

International Prostatic Symptom Score (IPSS) en español.

Durante los últimos 30 días (aproximadamente)	Ninguna	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
-----------------------------------------------	---------	-----------------------	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------

Síntomas de llenado

1- ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
2- ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3- ¿Cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	Ninguna 0. <input type="checkbox"/>	1 vez 1. <input type="checkbox"/>	2 veces 2. <input type="checkbox"/>	3 veces 3. <input type="checkbox"/>	4 veces 4. <input type="checkbox"/>	5 veces o mas 5. <input type="checkbox"/>

Total de síntomas de llenado (0 – 15):

Síntomas de vaciado

4- ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
5- ¿Cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
6- ¿Cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
7- ¿Cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para conseguir comenzar a orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

Total de síntomas de vaciado (0-20)=

PUNTUACIÓN IPSS TOTAL (0-35)=

Durante los últimos 30 días (aproximadamente)	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan insatisfecho como satisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8- ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

Interpretación 0-7 puntos. Leve 8-19 puntos moderada 20-35 puntos severa o grave.

Referencia Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, et al. The American Urological Association Symptom Index for Benign Prostatic Hyperplasia. J Urol 1992; 148:1549.