

GUÍA de ORIENTACIÓN para la VALORACIÓN de la DISCAPACIDAD en ESCLEROSIS MÚLTIPLE



A.D.E.M.M.

Asociación de Esclerosis Múltiple Madrid

ENTIDAD DE UTILIDAD PÚBLICA

Miembro de: AEDEM-Cocemfe Madrid, FAMMA Cocemfe y FADEMM



ADEMCVILLALBA

 **efemhenares**



AMDEM



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



FUNDACIÓN
ESCLEROSIS
MÚLTIPLE



AEDEM-COCEMFE
Asociación Española de Esclerosis Múltiple



**Centros de Valoración y Orientación a personas con discapacidad de la
Comunidad de Madrid (Centros Base)**

Dirección General de Servicios Sociales

CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Enero de 2015

Prólogo

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurológica crónica que afecta a la vaina protectora de las fibras nerviosas (mielina). Donde la mielina queda destruida aparecen placas de tejido endurecido (esclerosis) que pueden obstruir completamente los impulsos nerviosos. Este proceso puede afectar a zonas diversas del sistema nervioso central, lo que explica la variabilidad y multiplicidad de los síntomas. Recibir un diagnóstico de Esclerosis Múltiple es duro tanto para la persona afectada como su familia y, como ocurre con cualquier condición de salud, el impacto puede verse agravado o atemperado por factores sociales externos que añaden barreras o las levantan. El objetivo de esta Guía es contribuir a deshacer esas barreras, facilitando la adecuada protección social de las personas afectadas.

Debido a que la Esclerosis Múltiple puede cursar de forma distinta en cada persona, el impacto de esta dolencia en la vida de los pacientes es también diverso. Evaluar adecuadamente estas situaciones es competencia de los Centros de Valoración y Orientación a personas con discapacidad (Centros Base) de la Comunidad de Madrid, que dependen de la Consejería de Asuntos Sociales, a través de la Dirección General de Servicios Sociales. El presente texto quiere ser una herramienta para contribuir a esa misión, teniendo en cuenta la incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad que sufren los pacientes y la necesidad que estos tienen de ir adaptando sus vidas a situaciones de mayor deterioro.

Esta Guía complementa las regulaciones normativas de carácter nacional en los procesos de reconocimiento de grado de discapacidad, compendiando los aspectos médicos y psicológicos más relevantes para abordar, con la máxima precisión y la información más actualizada, las limitaciones funcionales que comprometen el día a día de las personas con EM. Para elaborarla, la Comunidad de Madrid ha escuchado directamente a los pacientes y a sus representantes, conociendo sus vivencias y poniéndolas en común con la experiencia de los equipos profesionales madrileños de valoración de la discapacidad.

El documento ha nacido de la colaboración entre la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, la Fundación Privada Madrid contra la Esclerosis Múltiple (FEMM), la Asociación de Esclerosis Múltiple Madrid (ADEMM) – miembro de FAMMA COCEMFE - , la Asociación de Enfermos y Familiares de Esclerosis Múltiple de Alcalá de Henares (AEFEMHenares), la Asociación Mostoleña de Esclerosis Múltiple (AMDEM), la Asociación de Esclerosis Múltiple de Collado Villalba (ADEMCVILLALBA) y la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE). Es fruto del consenso establecido en un Grupo de Trabajo específico creado en mayo de 2014 y enriquecido gracias a la dedicación de los profesionales que lo han integrado.

La Guía forma parte de una serie más amplia de publicaciones de los Centros de Valoración y Orientación a personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid, comprometidos en una formación permanente que garantice la igualdad de oportunidades en los procesos de evaluación. Es, en definitiva, un instrumento de conocimiento, dirigido a profesionales implicados en la mejora constante de la atención al ciudadano.

Consejería de Asuntos Sociales

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	6
DEFINICIÓN	7
INCIDENCIA	8
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	8
ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA INFANCIA	10
ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ANCIANO	10
PRONÓSTICO	10
CONSIDERACIONES MÉDICAS EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	
1. Afectación de la vía sensitiva	11
2. Afectación visual	12
3. Afectación de la movilidad	13
4. Energía y resistencia muscular (fatiga)	14
5. Afectación de la coordinación y el equilibrio	16
6. Afectación de la voz, el habla y la deglución	17
7. Afectación esfinteriana y sexual	18
8. Funciones cognitivas	19
9. Consideraciones psicológicas	21
10. Otros	22
RECOMENDACIONES	23
ANEXO	26

INTRODUCCIÓN:

La esclerosis múltiple (EM) es una de las enfermedades más comunes del sistema nervioso central y la enfermedad neurológica más frecuente entre adultos jóvenes, siendo, a su vez, la segunda causa de discapacidad en este grupo de población. Se manifiesta más en mujeres que en hombres, con una proporción aproximada de dos hombres por cada tres mujeres. En el mundo hay 2.500.000 personas con EM, 600.000 en Europa y 46.000 en España.

Entre un 40% y un 65% de las personas con EM presentan deterioro cognitivo, más frecuente en fases avanzadas de la enfermedad. En torno a un 50% presentan problemas emocionales, siendo los más frecuentes la depresión, la ansiedad y la labilidad emocional.

La progresión de la enfermedad y la ausencia de un tratamiento curativo hacen que los pacientes y sus cuidadores estén continuamente adaptándose a los múltiples reveses de la enfermedad y sufran, por consiguiente, un progresivo deterioro de su calidad de vida. Por tanto, en la atención a estas personas, es importante tener en cuenta el grado de afectación, la incertidumbre sobre el pronóstico y la evolución de la enfermedad, la necesidad de aceptación de la misma, así como la repercusión en las actividades de la vida diaria y en la adaptación personal y social.

En la Comunidad de Madrid se estima que existen, aproximadamente, 6.500 personas que han recibido un diagnóstico médico de esclerosis múltiple, de las cuales, un 75% tienen acreditada una discapacidad igual o superior al 33% (el porcentaje mínimo que da derecho al reconocimiento de persona con discapacidad). Esto significa que hay aproximadamente un 25% de personas con dicha enfermedad que no tienen reconocimiento legal de discapacidad, debido a que el impacto de la EM sobre la vida diaria de estos pacientes ha sido menos severo.

