

# Cuestionario de supervivencia al cáncer de próstata

Tras realizar el tratamiento para el cáncer de próstata, algunos pacientes pueden tener disfunción eréctil o problemas prolongados de salud urinaria. Complete ambos lados de este cuestionario para evaluar su salud urinaria y sexual. Existen opciones de tratamiento, según sea necesario.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Urólogo que me atiende: \_\_\_\_\_

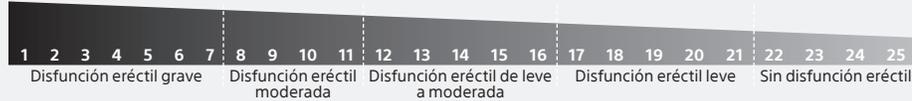
## Inventario de salud sexual masculina (SHIM)<sup>1</sup>

Para responder las preguntas sobre salud sexual, marque la respuesta con un círculo y sume los puntos.

En los últimos 6 meses:

<b>1. ¿Cómo califica su confianza de que podría lograr y mantener una erección?</b>						
Muy baja 1	Baja 2	Moderada 3	Alta 4	Muy alta 5		
<b>2. Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron sus erecciones lo suficientemente firmes como para realizar la penetración?</b>						
Ninguna actividad sexual 0	Casi nunca o nunca 1	Unas cuantas veces 2	A veces 3	La mayoría de las veces 4	Casi siempre o siempre 5	
<b>3. Durante el coito, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?</b>						
No intentamos el acto 0	Casi nunca o nunca 1	Unas cuantas veces 2	A veces 3	La mayoría de las veces 4	Casi siempre o siempre 5	
<b>4. Durante el coito, ¿qué grado de dificultad le suponía mantener la erección hasta completarlo?</b>						
No intentamos el acto 0	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No fue difícil 5	
<b>5. Cuando intentaba el coito, ¿con qué frecuencia le resultaba satisfactorio?</b>						
No intentamos el acto 0	Casi nunca o nunca 1	Unas cuantas veces 2	A veces 3	La mayoría de las veces 4	Casi siempre o siempre 5	

El Inventario de salud sexual masculina (SHIM) clasifica la gravedad de la disfunción eréctil con los siguientes valores críticos:



**Puntaje de SHIM**  
(sume los números correspondientes a las preguntas de 1 a 5)

## 6. Marque los tratamientos para la disfunción eréctil que ha probado:

- Píldoras/ Medicamentos    
  Dispositivos de vacío    
  Terapia de inyecciones    
  Supositorios    
  Terapia de ondas    
  Homeopatía

Mencione cualquier información adicional que le gustaría considerar (opcional).

---



---



---

1. Cappelleri JC, Rosen RC. The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): a 5-year review of research and clinical experience. *Int J Impot Res.* 2005 July-Aug;17(4):307-19.

## Evaluación de salud urinaria

1. Si tuvo cáncer de próstata, ¿cuánto hace que finalizó su tratamiento? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

2. ¿Qué tratamiento recibió para el cáncer de próstata?

<input type="checkbox"/> Prostatectomía radical	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Terapia combinada (p. ej., radioterapia y cirugía)	<input type="checkbox"/> Ninguno, no tuve cáncer de próstata

3. ¿Sufre de pérdida de orina? Si la respuesta es sí, continúe con el siguiente conjunto de preguntas. Si la respuesta es no, ignore esta evaluación.  Sí  No

a. ¿Con qué frecuencia sufre pérdida de orina?

<input type="checkbox"/> Una vez a la semana o menos (1)	<input type="checkbox"/> Varias veces al día (4)
<input type="checkbox"/> Dos o tres veces a la semana (2)	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo (5)
<input type="checkbox"/> Una vez al día (3)	

b. ¿Cuánta orina considera que suele perder (sea que use protección o no)?

<input type="checkbox"/> Una pequeña cantidad (2)	<input type="checkbox"/> Una gran cantidad (6)
<input type="checkbox"/> Una cantidad moderada (4)	

c. En general, ¿cuánto interfiere la pérdida de orina en su vida diaria? (marque una opción con un círculo)

Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mucho	10
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----

d. ¿Cuándo pierde orina? (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Antes de llegar al baño	<input type="checkbox"/> Cuando terminé de orinar y estoy vestido
<input type="checkbox"/> Cuando toso o estornudo	<input type="checkbox"/> Sin razón aparente
<input type="checkbox"/> Mientras duermo	<input type="checkbox"/> Todo el tiempo
<input type="checkbox"/> Durante el acto sexual o cuando tengo un orgasmo	

e. ¿Qué soluciones ha probado para lidiar con la pérdida de orina? (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Modificaciones en el estilo de vida (disminución del consumo de líquidos, cambios en la dieta)	<input type="checkbox"/> Compresas o pañales
<input type="checkbox"/> Rutina de ejercicios de los músculos de la vejiga (Kegels)	<input type="checkbox"/> Cabestrillo masculino
	<input type="checkbox"/> Esfínter urinario artificial
	<input type="checkbox"/> Pinza peniana
	<input type="checkbox"/> Otro

f. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de su vida con su enfermedad urinaria actual de la manera en que se encuentra ahora? (marque una opción con un círculo)

Contento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mal	10
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	----

### Puntuación de pérdida de orina

(sume los números correspondientes a las preguntas 3 a, b y c)

#### Siga los pasos para personalizar este formulario:

1. Escriba el nombre del médico al que consulta o los nombres de esos médicos, si son varios:
2. Ingrese el número de teléfono del consultorio
3. Elija una llamada a acción  
 Consulta en seminario  
 Consulta en consultorio médico
4. Habla español
5. Método de devolución del cuestionario  
 Consultorio médico  
 Devolver en el sobre provisto

Póngase en contacto con las siguientes personas:

Para pedir una cita de prioridad a fin de analizar los resultados de su evaluación y obtener información sobre las opciones de tratamiento duraderas.

Para asistir a un próximo seminario educativo grupal destinado a pacientes o a un seminario en consultorio privado y saber si los resultados de su evaluación indican que usted es candidato para una opción de tratamiento duradera.

Lleve este cuestionario a su cita.

Devuelva este cuestionario en el sobre adjunto que incluye domicilio impreso.

Marque esta casilla si prefiere hablar con un proveedor que hable español.

Si este escrito ha llegado a sus manos por error, le rogamos que lo ignore.

MH-394728S-AH MAY 2019