

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	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
0	1	2	3	4	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	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
0	1	2	3	4	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	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	No fue difícil
0	1	2	3	4	5

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

No intentó realizar el acto sexual	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
0	1	2	3	4	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 8 a 11:	De 12 a 16:	De 17 a 21:	De 22 a 25:
DE grave	DE moderada	DE entre leve y moderada	DE leve	No padece DE

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

- Píldoras/ Medicamentos Dispositivos por vacío Terapia de inyecciones MUSE™ 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 _____ Mucho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
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]