



## Cuestionario de síntomas de catéter ureteral

### **Cuestionario 1 – Catéter in situ**

#### **Ureteral Stent Symptom Questionnaire**

**De la versión en inglés de H. Joshi et al, traducido y validado por D. Olvera Posada. et al**

Estamos interesados en conocer ciertos aspectos de su vida posterior a la colocación del catéter ureteral y los efectos en su salud.

Por favor, complete el siguiente cuestionario, el cual consiste en diferentes secciones. Conteste todas las preguntas.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Registro:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

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

**Fecha de Colocación de Catéter:** \_\_\_\_\_

**Tipo de catéter** \_\_\_\_\_

**Medidas:** \_\_\_\_\_

Algunas preguntas tendrán tres posibles respuestas, rara vez, algunas veces y frecuentemente. Éstas tienen el siguiente valor:

- Ocasionalmente= menos de una tercer parte del tiempo.
- Algunas veces= entre una y dos terceras partes del tiempo.
- Frecuentemente= más de dos terceras partes del tiempo.

### Síntomas urinarios.

Por favor conteste las preguntas pensando en los síntomas posteriores a la colocación del catéter.

Ponga una paloma en la caja correspondiente a cada pregunta.

Por favor piense en su experiencia desde que le colocaron el catéter.

U1. Durante el día, ¿con qué frecuencia va a orinar en promedio?

Más de una vez por hora  5

Cada tres horas  2

Cada hora  4

Cada cuatro horas o más  1

Cada dos horas  3

U2. Durante la noche, ¿con qué frecuencia se levanta a orinar en promedio?

Nunca  1

Tres veces  4

Una vez  2

Cuatro veces o más  5

Dos veces  3

U3. ¿Debe apresurarse hacia el baño para orinar?

Nunca  1

Con frecuencia (más de  4  
dos tercios del tiempo)

Ocasionalmente (un tercio del tiempo)  2

Siempre  5

Algunas veces (dos tercios del tiempo)  3

U4. ¿Tiene fugas de orina antes de llegar al baño?

- |                                        |                          |   |                         |                          |   |
|----------------------------------------|--------------------------|---|-------------------------|--------------------------|---|
| Nunca                                  | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia (más de  | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente (un tercio del tiempo)  | <input type="checkbox"/> | 2 | dos tercios del tiempo) |                          |   |
| Algunas veces (dos tercios del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 3 | Siempre                 | <input type="checkbox"/> | 5 |

U5. ¿Tiene fugas de orina sin deseo de orinar?

- |                |                          |   |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Nunca          | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces  | <input type="checkbox"/> | 3 |                |                          |   |

U6. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga una vez que ha terminado de orinar?

- |                |                          |   |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Nunca          | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces  | <input type="checkbox"/> | 3 |                |                          |   |

U7. ¿Presenta sensación de ardor al pasar orina?

- |                |                          |   |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Nunca          | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces  | <input type="checkbox"/> | 3 |                |                          |   |

U8. ¿Con qué frecuencia presenta sangre en la orina?

- |                |                          |   |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Nunca          | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces  | <input type="checkbox"/> | 3 |                |                          |   |

U9. Establezca la cantidad de sangre que encuentra al orinar.

No encuentro sangre presente  1

La orina esta severamente  3  
teñida de sangre

La orina está ligeramente teñida de  2  
sangre

Hay mucha sangre y coágulos  4  
presentes

U10. En general, ¿Qué tanto problema le causa la sintomatología que presenta?

Ninguno  1

Importante  4

Un poco  2

Extremo  5

Moderado  3

U11. Si usted permaneciera con los síntomas actuales, cualesquiera que estos fueran relacionados con el catéter, para el resto de su vida, ¿Cómo se sentiría al respecto?

Encantado  1

Insatisfecho  5

Contento  2

Descontento  6

Satisfecho  3

Pésimo  7

Sentimientos mezclados (tan  4  
satisfecho como insatisfecho)

-

*Por favor continúe con la siguiente sección.*

### Dolor corporal (para mujeres).

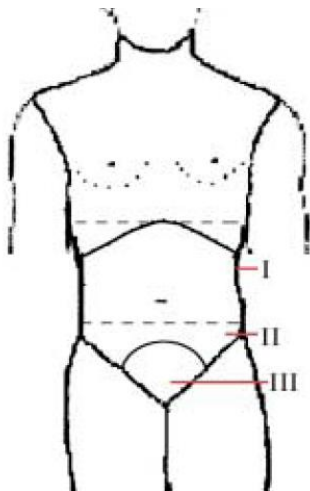
Esta sección hace algunas preguntas en referencia al dolor corporal o molestias que pueda estar experimentando por la presencia del catéter. Por favor piense en su experiencia desde que le colocaron el catéter.

P1. ¿Presenta dolor o molestia relacionada con el catéter?

