

Puntuación internacional de síntomas prostáticos (International Prostate Symptom Score, IPSS)

Nombre del paciente: _____

Fecha de hoy: _____

Determine sus síntomas de hiperplasia prostática benigna (HPB)

Marque sus respuestas con un círculo y sume sus puntuaciones en la parte inferior.

Durante el último mes	En ningún momento	Menos de una en cinco veces	Menos de la mitad del tiempo	Cerca de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
Vaciado incompleto – ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que su vejiga no se vaciaba completamente después de orinar?	0	1	2	3	4	5
Frecuencia – ¿Con qué frecuencia ha tenido que orinar nuevamente menos de dos horas después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
Intermitencia – ¿Con qué frecuencia notó que al orinar, paraba y comenzaba nuevamente varias veces?	0	1	2	3	4	5
Urgencia – ¿Con qué frecuencia le ha resultado difícil resistir las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
Chorro débil – ¿Con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
Esfuerzo – ¿Con qué frecuencia ha tenido que empujar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
Durante la noche – ¿Cuántas veces solía levantarse a orinar desde el momento en que se iba a dormir en la noche hasta el momento en que se levantaba en la mañana?	Nunca 0	Una vez 1	Dos veces 2	Tres veces 3	Cuatro veces 4	Cinco o más veces 5
Sume las puntuaciones de los síntomas:	+	+	+	+	+	+

Total de la puntuación internacional de síntomas prostáticos = _____

| a 7 síntomas leves | 8 a 19 síntomas moderados | 20 a 35 síntomas graves

Calidad de vida (CdV) Independientemente de la puntuación, si sus síntomas le molestan, debe notificar a su médico.

	Contento	Complacido	Mayormente conforme	Ambivalente	Mayormente disconforme	Descontento	Terrible
¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir el resto de su vida con los síntomas urinarios tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

¿Ha probado medicamentos para aliviar sus síntomas?	Sí	No
---	----	----

¿Estos medicamentos ayudaron a aliviar sus síntomas? (marque con un círculo)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

No obtuvo alivio

Alivio completo

¿Le interesaría conocer una opción mínimamente invasiva que podría permitirle dejar de tomar sus medicamentos para la HPB?	Sí	No
--	----	----