De acuerdo con los datos del registro de grado de los Centros de Valoración y Orientación a personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid (Centros Base) a fecha 30 de septiembre de 2014, las características de las personas con EM residentes en nuestra región que sí tienen reconocimiento legal de discapacidad se desglosan de la siguiente forma:

- El número de personas cuya condición de discapacidad tiene origen exclusivamente en la esclerosis múltiple - sin ninguna otra afectación - asciende a 1.264, de las cuales, 1 es menor de 18 años, 42 están entre los 18-29 años, 181 entre 30-39 años, 862 entre 40-64 años y 178 son mayores de 65 años.
- El número de personas cuya calificación de discapacidad se deriva de una combinación de esclerosis múltiple con cualquier otra afectación asciende a 3.631, con una distribución similar por grupos de edad.

Por lo tanto, en la Comunidad de Madrid residen 4.895 personas con esclerosis múltiple - con o sin otras patologías - que tienen reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%, de las cuáles el 67,8% son mujeres. En conjunto representan el 1,6% del total de las personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid.

Casi la mitad de las 1.264 personas evaluadas en los Centros Base de la Comunidad de Madrid exclusivamente por esclerosis múltiple tienen un reconocimiento de grado de discapacidad superior al 65% y cerca del 60% de este mismo grupo acredita un grado que permite acceder a fórmulas de jubilación anticipada con la legislación vigente. El porcentaje disminuye ligeramente, hasta el 54%, en el grupo de personas valoradas de esclerosis múltiple en combinación con otras patologías.

En el ámbito de la protección social, cabe destacar que, en conjunto, 1.907 personas valoradas por esclerosis múltiple - con o sin otras patologías - tienen reconocido un grado de discapacidad que posibilita el acceso a una pensión no contributiva, es decir, casi un 39% del total.

La Esclerosis Múltiple genera problemas de movilidad, lo que se hace evidente al comparar este parámetro con el mismo indicador en el conjunto de la población con discapacidad. Así, el 9,74% de todas las personas con discapacidad legalmente reconocida en la Comunidad de Madrid tienen valorada positivamente la movilidad reducida, mientras que en el caso de la esclerosis múltiple este porcentaje se eleva al 21,2% (1.037 personas).

El 50% de las personas con EM y reconocimiento de movilidad reducida son usuarias de silla de ruedas, otro grupo mayoritario tiene problemas de movilidad y usa bastón, siendo menor el número de personas usuarias de dos bastones, lo que implica que la evolución o deterioro de la movilidad en las personas con esclerosis múltiple es rápido, sin fases intermedias. Si tenemos en cuenta que del total de personas con movilidad reducida de la Comunidad de Madrid, el 32% son usuarias de sillas de ruedas, podemos decir que estos datos ponen de manifiesto el carácter invalidante de la esclerosis múltiple.

DEFINICIÓN:

El término esclerosis múltiple designa, por definición, una enfermedad crónica inflamatoria del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal). Lesiona la vaina protectora de las fibras nerviosas (mielina), influyendo negativamente sobre las funciones motoras, la sensibilidad, el equilibrio e incluso la palabra, la visión y el control de esfínteres.

La denominación esclerosis múltiple procede del término griego skleros (duro) y del término latín multiplex (múltiple). Otro nombre de la enfermedad, aunque mucho menos común, es el de poliesclerosis (del griego polys = varios, numerosos).

La enfermedad se produce por una combinación de factores genéticos (HLA) y ambientales. Respecto a los factores ambientales desencadenantes, se ha postulado el papel de diversos virus (Epstein-Barr), hormonas sexuales femeninas, disminución de vitamina D, estilo de vida, pero en la actualidad cobra fuerza el posible papel desencadenante de la alteración de la flora microbiótica intestinal. Según distintos autores, su alteración desencadenaría el proceso autoinmune que, mediante activación de linfocitos T CD4 (+) específicos, destruirían las vainas de mielina.

Actualmente se desconocen las causas que la producen aunque se sabe a ciencia cierta que hay diversos mecanismos autoinmunes involucrados. Por eso, la esclerosis múltiple se considera una enfermedad autoinmune. La enfermedad no es hereditaria, no es contagiosa y no es prevenible.

INCIDENCIA:

La esclerosis múltiple (EM) es la enfermedad inflamatoria del sistema nervioso más frecuente y, tras la epilepsia, la segunda enfermedad neurológica más común. En España, la incidencia media es de 40 a 50 casos por cada 100.000 habitantes. En Europa central se presentan entre 30 y 60 casos por cada 100.000 habitantes.

La frecuencia de la esclerosis múltiple, que existe en todo el mundo, muestra una sorprendente distribución geográfica. Esta se observa con más frecuencia cuanto más alejado está el lugar hacia el norte o el sur del Ecuador. La población de procedencia europea es una población especialmente afectada. Se presenta con mayor frecuencia en adultos de entre 20 y 40 años, aunque cada vez afecta a más niños y adolescente. Afecta con más frecuencia al sexo femenino que al masculino.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

La aparición y desaparición de síntomas inexplicables y la incertidumbre inicial suele caracterizar el diagnóstico de la esclerosis.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza primordialmente por la historia clínica y la exploración neurológica, la resonancia magnética (se observan zonas en las que se ha perdido mielina, que se denominan “placas” y generalmente son pequeñas y están diseminadas de manera difusa; fuera del cerebro estas lesiones afectan a los nervios ópticos, el tronco del encéfalo y la médula espinal), el estudio del líquido cefalorraquídeo (para ver si contiene anomalías celulares) y los potenciales evocados (que miden la velocidad de respuesta del cerebro a distintos estímulos).

El número y localización de las lesiones en la resonancia magnética (RM) puede variar con el tiempo, pero la aparición de lesiones de determinadas características en la RM hacen pensar en esclerosis múltiple, aunque en ocasiones es difícil diferenciar con certeza lesiones desmielinizantes de otras lesiones de origen distinto. Así pues, el conjunto de la historia clínica, la exploración neurológica, los potenciales evocados, la RM y los datos del líquido cefalorraquídeo, son importantes para realizar el diagnóstico de esclerosis múltiple.

