

# Índice de los Síntomas de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) de la Asociación Americana de Urología

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Marque con un círculo el número que mejor describe su experiencia con los siguientes síntomas:**

0=Nunca    1=Menos de 1 vez cada 5    2=Menos de la mitad de las veces    3=La mitad de las veces  
4=Más de la mitad de las veces    5=Casi siempre

## 1. Vaciado Incompleto/Incomplete Emptying

Durante el mes pasado, ¿cada cuánto ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?

0    1    2    3    4    5

## 2. Frecuencia Urinaria/Urinary Frequency

Durante el mes pasado, ¿cada cuánto ha tenido que orinar de nuevo, menos de 2 horas después de que había orinado?

0    1    2    3    4    5

## 3. Micción (Orinar) Intermitente/Intermittency

Durante el mes pasado, ¿cada cuánto ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?

0    1    2    3    4    5

## 4. Urgencia Urinaria/Urinary Urgency

Durante el mes pasado, ¿cada cuánto ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?

0    1    2    3    4    5

## 5. Chorro Urinario Débil o Lento/Weak Stream

Durante el mes pasado, ¿cada cuánto ha tenido un chorro de orina débil o lento?

0    1    2    3    4    5

## 6. Dificultad Inicial/Straining

Durante el mes pasado, ¿cada cuánto ha tenido que empujar o hacer esfuerzo abdominal para comenzar a orinar?

0    1    2    3    4    5

## 7. Nicturia/Nocturia

Durante el mes pasado, típicamente, ¿cuántas veces se levantaba para orinar desde acostarse por la noche hasta levantarse por la mañana?

0 veces    1 vez    2 veces    3 veces    4 veces    5 veces o más

Puntuación: 1 a 7=Leve    8 a 19=Moderada    20 a 35=Severa    Sume los puntos para cada respuesta \_\_\_\_\_

**Use la siguiente escala para contestar la última pregunta:**

0=Encantado    1=Muy satisfecho    2=Más bien satisfecho    3=Tan satisfecho como insatisfecho  
4=Más bien insatisfecho    5=Descontento

## 8. Calidad de Vida/Quality of Life ¿Cómo se sentiría Ud.

si tuviera que pasar el resto de su vida con los síntomas urinarios tal y como los tiene ahora?

0    1    2    3    4    5

