

Cuestionario de Dolores Pelvianos

Se aplica el Score NIH CPSI para objetivar y cuantificar la intensidad de los síntomas en dolores pelvianos crónicos masculinos.

Dolor o Molestias

1. ¿Ha tenido durante la última semana dolor o molestias en alguna de las siguientes localizaciones ?

- | | Si | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Zona del ano y los testículos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Testículos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| c. En la punta del pene (no relacionado con el paso de orina) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| d. En la zona de la pelvis o vejiga | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

2. ¿Ha tenido en la última semana?:

- | Si | No |
|---|---|
| a. Dolor o sensación de ardor al orinar | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Dolor o molestias al eyacular | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 |

3. ¿Qué tan frecuentemente durante la última semana ha presentado dolor o molestias en las localizaciones antes consultadas ?

- 0 Nunca
- 1 Rara vez
- 2 A veces
- 3 Frecuentemente
- 4 Casi siempre
- 5 Continuamente

4. ¿Qué nota le pondría usted a su dolor o molestia, siendo 0 indolora o no molesta y 10 dolor o molestia insoportable ?

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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 |

Micción

5. ¿Con qué frecuencia a sentido durante la última semana que después de orinar la vejiga no se ha vaciado por completo ?

- 0 Nunca
- 1 Menos de 25% de las veces
- 2 Menos de la mitad de las veces
- 3 Casi la mitad de las veces
- 4 Más de la mitad de las veces
- 5 Casi siempre



Calidad de vida

6. ¿Cómo se sentiría si el resto de su vida tuviera que seguir con las mismas molestias que ha tenido durante la última semana?

- 0 Feliz
- 1 Conforme
- 2 Casi conforme
- 3 Igual de conforme como disconforme
- 4 Disconforme
- 5 Infeliz
- 6 Terrible

7. ¿Con qué frecuencia en la última semana ha debido volver a orinar antes de dos horas de la última vez que orinó?

- 0 Nunca
- 1 Menos de 25% de las veces
- 2 Menos de la mitad de las veces
- 3 Casi la mitad de las veces
- 4 Mas de la mitad de las veces
- 5 Casi siempre

Severidad de los Síntomas

8. ¿Con qué frecuencia las molestias le han impedido realizar sus labores habituales?

- 0 Nunca
- 1 Casi nunca
- 2 A veces
- 3 Frecuentemente

9. ¿Con qué frecuencia durante la última semana se ha detenido a pensar en sus molestias?

- 0 Nunca
- 1 Casi nunca
- 2 A veces
- 3 Frecuentemente

Interpretación de los resultados

Puntaje NIH-CPSI

Dolor:

Suma de puntos de: 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4: = _____

Síntomas Urinarios:

Suma de puntos de: 5 y 6: = _____

Calidad de Vida:

Suma de puntos de: 7, 8 y 9: = _____

Severidad de Síndrome:

Leve = 0 - 9

Moderado = 10 - 18

Severo = 19 - 31



Consulta Dr. Marcelo Marconi, Urología / Andrología Unidad de Andrología Red Salud UC