Existen varias formas de evolución de la esclerosis múltiple:

- Forma **remitente-recurrente (EMRR)**. Es el tipo más frecuente y afecta a más del 80% de las personas con EM. En las fases iniciales puede no haber síntomas, a veces incluso durante varios años. Sin embargo, las lesiones inflamatorias en el sistema nervioso central (SNC) ya se están produciendo, aunque no lleguen a dar lugar a síntomas. Los brotes son imprevisibles y pueden aparecer síntomas en cualquier momento, nuevos o ya conocidos, que duran algunos días o semanas y luego desaparecen de nuevo. Entre las recidivas no parece haber progresión de la EM. Pueden quedar secuelas que darán lugar a discapacidad.
- Forma **progresiva secundaria (EMSP)**, cuando el grado de discapacidad persiste y/o empeora entre brotes, se considera que estamos ante una EM de tipo secundaria progresiva. Puede aparecer después de una fase recurrente-remitente del proceso y se considera una forma avanzada de la EM. Entre un 30 y un 50% de los pacientes que sufren inicialmente la forma recurrente-remitente de la EM, desarrollan la forma secundaria progresiva. Esto se da tras un período de tiempo que depende de la edad de inicio y que suele ocurrir entre los 35 y los 45 años. La EMSP se caracteriza por una progresión continua con o sin recidivas ocasionales, remisiones poco importantes y fases de estabilidad. Es la responsable del mayor grado de discapacidad.
- Forma **progresiva primaria (EMPP)**. Es menos frecuente y sólo afecta al 10% de todos los pacientes con EM. Se caracteriza por la ausencia de brotes definidos, pero hay un comienzo lento y un empeoramiento constante de los síntomas sin un periodo intermedio de remisión. No hay episodios tipo recidiva, ni periodos de remisión, sólo fases de estabilidad ocasionales y mejorías pasajeras poco importantes. Esta forma suele tener una edad de presentación más tardía y resulta en una mayor discapacidad.
- Forma **progresiva recidivante (EMPR)**: Es una forma atípica, en la que hay progresión desde el comienzo, pero a diferencia de los pacientes con EMPP, éstos muestran brotes agudos claros, con o sin recuperación completa. Los períodos entre brotes se caracterizan por una progresión continua.

Existe otra forma sobre cuya existencia real hay gran controversia, la **Esclerosis Múltiple benigna**: se caracteriza, como su nombre indica, por tener tan solo una recidiva inicial y, posiblemente, solo un brote adicional y una recuperación completa entre estos episodios. Pueden transcurrir hasta 20 años hasta que se produzca una segunda recidiva, por lo que el proceso únicamente progresa de forma limitada. La EM benigna sólo se puede identificar como tal en aquellos casos inicialmente clasificados como EM recurrente-remitente, cuando a los diez o quince años del comienzo de la enfermedad, la discapacidad es mínima. La controversia mencionada más arriba se refiere al hecho de que, aunque de manera dilatada en el tiempo, estos pacientes, en su mayoría, acaban progresando y experimentan deterioro cognitivo. Situación que afecta aproximadamente al 15% de los casos clínicamente diagnosticados de EM.

Dentro del espectro de la EM actualmente también está incluido el denominado **“Síndrome neurológico aislado”** (es decir síntomas sugerentes de EM que no cumplen criterios diagnósticos), dado el elevado número de pacientes que terminarán desarrollando una EM clínicamente definida. El riesgo de evolución de estos síndromes a la enfermedad se puede establecer a través de las pruebas complementarias (análisis líquido cefalorraquídeo (LCR) y RMN).

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA INFANCIA:

La EM es una patología propia de la edad adulta, sin embargo, múltiples series demuestran que entre el 2 y el 5% de los pacientes presentan síntomas que comienzan antes de los 16 años. En un 90% de los casos, la EM en la infancia tienen un curso remitente recurrente (RR), tasas ligeramente elevadas con respecto a los adultos. Además parece tener un curso menos progresivo que en la edad adulta. Por otro lado, la mayor parte de los síntomas son transitorios y remiten más rápido que en la EM del adulto (tiempo medio de remisión en el adulto 6-8 semanas, en la infancia 4-3 semanas. A pesar del curso más benigno dado el inicio precoz de los síntomas presentan grados de discapacidad similares a paciente 10 años más jóvenes.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ANCIANO:

Aumentan los casos de EM de debut en la tercera edad. Suelen ser primaria progresiva.

PRONÓSTICO:

Es muy difícil prever a medio y largo plazo el curso de la enfermedad. En un pequeño porcentaje de pacientes, después de una primera manifestación, la enfermedad puede permanecer en silencio durante un periodo prolongado de tiempo e incluso durante toda la vida.

Aproximadamente en un tercio de los casos, la EM tiene un curso benigno; en otro tercio, provoca discapacidades pero no comprometen notablemente la autonomía de la persona en sus actividades de la vida diaria. Sólo el tercio restante de enfermos resulta afectado por formas de tal gravedad que limitan gravemente su autonomía.

Dada la diversidad en la presentación de síntomas en cada persona con EM, así como de su frecuencia e intensidad, se considera que no existe una EM típica.

CONSIDERACIONES MÉDICAS EN LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD:

Los síntomas y/o signos que se pueden presentar, y que los profesionales de la valoración deberán tener en cuenta a la hora de puntuar la discapacidad en cada capítulo correspondiente, son los siguientes:

1. AFECTACIÓN DE LA VÍA SENSITIVA:

Los problemas sensitivos se presentan en alrededor del 87% de las personas con EM (Esclerosis Múltiple. Red Española de Esclerosis Múltiple. Edita: Marge Médica Books. 2010). Los síntomas sensitivos son comunes como síntomas de inicio y ocurren en casi todos los pacientes a lo largo del curso de la enfermedad, pueden ser desconcertantes para el médico ya que, al inicio de la enfermedad, puede acompañarse de una exploración neurológica completamente normal. Se afecta con mayor frecuencia la sensibilidad conducida por los cordones posteriores que la termoalgésica y dentro de esta en primer lugar la vibratoria.

La afectación sensitiva puede ser:

- Por defecto: hipoestesia-anestesia (falta de sensibilidad), hipoalgesia-analgésia
- Por exceso: parestesia (sensación de hormigueo o cosquilleo); hiperestesia; hiperalgesia; disestesias (sensaciones anómalas desagradables de tipo tirantez, eléctrico, punzante, quemante, de frío, de presión, sensación de llevar un guante o media o cinturón) en cualquier parte del cuerpo.

