

Escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS)

PREGUNTA	NINGUNA	MENOS DE 1 VEZ CADA 5 VECES	MENOS DE LA MITAD	MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD	CASI SIEMPRE
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO LA SENSACIÓN, AL TERMINAR DE ORINAR, DE QUE SU VEJIGA NO SE VACIABA POR COMPLETO?	0	1	2	3	4	5
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO QUE ORINAR MÁS DE UNA VEZ EN MENOS DE DOS HORAS?	0	1	2	3	4	5
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES LE HA SUCEDIDO QUE SE LE INTERRUMPÍA O CORTABA CON INTERMITENCIA EL CHORRO MIENTRAS ORINABA?	0	1	2	3	4	5
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES LE HA RESULTADO DIFÍCIL AGUANTARSE LAS GANAS DE ORINAR?	0	1	2	3	4	5
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO UN CHORRO DE ORINA FLOJO?	0	1	2	3	4	5
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO QUE APRETAR O ESFORZARSE PARA EMPEZAR A ORINAR?	0	1	2	3	4	5
	0	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más
DURANTE EL PASADO MES, ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO QUE ORINAR CADA NOCHE, DESDE QUE SE ACUESTA HASTA QUE SE LEVANTA POR LA MAÑANA?	0	1	2	3	4	5
PUNTUACIÓN SÍNTOMAS PROSTÁTICOS: 0-7 = LEVE; 8-19 = MODERADA; 20-35 = GRAVE						

CALIDAD DE VIDA							
Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo hace hace ahora ¿cómo se sentiría?	Encantado	Aceptable	Bastante satisfecho	Igual de satisfecho que insatisfecho	Bastante insatisfecho	Desgraciado	Terrible
	0	1	2	3	4	5	6

Aviso a pacientes y familiares

La información recogida en esta página web está dirigida, únicamente, a profesionales sanitarios de la atención primaria. No deberá utilizar su información para diagnosticar o tratar ninguna enfermedad o problema de salud. Si presenta o duda sobre existencia de un problema de salud deberá contrastar esta información con su médico de cabecera.