 Si 2 No

¿Qué medicaciones ha estado tomando en el último mes?

Nombre del medicamento

Frecuencia de las tomas

Dosis cada vez

Agradeceremos cualquier comentario que pueda hacer acerca de la causa o ha podido asociarse con su enfermedad actual o algo que pueda ayudarnos para comprender su situación actual.