Los problemas sensitivos muchas veces se asocian a dolores neuropáticos. En ocasiones producen afectación de las actividades de la vida diaria (AVD). Cuando afectan a las manos producen dificultades en las actividades manuales (especialmente la motricidad fina, pudiendo presentar dificultad para escribir, coger objetos, abrocharse la ropa, reconocer monedas u objetos por el tacto,...); si aparecen en miembros inferiores (MMII) pueden producirse caídas por falta de propiocepción ante pequeños desniveles en el terreno, presentando dificultad para mover las piernas, alteración de la marcha al no sentir los pies, etc. Además, en los pacientes con afectación sensitiva se pueden producir lesiones inadvertidas tales como quemaduras o cortes.

Es característico (aunque no el más frecuente) el fenómeno de L'Hermitte, consiste en una sensación de corriente eléctrica que baja por todo el raquis, resultando muy desagradable para la persona que lo padece.

El dolor es un síntoma común en pacientes con EM, estando presente en el 67% de los casos. Algunos experimentan dolores severos, lancinantes en las extremidades, otros aquejan disestesias muy persistentes y a menudo quemantes. Los que presentan espasticidad, refieren espasmos dolorosos.

- **Dolor neuropático:** el más frecuente. Directamente producido por las lesiones neurológicas, de características quemantes, punzante, asociado a alodinia (sensación de dolor con el simple roce), suele estar asociado a síntomas sensitivos, puede llegar a ser muy discapacitante y resulta muy complejo de tratar. Es típica la neuralgia de trigémino, que aunque no es el dolor más frecuente puede ser intensa.
- **Dolor nociceptivo:** producido por la espasticidad, la sedestación prolongada, la alteración postural, las caídas, infecciones urinarias...
- **Dolor mixto:** cuando se mezclan ambos tipos. Es el caso de muchas lumbalgias, es más frecuente en estos pacientes que en la población general, suele ser debido a malas posturas o trastornos de la marcha asociados a debilidad y espasticidad; pueden llegar a tener dolor radicular en ausencia de patología compresiva.

Valoración según baremo RD 1999:¹

- **MMSS:** capítulo 2, tablas 21, 23 y 25 en páginas 52-56.
- **MMII:** capítulo 2, tabla 47, página 75.
- **Neuralgia V PC:** capítulo 3, página 105.

2. AFECTACIÓN VISUAL:

- La **neuritis óptica** es una de las manifestaciones más comunes de la EM, teniendo lugar en un 14 – 23% de los casos, se caracteriza por una disminución de agudeza visual unilateral, acompañada generalmente de fotofobia y dolor que se exagera con los movimientos oculares. En la exploración se encuentra un escotoma central, en raras ocasiones se presenta bilateral, siendo asimétrica y más marcada en un ojo.

Prácticamente el 90% de los pacientes recuperan por completo la visión 2–6 meses después del comienzo agudo, pudiendo persistir la desaturación de los colores.

¹ Todas las referencias a baremo se reconducen al Manual VM (Valoración de las Situaciones de Minusvalía) Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
ISBN: 84-8446-026-6 / Depósito Legal: BI-3071-00

- La **oftamoplejia** intranuclear es un trastorno de la movilidad horizontal que consiste en pérdida de aducción unilateral y nistagmus horizontal en la abducción contralateral. La convergencia está preservada.
- **Nistagmus**, que si es muy marcado condiciona osciloscopia, pudiendo conllevar mareo, dificultad para caminar, leer,...
- **Diplopia**: por afectación de pares relacionados con movilidad ocular, pudiendo conllevar dolor de cabeza, mareos, mayor inestabilidad, dificultad para conducir, leer, hacer uso del ordenador,...

Valoración según baremo

Capítulo12.

3. AFECTACIÓN DE LA MOVILIDAD:

Se considera que alrededor del 90% de las personas con EM (Esclerosis Múltiple. Red Española de Esclerosis Múltiple. Edita: Marge Médica Books. 2010) van a presentar durante su evolución una o varias de estas alteraciones que pueden manifestarse como:

- Problemas de fuerza muscular: paraparesia, hemiparesia, tetraparesia o monoparesia hasta hemiplejia, paraplejia, tetraplejia, monoplejia.
- Alteraciones del tono muscular: tanto hipotonía como espasticidad o hipertonía.
- Alteraciones de los reflejos de movimientos involuntarios: hiperreflexia, arreflexia, clonus.
- Problemas para controlar el movimiento voluntario: ataxia, falta de función de apoyo.
- Alteraciones en el patrón de marcha: pudiendo encontrar marcha espástica, hemipléjica, parapléjica, asimétrica, o pérdida de la capacidad de marcha.

Los **síntomas motores** ocurren en un 32% al 41% de los pacientes como síntoma de inicio y están presentes en un 62% a lo largo del curso de la enfermedad. La afectación de las extremidades inferiores es más frecuente que las superiores, en esta última predomina la debilidad distal. Cuando se afectan ambas es más marcado en las inferiores, la paresia se comporta en grado variable, desde la debilidad hasta la plejia, paraparesia o hemiparesia espástica progresiva, produciendo alteraciones en el esquema de marcha, caídas o la pérdida de capacidad de caminar. En los miembros superiores se produce afectación en las actividades manuales incluyendo actividades de la vida diaria (problemas para abrocharse la ropa, manejar cubiertos, abrir botes, escribir, coger objetos,...).

Paresia facial: generalmente en el contexto de brotes con hemiparesia, aparece parálisis facial central. Ocasionalmente periférica.

La **espasticidad** es muy común, generalmente más frecuente en los miembros inferiores, aunque también pueden afectar a los superiores y al tronco. Puede ser estática (distonía), presente en todo momento e independiente de la actividad del cuerpo, que se observa en cualquier posición, o dinámica (espasmos), aparece ante diversas situaciones y fluctúa, suele aparecer ante cambios de posiciones, ante estímulos dolorosos, en movimientos automáticos (reír, bostezar, caminar), con temperaturas extremas, por miedo o estrés. El tratamiento farmacológico no siempre es eficaz (lioresal, sirdalud, toxina botulínica), puede ser dolorosa, y favorecer las retracciones articulares y en fases algo más avanzadas las úlceras por presión. Para medir la espasticidad se aconseja utilizar la Escala de Asworth.

Los **reflejos osteotendinosos** están exaltados (hiperreflexia), pudiendo aparecer clonus, ocasionalmente pueden estar disminuidos. El reflejo plantar suele ser extensor en el lado afecto.

La **amiotrofia** puede ocurrir y suele afectar a los pequeños músculos de las manos. En ocasiones produce neuropatía por atrapamiento nervioso.

