

Cuestionario de supervivencia al cáncer de próstata

Tras realizar el tratamiento para el cáncer de próstata, algunos pacientes pueden tener problemas de salud urinaria o sexual prolongados. Complete este cuestionario para evaluar su salud urinaria o sexual. Hay tratamientos disponibles, en caso de ser necesario.

Nombre:

Fecha:

Urólogo que me atiende:

Inventario de salud sexual para hombres (SHIM, por sus siglas en inglés)¹

En los últimos 6 meses:

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

1) ¿Cómo califica su confianza a la hora de lograr y mantener una erección?

Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
1	2	3	4	5

2) Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron sus erecciones lo suficientemente firmes como para realizar la penetración?

Sin 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
---------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------

3) Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

No intentó realizar el acto 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
---	-------------------------	-------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------

4) Durante las relaciones sexuales, ¿cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar el coito?

No intentó realizar el acto sexual 0	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No fue difícil 5
---	-----------------------------	------------------	--------------	--------------------------	---------------------

5) Cuando intentó mantener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fueron satisfactorias para usted?

No intentó realizar el acto 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
---	-------------------------	-------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------

Puntuación total: _____

El Inventario de salud sexual para hombres clasifica la gravedad de la DE con los siguientes valores críticos:

De 1 a 7: DE grave	De 8 a 11: DE moderada	De 12 a 16: DE entre leve y moderada	De 17 a 21: DE leve	De 22 a 25: No padece DE
-----------------------	---------------------------	---	------------------------	-----------------------------

6) Marque todos los tratamientos para la DE que haya probado:

<input type="checkbox"/> Píldoras/ Medicamentos	<input type="checkbox"/> Dispositivos por vacío	<input type="checkbox"/> Terapia de inyecciones	<input type="checkbox"/> MUSE™	<input type="checkbox"/> Otros
--	--	---	--------------------------------	--------------------------------

Si le interesa analizar los resultados de su evaluación y obtener más información sobre opciones de tratamiento duraderas, llame al [XXX-XXXX] para solicitar un turno [con el Dr. X]. Lleve la evaluación cuando acuda a la cita.

Mencione cualquier información adicional que le gustaría considerar durante la cita: (Opcional)

Evaluación de salud urinaria

Para responder las preguntas sobre salud urinaria, marque las casillas y complete con su información.

1) ¿Cuánto hace que finalizó su tratamiento para el cáncer de próstata?	Años _____ Meses _____
2) ¿Qué tratamiento recibió para el cáncer de próstata?	<input type="checkbox"/> Prostatectomía radical <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Terapia combinada (es decir, radioterapia y cirugía) <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Otros
3) ¿Sufre de pérdida de orina? Si la respuesta es sí, continúe con la siguiente pregunta. Si la respuesta es no, ignore esta evaluación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) ¿Con qué frecuencia sufre pérdida de orina?	Nunca _____ 0 Una vez al día _____ 1 Una vez a la semana o menos _____ 2 Dos o tres veces a la semana _____ 3 Varias veces al día _____ 4 Todo el tiempo _____ 5
5) ¿Cuánta orina <i>considera</i> que suele perder (sea que use protección o no)?	Nada _____ 0 Una pequeña cantidad _____ 2 Una cantidad moderada _____ 4 Gran cantidad _____ 6
6) En general, ¿cuánto interfiere la pérdida de orina en su vida diaria?	Nada _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho
7) ¿Cuándo pierde orina? (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Antes de llegar al baño <input type="checkbox"/> Cuando toso o estornudo <input type="checkbox"/> Mientras duermo <input type="checkbox"/> Cuando hago ejercicio o alguna actividad física <input type="checkbox"/> Cuando terminé de orinar y estoy vestido <input type="checkbox"/> Sin razón aparente <input type="checkbox"/> Todo el tiempo
8) ¿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"/> Rutina de ejercicios de los músculos de la vejiga (Kegels) <input type="checkbox"/> Compresas o pañales <input type="checkbox"/> Catéter urinario <input type="checkbox"/> Otras
9) ¿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?	<input type="checkbox"/> Encantado <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Indeciso, no sabe <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Mal
Puntuación de pérdida de orina (añada los números correspondientes de las preguntas 4, 5 y 6)	

Si le interesa analizar los resultados de su evaluación y obtener más información sobre opciones de tratamiento duraderas, llame al [XXX-XXXX] para solicitar un turno con [el Dr. X]. Lleve la evaluación cuando acuda a la cita.

Mencione cualquier información adicional que le gustaría considerar durante la cita: (Opcional)

 Avísenos si prefiere contactarse con un proveedor que hable español.]

[Para obtener más información acerca de la salud sexual o urinaria, visite **EDCure.org** y **FixIncontinence.com**, sitios web que están patrocinados por Boston Scientific Corporation.]

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

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 Jul-Aug;17(4):307-19. [Inventario de salud sexual para hombres (SHIM): una reseña de 5 años de investigación y experiencia clínica]