

## ÍNDICE DE SÍNTOMAS DE LA HPB ASOCIACIÓN AMERICANA DE UROLOGÍA (AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION - AUA)

Si usted tiene algunos síntomas urinarios y quiere saber si estos tienen relación directa con Hiperplasia Benigna de Próstata, HPB, puede responder el siguiente test de siete preguntas. Marque la respuesta para cada pregunta, sume los valores y compárelos con la tabla de puntaje.

1. **Vaciado Incompleto.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no poder vaciar su vejiga por completo después de haber terminado de orinar?

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

2. **Frecuencia.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido que orinar de nuevo en menos de 2 horas después de haber orinado?

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

3. **Intermitencia.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido que parar y empezar de nuevo al orinar?

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

4. **Urgencia.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido usted dificultad en contener la necesidad de orinar?

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

5. **Chorro Débil.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina débil?

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

6. **Esfuerzo.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido que hacer un esfuerzo intenso para empezar a orinar?

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

7. **Dormir.** Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia—en una noche normal—, tuvo que despertarse para orinar mientras dormía? (número de veces por noche)

Nuca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Mas de la mitad del tiempo	Casi siempre
0	1	2	3	4	5

¿Cómo se debe interpretar el cuestionario?	
0-7	Síntomas Leves.
8-19	Síntomas Moderados.
20-35	Síntomas Severos.

**Calidad de Vida.** ¿Si tuviera que pasar el resto de su vida con la condición urinaria tal como está ahora, cómo se sentiría?

Contento	Complacido	Casi satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Casi decepcionado	Triste	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

*Ya sea que sus síntomas sean leves, moderados o graves, es recomendable que haga una cita con su Urólogo para hablar sobre sus síntomas y las opciones de tratamiento. Este cuestionario no puede diagnosticar el crecimiento de la próstata y su propósito no es reemplazar la atención y los consejos expertos de un médico calificado. Sólo su Urólogo le puede decir si tiene HBP.*

**Mayores Informes Prensa:**



Agencia de Comunicaciones y Relaciones Públicas  
 Narda Rodríguez / Orlando Carmona  
 Jenny Cicery / Angélica Gaitán / Carolina Cendales  
 Tels. 4803063- 4803064 / 6163203 / 8044164  
 Cels. 310 – 8709646 / 310- 8067039 /311-2571529  
 E-mail: [opcion@opcion.com.co](mailto:opcion@opcion.com.co)  
 Bogotá D.C., Colombia