Valoración según baremo

- **Pérdida de fuerza:**
 - **MMII:** Por zonas de afectación: capítulo 2, tabla 47, pág. 75, o por afectación de marcha: capítulo 3, tabla 3, pág. 108.
 - **MMSS:** Por zonas de afectación: capítulo 2, tablas 22-25, páginas 52-56, o por afectación de las AVD: capítulo 3, tablas 4 y 5, páginas 108-109.
- **Espasticidad:** Por afectación de marcha y AVD: capítulo 3, tablas 3, 4, y 5, páginas 108-109.
- **Paresia facial:** capítulo 3, tabla 2 pág. 106.

4. ENERGÍA Y RESISTENCIA MUSCULAR (FATIGA):

Hasta un 75% de las personas con EM (Esclerosis Múltiple. Red Española de Esclerosis Múltiple. Edita: Marge Médica Books. 2010) padecen este síntoma clínico multicausal. La fatiga se define como la sensación subjetiva de falta de energía física o mental percibida por el afectado o cuidador, que interfiere en las actividades de la vida diaria.

El origen exacto de la fatiga primaria se desconoce. Se puede atribuir a una fatiga de origen central o periférico y algunos estudios apuntan hacia un origen inmunológico. Su sintomatología es compleja y se puede presentar a cualquier hora del día. Se pueden diferenciar dos tipos:

- Lاسitud o cansancio insoportable, falta total de energía física y mental, incluso en reposo y sin mediar ninguna actividad física previa. Puede observarse tanto por el individuo como por sus cuidadores e interfiere con las actividades de la vida diaria (“fatiga central”).
- Fatiga neuromuscular: creciente incapacidad para generar la fuerza necesaria para realizar la tarea debido a un fallo de la producción de fuerza a nivel del músculo (“fatiga periférica”) o un fracaso para mantener la necesaria unidad neuronal al músculo (“fatiga central”). Esto suele ocurrir en la mano, tras escribir, por ejemplo, o en el cuerpo, tras caminar.

La fatiga secundaria se debe a otros motivos propios de la enfermedad o externos, pero suma sus efectos incapacitantes a la primaria. Entre sus causas pueden estar: temperatura ambiental alta, alteraciones del sueño, problemas motores que exigen aumento del esfuerzo físico, medicación, depresión, estrés.

La fatiga es uno de los síntomas cardinales de la enfermedad, se afirma que puede dudarse del diagnóstico de EM si este síntoma no está presente. Existe un test para valorar la fatiga, es la Escala Descriptiva de la Fatiga (EDF). Puede dividirse en:

- Fatiga aguda: Aumento nuevo y significativo en la percepción de la fatiga en las 6 semanas previas.
- Fatiga crónica: Fatiga presente en cualquier momento en el 50% de los días durante más de 6 semanas.

Puede ser global y local, esta puede ser: cognitiva (deterioro cognitivo temporal); visual (Fenómeno de Uhthoff); pérdida de la movilidad en un miembro, recuperable tras un tiempo variable (de ½ hora a varias horas, lo que la diferencia de un brote que recupera en días).

La presencia de fatiga puede requerir periodos mayores de descanso a lo largo del día o prolongar la actividad física en el tiempo y disminuir el ritmo. Cada individuo suele conocer generalmente el grado de actividad que se puede permitir realizar sin que acarree consecuencias negativas posteriormente.

Valoración según baremo

Si la fatiga es el síntoma más incapacitante (o uno de ellos) y, ya que no hay apartado específico donde valorarla, se puede hacer la baremación completa según AVD, capítulo 1, pág. 25.

5. AFECTACIÓN DE COORDINACIÓN Y EQUILIBRIO:

Los problemas de incoordinación motora pueden afectar a distintas estructuras y funciones corporales y llegan a afectar al 82% de las personas con EM (Esclerosis Múltiple. Red Española de Esclerosis Múltiple. Edita: Marge Médica Books. 2010). Los síntomas clínicos son:

- Alteración de la postura tumbado, sentado o de pie, incapacidad para mantenerse estable.
- Falta de percepción de la propia postura, mala alineación con la línea media.
- Mareo, vértigo, náuseas, sensación de caída.
- Falta de equilibrio corporal: La afectación del equilibrio se produce por afectación cordonal posterior (Romberg +) con pérdida de la propiocepción y/o afectación cerebelosa y/o afectación vestibular y/o afectación visual. Los problemas de equilibrio aumentan el riesgo de caídas y patrón atáxico de marcha. A veces acompañados de episodios de vértigos con nistagmus.
- Carencia de reacciones de enderezamiento, equilibrio y apoyo.
- Ataxia: incoordinación de todo el cuerpo o de una parte en concreto.
- Disdiadococinesia: pérdida de la capacidad para producir movimientos rápidos alternantes.
- Dismetría: falta de precisión en los movimientos de las extremidades por apreciación inadecuada de la distancia
- Temblor: postural y de acción, tanto proximal como distal, que puede afectar también a la cabeza y tronco.
- Marcha atáxica: caracterizada por temblor, incoordinación, y aumento de la base de sustentación, representa la queja inicial en un 13% de los pacientes.

La afectación de las vías cerebelosas es muy común, la exploración neurológica muestra típicamente dismetría, con dificultades en el cálculo de distancias, que pueden afectar, por ejemplo, a la capacidad de conducir, subir y bajar escaleras, caminar mientras se lleva algo en las manos.

Se pueden realizar diferentes pruebas para valorar los problemas de incoordinación como prueba dedo-nariz, talón-rodilla, Miller Fisher y pedirle al paciente que coja un objeto, que escriba algo. Para valorar el equilibrio y la marcha se pueden usar las pruebas de Romberg, Tandem, Tinetti de Equilibrio, Tinetti de Marcha, Test Up and Go y Timed 10-Meter Walk Test.

A la incoordinación y el equilibrio se suma la fatiga, tratada anteriormente, de tal forma que estos empeoran al final del día.

Valoración según baremo

- **Para ataxia o pérdida de equilibrio**, capítulo 3, tabla 3, pág. 108 o también cap. 13, pág. 235.
- **Vértigo** se valora por capítulo 13, pág. 235.
- **Dismetría o temblor** capítulo 3, tablas 4 y 5, páginas 108-109.

6. AFECTACIÓN DE VOZ, HABLA Y DEGLUCIÓN:

Se considera que la afectación de la voz, el habla y la deglución ronda entre el 25-44%. La incidencia de estos trastornos puede llegar a aumentar en un 55% a medida que va progresando la enfermedad.

