

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

1. Dolor o molestia  
Durante la semana pasada, ¿ha tenido usted dolor o molestia en las partes del cuerpo siguientes?
- |   | Sí                                    | No                                    |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. En el área entre el recto y los testículos (perineo)               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| b. En los testículos  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| c. En la punta del pene (dolor o molestia no relacionados con orinar) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| d. Debajo de la cintura, en el área del pubis o de la vejiga          | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
2. Durante la semana pasada, ¿ha tenido usted...
- |  | Sí                                    | No                                    |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Dolor o ardor al orinar?                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
| b. Dolor o molestia durante o después del orgasmo (eyaculación)? | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> |
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?
- <sub>0</sub> Nunca  
<sub>1</sub> Pocas veces  
<sub>2</sub> Algunas veces  
<sub>3</sub> Muchas veces  
<sub>4</sub> Casi siempre  
<sub>5</sub> Siempre
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.)
- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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
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?
- <sub>0</sub> Ni una vez  
<sub>1</sub> Menos de 1 de cada 5 veces  
<sub>2</sub> Menos de la mitad de las veces  
<sub>3</sub> Más o menos la mitad de las veces  
<sub>4</sub> Más de la mitad de las veces  
<sub>5</sub> Casi siempre
6. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia tuvo usted que volver a orinar menos de dos horas después de haber orinado?
- <sub>0</sub> Ni una vez  
<sub>1</sub> Menos de 1 de cada 5 veces  
<sub>2</sub> Menos de la mitad de las veces  
<sub>3</sub> Más o menos la mitad de las veces  
<sub>4</sub> Más de la mitad de las veces  
<sub>5</sub> Casi siempre
7. Efecto de los síntomas  
Durante la semana pasada, ¿cuánto han impedido sus síntomas que usted hiciera las cosas que habitualmente hace?
- <sub>0</sub> Nada  
<sub>1</sub> Sólo un poco  
<sub>2</sub> Algo  
<sub>3</sub> Mucho
8. ¿Cuánto pensó en sus síntomas durante la semana pasada?
- <sub>0</sub> Nada  
<sub>1</sub> Sólo un poco  
<sub>2</sub> Algo  
<sub>3</sub> Mucho
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?
- <sub>0</sub> Encantado  
<sub>1</sub> Complacido  
<sub>2</sub> En general, satisfecho  
<sub>3</sub> Con sentimientos contrarios, confundido (igualmente satisfecho e insatisfecho)  
<sub>4</sub> En general, insatisfecho  
<sub>5</sub> Descontento  
<sub>6</sub> Muy mal
- 
- 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 = \_\_\_\_\_