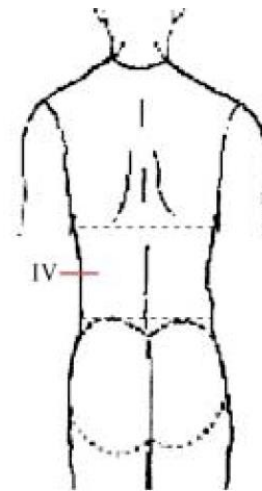
SI  1 , por favor continúe con la pregunta P2.

NO  2 , por favor continúe con la sección **Estado General**. (No complete las preguntas P2 a P9)

P2. Piense en los dibujos que se presentan a continuación como si fuesen dibujos de su cuerpo. Marque con un (X) o con una sombra el sitio(s) en donde experimenta dolor o molestia típicamente a consecuencia del catéter (ejemplo, durante las actividades del día, al orinar, etc.) Si presenta dolor en más de un sitio, por favor use una marca para cada uno.



Vista frontal



Vista trasera

Los números romanos I – IV representan las siguientes áreas

I- Flanco

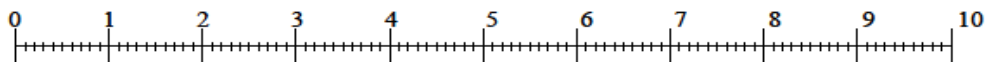
II- Ingle

III- Área suprapúbica

IV- Fosa lumbar

Por favor, use **O** para cualquier otra área y mencione el sitio.

P3. Por favor, marque con una X, para cada uno de los sitios donde presenta dolor o molestia en la escala que se presenta a continuación. Haga marcas individuales si le parece que el dolor de cada zona tiene distinta intensidad.



Nada de dolor o molestia

Máximo dolor posible

### Dolor corporal (para hombres).

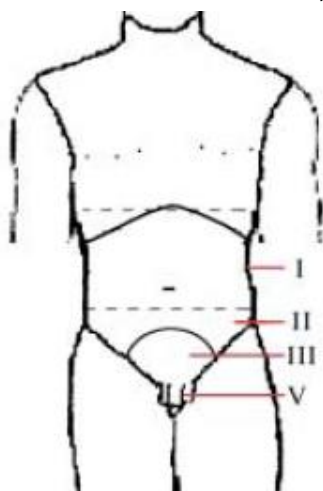
Esta sección hace algunas preguntas en referencia al dolor corporal o molestias que pueda estar experimentando por la presencia del catéter. Por favor piense en su experiencia desde que le colocaron el catéter.

P1. ¿Presenta dolor o molestia relacionada con el catéter?

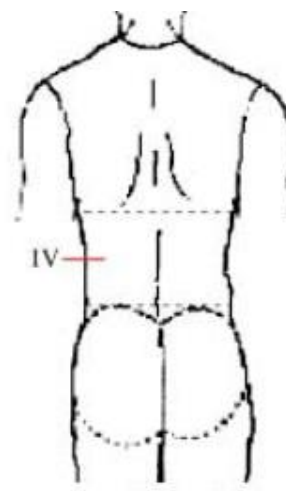
SI  1 , por favor continúe con la pregunta P2.

NO  2 , por favor continúe con la sección **Estado General**. (No complete las preguntas P2 a P9)

P2. Piense en los dibujos que se presentan a continuación como si fuesen dibujos de su cuerpo. Marque con un (X) o con una sombra el sitio(s) en donde experimenta dolor o molestia típicamente a consecuencia del catéter (ejemplo, durante las actividades del día, al orinar, etc.) Si presenta dolor en más de un sitio, por favor use una marca para cada uno.



Vista frontal



Vista trasera

Los números romanos I – IV representan las siguientes áreas:

I- Flanco

II- Ingle

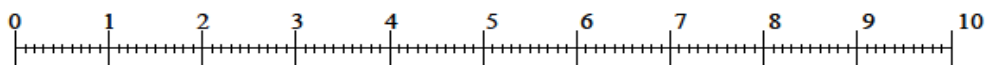
III- Área suprapúbica

IV- Fosa lumbar

V- Pene

Por favor, use **O** para cualquier otra área y mencione el sitio.

P3. Por favor, marque con una X, para cada uno de los sitios donde presenta dolor o molestia en la escala que se presenta a continuación. Haga marcas individuales si le parece que el dolor de cada zona tiene distinta intensidad.



Nada de dolor o molestia

Máximo dolor posible

P4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su experiencia en las actividades físicas y el dolor o molestias asociadas al catéter?

- No presento dolor o molestia durante actividades físicas.  1
- Experimento dolor o molestias solamente durante actividades vigorosas.  2
- Experimento dolor o molestias durante actividades moderadas pero no las básicas.  3
- Experimento dolor o molestias durante las actividades básicas del día.  4
- Experimento dolor incluso en descanso.  5

P5. El dolor asociado al catéter, ¿interrumpe su sueño?

- Nunca  1
- Ocasionalmente (un tercio del tiempo)  2
- Algunas veces (dos tercios del tiempo)  3
- Con frecuencia (más de dos tercios del tiempo)  4
- Siempre  5

P6. ¿Experimenta dolor o molestias, en relación al catéter, al orinar?