- Alteración del lenguaje: disartria, o habla escandida. A veces en fases muy iniciales de la enfermedad. El lenguaje puede llegar a ser ininteligible o inexistente. Según cómo esté el paciente a nivel motor, además puede ser muy complicado el uso de ayudas a la comunicación, que generalmente requieren una capacidad importante de motricidad manual fina.
- Disfagia: puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad. Generalmente a líquidos. Tienen dificultad para tragar la saliva, líquidos o alimentos sólidos, pueden tener atragantamientos reiterativos, desnutrición, pérdida de peso en poco tiempo, rechazo o dolor durante la ingesta y fatiga al comer. En casos severos puede aparecer riesgo para la vida del paciente, tanto por atragantamientos, como por riesgo de neumonía aspirativa. Ante procesos de tos crónica o carraspera se debe sospechar la presencia de microaspiraciones. Existe una fuerte tendencia por parte del individuo o cuidadores a negar este tipo de dificultades.

Valoración según baremo:

- **Afasia**: capítulo 14, tabla 2, pág. 254.
- **Disfonía**: capítulo 14, tabla 4, pág. 256.
- **Disartria o habla escandida** capítulo 15, tabla 5, pág. 257.
- **Disfagia**: capítulo 13, pág. 236.
- **Gastrostomía**: capítulo 7, pág. 174.

7. AFECTACIÓN ESFINTERIANA Y SEXUAL:

Un 63% de las personas con EM padecen problemas de continencia urinaria y/o fecal, siendo las alteraciones sexuales también de alta frecuencia (Esclerosis Múltiple. Red Española de Esclerosis Múltiple. Edita: Marge Médica Books. 2010).

Las alteraciones miccionales se pueden dividir en: fallo en el vaciado vesical, fallo en la contención o combinación de ambos.

La vejiga neurógena afecta a más del 80 % de los pacientes. Las principales manifestaciones urinarias son:

- Vejiga hiperactiva, la forma más frecuente de afectación (67%), presentan aumento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional e incontinencia.
- Disinergia vesicoesfinteriana y micción descompensada, afecta a un 13,4%, pueden requerir sondajes intermitentes para conseguir el vaciado y evitar el reflujo vesicoureteral. Esto aumenta el riesgo de infección tanto en sí mismas como por los cateterismos.
- Hipocontractilidad esfinteriana con incontinencia urinaria de esfuerzo. Generalmente asociada a vejiga hiperactiva, presentando incontinencia urinaria mixta.
- Hipercontractilidad esfinteriana con retención de orina, asociada a incontinencia urinaria de rebosamiento.
- Infección del tracto urinario de repetición (17,9 %).

Algunos pacientes utilizan pañales o compresas para incontinencia, pero otros muchos no lo hacen a pesar de necesitarlo, ampliando el número de veces que acuden al baño, evitando beber líquidos,... Rechazan el pañal porque psicológicamente no pueden aceptar que tan jóvenes tengan estos problemas. Limitan sus salidas, actividades laborales y sociales, evitando el uso de transporte público, por miedo a tener un episodio de incontinencia.

Las alteraciones intestinales se dividen en estreñimiento e incontinencia fecal. El estreñimiento es más común que la incontinencia fecal (13,4). Es debido a la disfunción autonómica así como a la disminución de la movilidad general. Por otro lado, los pacientes suelen disminuir la ingesta hídrica para evitar la incontinencia urinaria con lo que se agrava el estreñimiento. El estreñimiento mantenido en el tiempo puede conllevar problemas secundarios de incontinencia urinaria, prolapsos, fisuras anales.

Tienen problemas de urgencia defecatoria o incontinencia anal a gases y/o heces. Las causas de estas manifestaciones pueden ser:

- Hipotonía de la musculatura anal: disminución del tono de la musculatura lisa.
- Hipocontractilidad de la musculatura anal estriada.
- Alteración del reflejo recto esfínter estriado: tienen pérdidas sin sensación previa, de repente se les escapan gases o heces sin previo aviso.
- Alteración de la complianza y/ alteración de la sensibilidad ano-rectal

La incontinencia fecal afecta mucho a la calidad de vida de la persona, sobre todo a nivel emocional, ya que les limita a nivel laboral, social, de pareja. El uso del pañal no les deja tranquilos para desplazarse en transporte público, trabajar, hacer actividades lúdicas, por lo que muchas veces dejan de usar el transporte público, no pueden trabajar, limitando mucho sus salidas. Es clave el trabajo del psicólogo y del fisioterapeuta de suelo pélvico para mejorar su calidad de vida.

Síntomas sexuales son también comunes en la EM, se produce en hasta un 80% de los pacientes, no solo por la propia enfermedad, sino también a causa de factores psicológicos y por efectos secundarios de la medicación. Aproximadamente el 50% de las personas con EM se vuelven inactivos sexualmente y el 20% disminuye su actividad. Tanto hombres como mujeres refieren disminución de la libido. En ocasiones se presenta hipersexualidad asociada generalmente a deterioro cognitivo.

Los hombres presentan disfunción eréctil y problemas con la eyaculación. Las mujeres presentan dificultades para alcanzar el orgasmo, aunque el síntoma más frecuente es disminución de la lubricación, también presentan dolor a las relaciones sexuales o dispareunia, vulvodinia, dolor pélvico crónico.

Valoración según baremo:

- **Incontinencia urinaria:** capítulo 8, pág. 185.
- **Incontinencia fecal:** capítulo 7, pág. 174.

8. COGNITIVAS:

Entre el 43 y 65% de las personas con EM que han sido evaluadas padece algún déficit o trastorno en las funciones cognitivas (Arnet. P, Forn. C. Evaluación Neuropsicológica en la EM. Rev Neurol, 2007. Feb. 1-15;44(3): 166-72).

