

NIH-Índice de Síntomas de Prostatitis Crónica (NIH-CPSI)

<p>1. <u>Dolor o molestia</u> Durante la semana pasada, ¿ha tenido usted dolor o molestia en las partes del cuerpo siguientes?</p> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. En el área entre el recto y los testículos (perineo)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>b. En los testículos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>c. En la punta del pene (dolor o molestia no relacionados con orinar)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>d. Debajo de la cintura, en el área del pubis o de la vejiga</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> </table> <p>2. Durante la semana pasada, ¿ha tenido usted...</p> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Dolor o ardor al orinar?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>b. Dolor o molestia durante o después del orgasmo (eyaculación)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> </table> <p>3. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia ha tenido usted dolor o molestia en alguna de las partes de su cuerpo indicadas arriba en la primera pregunta?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Pocas veces <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 3 Muchas veces <input type="checkbox"/> 4 Casi siempre <input type="checkbox"/> 5 Siempre </p> <p>4. ¿Qué número describe mejor el nivel PROMEDIO de dolor o molestia, en los días que lo tuvo, durante la semana pasada? (Los números de menor a mayor que aparecen abajo sirven para indicar que el dolor va de débil a fuerte.)</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin dolor Dolor tan fuerte como usted se pueda imaginar </div> <p>5. Orinar Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia ha tenido usted la sensación de que no se le vació completamente la vejiga al terminar de orinar?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 0 Ni una vez <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 de cada 5 veces <input type="checkbox"/> 2 Menos de la mitad de las veces <input type="checkbox"/> 3 Más o menos la mitad de las veces <input type="checkbox"/> 4 Más de la mitad de las veces <input type="checkbox"/> 5 Casi siempre </p>		Sí	No	a. En el área entre el recto y los testículos (perineo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	b. En los testículos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	c. En la punta del pene (dolor o molestia no relacionados con orinar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	d. Debajo de la cintura, en el área del pubis o de la vejiga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		Sí	No	a. Dolor o ardor al orinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	b. Dolor o molestia durante o después del orgasmo (eyaculación)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<p>6. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia tuvo usted que volver a orinar menos de dos horas después de haber orinado?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 0 Ni una vez <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 de cada 5 veces <input type="checkbox"/> 2 Menos de la mitad de las veces <input type="checkbox"/> 3 Más o menos la mitad de las veces <input type="checkbox"/> 4 Más de la mitad de las veces <input type="checkbox"/> 5 Casi siempre </p> <p>7. Efecto de los síntomas Durante la semana pasada, ¿cuánto han impedido sus síntomas que usted hiciera las cosas que habitualmente hace?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 0 Nada <input type="checkbox"/> 1 Sólo un poco <input type="checkbox"/> 2 Algo <input type="checkbox"/> 3 Mucho </p> <p>8. ¿Cuánto pensó en sus síntomas durante la semana pasada?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 0 Nada <input type="checkbox"/> 1 Sólo un poco <input type="checkbox"/> 2 Algo <input type="checkbox"/> 3 Mucho </p> <p>9. Calidad de vida ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de su vida con síntomas iguales a los que ha tenido durante la semana pasada?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 0 Encantado <input type="checkbox"/> 1 Complacido <input type="checkbox"/> 2 En general, satisfecho <input type="checkbox"/> 3 Con sentimientos contrarios, confundido (igualmente satisfecho e insatisfecho) <input type="checkbox"/> 4 En general, insatisfecho <input type="checkbox"/> 5 Descontento <input type="checkbox"/> 6 Muy mal </p>
	Sí	No																							
a. En el área entre el recto y los testículos (perineo)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																							
b. En los testículos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																							
c. En la punta del pene (dolor o molestia no relacionados con orinar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																							
d. Debajo de la cintura, en el área del pubis o de la vejiga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																							
	Sí	No																							
a. Dolor o ardor al orinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																							
b. Dolor o molestia durante o después del orgasmo (eyaculación)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																							

Puntuación del NIH-Índice de Síntomas de Prostatitis Crónica

Dolor: Total de las preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4 = _____

Síntomas urinarios: Total de las preguntas 5 y 6 = _____

Efecto sobre la calidad de vida: Total de las preguntas 7, 8 y 9 = _____