

Español ACSS® Cuestionario

Parte A - Primera Visita (Formulario de "diagnóstico")

Hora: ____ : ____ Fecha de la evaluación ____ / ____ / ____ (día/mes/año)

Por favor, indique si usted ha tenido los siguientes síntomas durante las últimas 24 horas; junto con el grado de severidad: (Por favor, marque solamente una respuesta para cada síntoma)

			0	1	2	3
Síntomas Típicos	1	Orinar frecuentemente con pequeños volúmenes en cada micción (ha notado un incremento en la frecuencia para ir a orinar)	☐ No hasta 4 veces por día	☐ Sí, leve 5-6 veces/día	☐ Sí, moderado 7-8 veces/día	☐ Sí, severo 9-10 o más veces/día
	2	Urgencia para orinar (ha experimentado un fuerte deseo de querer orinar difícil de controlar)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	3	Sentir dolor tipo ardor al orinar	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	4	Sentir vaciamiento incompleto de la vejiga (al terminar de orinar siente que no ha orinado todo y queda con ganas de orinar de nuevo)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	5	Sentir dolor en la parte baja del abdomen, no asociado con la micción (región del vientre bajo)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	6	Se ve sangre en la orina (que no es la menstruación)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo

Suma de la puntuación de los síntomas "Típicos" = Puntos

Diferenciales	7	Dolor en la zona del flanco (en uno o ambos lados de la espalda-zona lumbar)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	8	Secreción (flujo) vaginal anormal (en cantidad, color y/u olor)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	9	Secreción (flujo) uretral (orificio por donde micciona), sin orinar	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	10	Fiebre/temperatura corporal elevada Por favor, indicar si se midió: ☐ No ☐ Sí	☐ No ≤37,5 °C	☐ Sí, leve 37,6-37,9 °C	☐ Sí, moderado 38,0-38,9 °C	☐ Sí, severo ≥39,0 °C

Suma de la puntuación "Diferenciales" = Puntos

Calidad de Vida	11	Por favor, indique cuánto malestar ha experimentado usted debido a sus síntomas en las últimas 24 horas (Marque solamente la respuesta que se ajuste mejor):				
		☐ 0 No tengo ningún malestar (Ningún síntoma en absoluto. Me siento tan bien como siempre) ☐ 1 Tengo un poco de malestar (Me siento algo peor de lo habitual) ☐ 2 Siento un malestar moderado (Me siento bastante mal) ☐ 3 Siento un malestar severo (Me siento terriblemente mal)				
	12	Por favor, indique cómo sus síntomas han interferido con sus actividades y trabajo diarios en las últimas 24 horas (Marque solamente la respuesta que se ajuste mejor):				
		☐ 0 No interfirieron para nada (Trabajé lo habitual para un día laboral) ☐ 1 Interfirieron levemente (Presenté ciertas molestias para el trabajo diario) ☐ 2 Interfirieron moderadamente (El trabajo diario requirió esfuerzo) ☐ 3 Interfirieron severamente/gravemente (El trabajo o las actividades habituales fueron casi imposibles)				
	13	Por favor, indique cómo sus síntomas han interferido con sus actividades sociales (visitar a las amistades, reunirse con sus amigos, etc.) en las últimas 24 horas (Marque solamente la respuesta que se ajuste mejor):				
		☐ 0 No interfirieron para nada (Fui capaz de disfrutar de mis actividades sociales normales) ☐ 1 Interfirieron levemente (Realicé menos actividades de lo usual) ☐ 2 Interfirieron moderadamente (Tuve que pasar mucho tiempo en casa) ☐ 3 Interfirieron severamente (Los síntomas impidieron que saliese de mi casa)				

Suma de la puntuación de la "Calidad de Vida" = Puntos

Adicional	14	Por favor, indique si usted ha experimentado lo siguiente al momento de completar este cuestionario:				
		¿Menstruación (Período menstrual)?	☐ No	☐ Si		
		¿Síndrome premenstrual? (Intensos dolores en vientre bajo irradiados a la espalda baja)	☐ No	☐ Si		
		¿Síntomas de síndrome menopáusico (por ejemplo, sensación repentina de calor en el rostro y parte superior del cuerpo, sudor, mareo o sofocos)?	☐ No	☐ Si		
		¿Embarazo	☐ No	☐ Si		
		¿Diabetes mellitus (diagnosticada médicamente) (azúcar/glucemia elevada)	☐ No	☐ Si		

© Acute Cystitis Symptom Score (ACSS) La Escala de Síntomas de Cistitis Aguda está protegida por derechos de autor (www.acss.world), pero es gratuita para uso personal. Para estudios clínicos o uso comercial, consulte a los titulares de los derechos de autor (info@acss.world).