- Problemas de las funciones de la orientación: desorientación temporal y/o espacial. Tienen dificultades para ser consciente del día, fecha o año y/o lugar donde se encuentran.
- Alteración de las funciones intelectuales: demencia es el deterioro generalizado del sistema de procesamiento de la información que afecta a la cognición y el comportamiento. La demencia franca al inicio del cuadro es infrecuente en la EM, se presenta en menos del 5%, aunque son muy frecuentes alteraciones cognitivas sutiles.
- Alteración de las funciones relacionadas con la energía y los impulsos:
 - Disminución del nivel de energía: aumento en la cantidad y frecuencia de fatiga cognitiva al realizar actividades intelectuales.
 - Disminución de motivación: apatía, pérdida de espontaneidad, indiferencia y aplanamiento afectivo. Falta de impulso, es decir, no inicia las actividades por sí mismo, hay que pedirselo.
 - Dificultades en el control de impulsos: impulsividad (actúa o habla sin pensar en las consecuencias), euforia injustificada, desinhibición, irritabilidad, agresividad, excesiva jocosidad, despreocupación por las reglas sociales (comportamientos groseros o infantiles).
- Alteraciones en las funciones de la atención. Presentan dificultades en el mantenimiento, cambio y división de la atención: dificultades para mantenerse y terminar las tareas que empiezan, para cambiar o alternar el foco de atención entre dos o más estímulos, repercutiendo en actividades como cocinar o conducir. Tienen problemas para realizar dos cosas a la vez, tienden a la no concentración.
- Alteraciones en las funciones de la memoria: déficit en la memoria a corto y largo plazo y en la recuperación de la información de la memoria. Tienen dificultades para aprender nueva información y para recordar episodios recientes tanto a corto como a largo plazo. Necesidad constante de ayudas para recordar. Presentan olvidos frecuentes en las actividades de la vida diaria (recordar citas, medicación, pérdidas frecuentes de objetos). Dificultades para recordar conversaciones, lo que leen o lo que han visto en la televisión.
- Trastornos en las funciones de la percepción visoespacial: dificultades en la capacidad para percibir el espacio personal y ambiental y en el procesamiento de formas y profundidad, que repercute principalmente en la conducción de vehículos, sillas de ruedas, caminar por la calle.
- Trastornos en las funciones del pensamiento: enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información y/o en el proceso del pensamiento. Lentitud en la realización de cualquier actividad, para comprender y responder así como para tomar decisiones.

- Alteraciones en las funciones cognitivas superiores:
 - Alteraciones en el pensamiento abstracto: interpretación concreta inapropiada de lo que se dice, dificultades para captar el humo, la ironía y/o para hacer inferencias.
 - Trastornos en la organización y planificación: dificultades para planificar y organizar una actividad compleja, para secuenciar, supervisar y, si es necesario, cambiar los pasos necesarios para llegar a un objetivo.
 - Trastornos en la flexibilidad cognitiva: dificultades para cambiar de opinión de manera razonable. Rigidez de pensamiento, desconcierto en las situaciones que se salen de la rutina y en las que es necesario crear estrategias cognitivas organizadas y nuevas.
 - Trastornos en el autoconocimiento (*insight*): dificultades para ser conscientes del propio funcionamiento cognitivo y/o conductual. Negación de los síntomas, déficit y cambios producidos por la enfermedad.
 - Alteraciones en la capacidad para emitir juicios: juicio erróneo en la toma de decisiones, irresponsabilidad y negligencia.
 - Alteraciones en la capacidad para resolver problemas: presentan problemas para planificar, reconocer o utilizar estrategias adecuadas para resolver problemas.

9. PSICOLÓGICAS:

El 50% de los afectados de EM padecen algún problema emocional importante:

- Depresión (27-54%). Las personas con depresión suelen tener:
 - Disminución de la capacidad para atender y concentrarse.
 - Sentimientos de inferioridad.
 - Ideas de culpa e inutilidad.
 - Perspectiva sombría de futuro.
 - Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones.
 - Problemas de sueño.
 - Pérdida de apetito.

- Ansiedad (14-41%). Suele manifestarse como:
 - Sensación de estar constantemente nervioso.
 - Preocupación acerca del futuro.
 - Sensación de estar siempre al límite.
 - Tensión muscular, mareos, sudoración, taquicardia.
- Labilidad emocional (10%): presentan cambios bruscos de humor que no pueden controlar e indiferencia ante lo que pasa a su alrededor.
- Dificultad para relacionarse con otras personas.
- Dificultad para controlar la conducta.

Valoración según baremo:

Capítulo 16, pág. 271.

10. OTROS:

Aunque no tan frecuentes como los déficits nombrados previamente, las personas con EM puede presentar cualquiera o varias de estas otras alteraciones:

- **Crisis comiciales**, si bien no son característicos de la misma, movimientos anormales y narcolepsia, es más frecuente las crisis epilépticas en estos pacientes que en la población general, se estima que ocurra en el 2– 3% de los pacientes.

Valoración según baremo:

Capítulo 3, tabla 1, pág. 104.

- **Disautonomías**: Por afectación del sistema nervioso autónomo el paciente puede padecer: trastornos en la regulación de la temperatura (frialdad o calor en extremidades), hiperhidrosis o anhidrosis, hipotensión postural o postpandrial, sequedad de boca; estridor laríngeo; trastornos de la fonación y la deglución; anomalías pupilares, problemas de acomodación, deslumbramientos, fofofobia.

- **Afasia:** incapacidad para expresarse mediante el habla o la escritura o para entender el lenguaje hablado o escrito.

Valoración según baremo:

Capítulo 14, tabla 2, pág. 254.

- **Apraxia:** trastorno del movimiento voluntario en ausencia de pérdida sensitiva, paresia o debilidad motora.
- **Agnosia:** pérdida del conocimiento o incapacidad para percibir objetos a través de unas vías sensoriales cuyo funcionamiento es por lo demás normal.
- **Trastornos del sueño:** somnolencia diurna y ataques de sueño diurno.
- **Trastornos de personalidad:**
 - Presencia de **delirios**
 - Presencia de **alucinaciones**

RECOMENDACIONES:

La valoración del grado de discapacidad se realiza conforme a la normativa vigente, por lo que las puntuaciones corresponden a la aplicación de los criterios de los actuales baremos.

TENER EN CUENTA EN LA VALORACIÓN:

- Alteración sensorial:
 - Valorar la sensibilidad de miembros inferiores y superiores (táctil, artrocinética y vibratoria)
 - Hacer una valoración neurológica del dolor.
- Afectación de la visión: diplopía, falta de visión, fenómeno de Uhthoff, valorar la agudeza visual.
- Alteración motoras:
 - Evaluar la espasticidad con escala de Ashworth.
 - Evaluación de la fuerza muscular, valorar el grupo muscular que esté debilitado, hacer valoración analítica y funcional.
 - Alteración de la coordinación: observar si tiene temblor de reposo y pedirle que haga algo para ver si el temblor es de intención, hacerle prueba de coordinación dedo-nariz, Miller-Fisher, prueba talón-rodilla.

- Valorar el equilibrio en bipedestación, pedirle que se levante sin apoyarse en las manos, hacerle pruebas de Romberg, Tandem, Tinetti de equilibrio, y la marcha, con el test de Tinetti de marcha, Up and Go y 10 Meter Walk. Pedirle que salga fuera del despacho y observar su marcha por el pasillo, comprobar cómo sube y baja escalones.
- Tener en cuenta que el síntoma de fatiga es uno de los más discapacitantes para las personas con EM, que puede afectarles a nivel de fuerza muscular, de marcha y a nivel cognitivo. Valorarlo con escala descriptiva de la fatiga.
- Valorar la masticación y deglución, pidiéndole que beba agua, que coma algo. La fonación puede observarse si le cuesta articular, habla más lento, no se le entiende.
- Disfunción vesical y anorectal. Preguntarles cuántas veces van al baño al cabo del día, si se levantan por la noche para ir al servicio y número de veces. Si tienen incontinencia urinaria y/o fecal y utilizan pañales. En caso de no usarlos, preguntarles el motivo y si se ven obligados a cambiarse la ropa o han dejado de hacer cosas como ir al cine, utilizar transporte público para desplazarse. Preguntar si se sondan, número de veces, si tienen infecciones de orina.
- **Aspecto cognitivo:** Las alteraciones más frecuentes aparecen en la memoria, la atención y la abstracción. Si les notamos enlentecidos a la hora de contestar o al pedirles que hagan algo, estaría manifestándose deterioro cognitivo. Observar si la persona pierde el hilo de la conversación o de repente nos habla de algo que no tiene nada que ver con lo que nos estaba contando o le falta fluidez verbal.

El examen de las funciones superiores realizado durante la exploración neurológica rutinaria suele ser bastante insensible al déficit cognitivo leve.

Debido a que entre los déficit más frecuentes de la EM se encuentran los problemas cognitivos (aproximadamente 50% de las personas con Esclerosis Múltiple), emocionales (50%) y del habla (35%), y dado que todos ellos pueden hacer más difícil la comunicación con la persona valorada, sería muy recomendable hacer que esté presente una persona que conozca bien la situación en todos los casos. Esta persona puede, a su vez, validar, apoyar y, en algunos casos, responder a nuestras preguntas, así como añadir aspectos esenciales que pueden orientar a la hora de detectar problemas cognitivos y emocionales no reflejados en los informes en primera instancia.

Igualmente, debido al perfil de adulto joven que presentan la mayoría de las personas con EM, también puede darse la situación de que para ellos sea difícil asumir su papel de “dependientes” por lo que ante la persona que valora, pretendan explicar que hacen las tareas con menos ayuda de lo que lo hacen en realidad. Este sesgo de “auto-sobre valoración” también se puede controlar con la presencia de esta persona que, conociendo bien la situación, pueda completar o ajustar la narración de la persona valorada.

- **Aspecto psicológico.** En la observación del estado emocional es importante atender a la explicación que hace la persona de su estado de ánimo y de cómo se siente. Además, pediremos que nos cuente u observaremos cómo este estado de ánimo dificulta sus actividades diarias, la relación con otras personas, cuál es su actitud ante la enfermedad y cómo afecta el estado de ánimo a su actividad motora, su aspecto personal y su discurso.
- La comprobación de limitaciones funcionales se debe realizar tanto verbalmente como a través de pruebas que se ajusten en cada caso particular a la situación de la persona valorada. A estos efectos no se puede establecer un protocolo cerrado que se corresponda a todas las situaciones, pero sí puede ser de utilidad, según la situación observada, utilizar algunas pruebas que nos permitan detectar si existe fatiga, deterioro cognitivo o trastornos emocionales.
- Deficiencias generadas de los pares craneales, evaluar los pares craneales.
- Valoración del nivel de consciencia y la vigilia, de la alerta al sueño.

ANEXO

1. MOTÓRICAS:

- a. Escala de Daniels puntuada para el balance muscular
- b. Escala de Asworth modificada para la espasticidad
- c. Escala de Penn para los espasmos
- d. Test de Purdue
- e. Test de Jebsen

2. FATIGA:

- a. Escala de Intensidad de la fatiga
- b. Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)

3. COORDINACION:

- a. Talón-rodilla
- b. Dedo-nariz
- c. Miller-Fisher

4. EQUILIBRIO Y MARCHA:

- a. Romberg
- b. Tandem
- c. Tinetti de equilibrio y Tinetti de marcha
- d. Escala de Berg
- e. Up an go
- f. 6 minutes walking test
- g. 10 meter walk test
- h. Test de control de tronco (trunk control test)

5. CONTROL URINARIO E INTESTINAL:

- a. Diario miccional de tres días
- b. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF
- c. Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000)
- d. King's Health Questionnaire
- e. Urogenital distress inventory (UDI-6)
- f. Cuestionario de calidad de vida para pacientes con estreñimiento CVE-20
- g. Fecal incontinence severity index
- h. Fecal incontinence quality of life instrument
- i. Índice internacional de función eréctil IIEF

6. COGNITIVO:

Las pruebas de cribado habitual, como el MMSE (del inglés Mini-Mental State Examination), útil para valorar las demencias *corticales*, como la enfermedad de Alzheimer, son muy insensibles para los déficit cognitivos en la EM. .Por ello, pueden usarse además otras pruebas como:

- a. Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Test in Multiple Sclerosis (BRB-N). El PASAT, incluido en la MSFC, se correlaciona bien con esta prueba, por lo que constituye una alternativa válida.
- a. “Cuestionario de screening neurpsicológico para la EM” de Benedict y cols, (MSNQ Benedict y cols, 2003).
- b. “Evaluación Mínima de las funciones cognitivas en la EM” (MACFIMS).

7. PSICOLÓGICO:

- a. “Entrevista diagnóstica en Salud Mental” de Carmelo Vázquez y Manuel Muñoz. Editorial Síntesis.
- b. Valorar depresión con cuestionario de Beck
- c. En cuanto a ansiedad (SAS) y también el STAI

8. OTRAS:

- a. Escala de calidad de vida para la esclerosis múltiple MSQOL-54
- b. Escala de valoración del sueño.

**Centros de Valoración y Orientación a personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid
(Centros Base)**

Dirección General de Servicios Sociales

CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Enero de 2015