Español ACSS, Medina-Polo 2023 Neurourol Urodyn 42(1):263.281. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36335613/>

Español ACSS® Cuestionario

Parte B – Visita de Control (formulario de seguimiento)

Hora: : Fecha de la evaluación: / / (día/mes/año)

Por favor, indique si ha experimentado algún cambio en sus síntomas desde la primera vez que completó este cuestionario

- Evolución**
- ☐ Sí, me siento normal (*Desaparecieron todos los síntomas*)
 - ☐ Sí, me siento mucho mejor (*La mayoría de los síntomas han desaparecido*)
 - ☐ Sí, me siento algo mejor (*Solamente algunos síntomas han desaparecido*)
 - ☐ No, apenas he notado cambios (*Aun tengo más o menos los mismos síntomas*)
 - ☐ Sí, me siento peor (*Mi estado físico es peor*)

Por favor, indique si usted ha tenido los siguientes síntomas durante las últimas 24 horas; y el grado de severidad que tuvieron: (Por favor, marque solamente una respuesta para cada síntoma)

			0	1	2	3
Síntomas Típicos	1	Orinar frecuentemente con pequeños volúmenes en cada micción (ha notado un incremento en la frecuencia para ir a orinar)	☐ No hasta 4 veces por día	☐ Sí, leve 5-6 veces/día	☐ Sí, moderado 7-8 veces/día	☐ Sí, severo 9-10 o más veces/día
	2	Urgencia para orinar (ha experimentado un fuerte deseo de querer orinar difícil de controlar)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	3	Sentir dolor tipo ardor al orinar	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	4	Sentir vaciamiento incompleto de la vejiga (al terminar de orinar siente que no ha orinado todo y queda con ganas de orinar de nuevo)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí moderado	☐ Sí, severo
	5	Sentir dolor en la parte baja del abdomen, no asociado con la micción (región del vientre bajo)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	6	Se ve sangre en la orina (que no es la menstruación)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Si, severo

Suma de la puntuación de los síntomas “Típicos”= Puntos

Diferenciales	7	Dolor en la zona del flanco (uno o ambos lados de la espalda-zona lumbar)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	8	Secreción (flujo) vaginal anormal (en cantidad, color y/u olor)	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	9	Secreción (flujo) uretral (orificio por donde micciona), sin orinar	☐ No	☐ Sí, leve	☐ Sí, moderado	☐ Sí, severo
	10	Fiebre/temperatura corporal elevada Por favor, indicar si se midió: ☐ No ☐ Sí	☐ No ≤37,5°C	☐ Sí, leve 37,6-37,9°C	☐ Sí, moderado 38,0-38,9°C	☐ Sí, severo ≥39,0°C

Suma de la puntuación “Diferenciales” = Puntos

Calidad de Vida	11	Por favor, indique cuánto malestar ha experimentado usted debido a sus síntomas en las últimas 24 horas (Marque <u>solamente la respuesta que se ajuste mejor</u>):				
		☐ 0 No tengo ningún malestar (Ningún síntoma en absoluto. Me siento tan bien como siempre) ☐ 1 Tengo un poco de malestar (Me siento algo peor de lo habitual) ☐ 2 Siento un malestar moderado (Me siento bastante mal) ☐ 3 Siento un malestar severo (Me siento terriblemente mal)				
	12	Por favor, indique cómo sus síntomas han interferido con sus actividades y trabajo diarios en las últimas 24 horas (Marque <u>solamente la respuesta que se ajuste mejor</u>):				
		☐ 0 No interfirieron para nada (Trabajé lo habitual para un día laboral) ☐ 1 Interfirieron levemente (Presenté ciertas molestias para el trabajo diario) ☐ 2 Interfirieron moderadamente (El trabajo diario requirió esfuerzo) ☐ 3 Interfirieron severamente/gravemente (El trabajo o las actividades habituales fueron casi imposibles)				
	13	Por favor, indique cómo sus síntomas han interferido con sus actividades sociales (visitar a las amistades, reunirse con sus amigos, etc.) en las últimas 24 horas (Marque <u>solamente la respuesta que se ajuste mejor</u>):				
		☐ 0 No interfirieron para nada (Fui capaz de disfrutar mis actividades sociales normales) ☐ 1 Interfirieron levemente (Realicé menos actividades de lo usual) ☐ 2 Interfirieron moderadamente (Tuve que pasar mucho tiempo en casa) ☐ 3 Interfirieron severamente (Los síntomas impidieron que saliese de mi casa)				

Suma de la puntuación de la “Calidad de Vida” = Puntos

Adicional	14	Por favor, indique si usted ha tenido lo siguiente en el momento de completar este cuestionario:				
		¿Menstruación (Período menstrual)?	☐ No	☐ Si		
		¿Síndrome premenstrual (Intensos dolores en vientre bajo irradiados a la espalda baja)?	☐ No	☐ Si		
		¿Signos del síndrome menopáusico (por ejemplo, sensación repentina de calor en el rostro y parte superior del cuerpo, sudor, mareo o sofocos)?	☐ No	☐ Si		
		¿Embarazo	☐ No	☐ Si		
		¿Diabetes mellitus confirmada (diagnosticada)(azúcar elevado)?	☐ No	☐ Si		