- Nunca  1
- Ocasionalmente  2
- Algunas veces  3
- Con frecuencia  4
- Siempre  5

P7. ¿Experimenta dolor o molestias en el área del riñón al orinar?

- Sí  2
- No  1

P8. ¿Con qué frecuencia ha requerido de analgésicos para controlar el dolor asociado al catéter?

- Nunca  1
- Ocasionalmente  2
- Algunas veces  3
- Con frecuencia  4
- Siempre  5

P9. En general, ¿qué tanto interfiere en su vida el dolor o las molestias relacionadas con el catéter (en comparación con otros síntomas)?

- |                                        |                          |   |                         |                          |   |
|----------------------------------------|--------------------------|---|-------------------------|--------------------------|---|
| Nunca                                  | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia (más de  | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente (un tercio del tiempo)  | <input type="checkbox"/> | 2 | dos tercios del tiempo) |                          |   |
| Algunas veces (dos tercios del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 3 | Siempre                 | <input type="checkbox"/> | 5 |

*Por favor continúe con la siguiente sección.*



**Estado general.**

*Por favor piense en su experiencia desde que le colocaron el catéter.*

G1. ¿Ha presentado dificultad para realizar actividad física ligera (caminar distancias cortas, manejar un automóvil, etc.)?

- |                                  |                          |   |                                                      |                          |   |
|----------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------------------------|--------------------------|---|
| Usualmente sin dificultad        | <input type="checkbox"/> | 1 | Evité la actividad debido a la presencia del catéter | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Usualmente con alguna dificultad | <input type="checkbox"/> | 2 |                                                      |                          |   |
| Usualmente con mucha dificultad  | <input type="checkbox"/> | 3 | Siempre                                              | <input type="checkbox"/> | 0 |

G2. ¿Ha presentado dificultad para realizar actividad física pesada (deportes extenuantes o extremos, levantar objetos pesados, etc.)?

- |                                  |                          |   |                                                      |                          |   |
|----------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------------------------|--------------------------|---|
| Usualmente sin dificultad        | <input type="checkbox"/> | 1 | Evité la actividad debido a la presencia del catéter | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Usualmente con alguna dificultad | <input type="checkbox"/> | 2 |                                                      |                          |   |
| Usualmente con mucha dificultad  | <input type="checkbox"/> | 3 | Siempre                                              | <input type="checkbox"/> | 0 |

G3. ¿Se ha sentido cansado y desgastado?

- |                                            |                          |   |                                                |                          |   |
|--------------------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------------------|--------------------------|---|
| Nunca                                      | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia (más de dos tercios del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente (un tercio del tiempo)      | <input type="checkbox"/> | 2 |                                                |                          |   |
| Algunas veces (entre 1/3 y 2/3 del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 3 | Siempre                                        | <input type="checkbox"/> | 5 |

G4. ¿Ha estado tranquilo y en calma?

- |                                                |                          |   |                                       |                          |   |
|------------------------------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|---|
| Siempre                                        | <input type="checkbox"/> | 1 | Ocasionalmente (un tercio del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Con frecuencia (más de dos tercios del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 2 | Nunca                                 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces (entre 1/3 y 2/3 del tiempo)     | <input type="checkbox"/> | 3 |                                       |                          |   |

G5. ¿Ha disfrutado su vida social (salir, ver amigos, etc.)?

Siempre  1  
Con frecuencia  2  
Algunas veces  3

Ocasionalmente  4  
Nunca  5

G6. ¿Ha requerido ayuda de miembros de la familia o amigos?

Nunca  1  
Ocasionalmente  2  
Algunas veces  3

Con frecuencia  4  
Siempre  5

*Por favor continúe con la siguiente sección.*

**Desempeño laboral.**

W1. Respecto a su actual estado laboral, usted:

- |                                                   |                          |   |                                                   |                          |   |
|---------------------------------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------------------|--------------------------|---|
| Trabaja tiempo completo                           | <input type="checkbox"/> | 1 | Estudia                                           | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Trabaja medio tiempo                              | <input type="checkbox"/> | 2 | No trabaja, busca empleo                          | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Está retirado por cuestiones de salud             | <input type="checkbox"/> | 3 | Está retirado por otras razones (incluyendo edad) | <input type="checkbox"/> | 6 |
| No trabaja por otra razón (por favor especifique) | <input type="checkbox"/> | 7 |                                                   |                          |   |
- 

W2. Posterior a la colocación del catéter, ¿cuántos días permaneció en cama debido a los síntomas asociados?

Día(s).

W3. Posterior a la colocación del catéter, ¿cuántos días cortó su rutina a la mitad debido a los síntomas asociados?

Medio día(s).

*Por favor responda a las preguntas W4 a W7 solamente si se encuentra en un empleo pagado. De lo contrario ignore las preguntas y pase a la siguiente sección.*

W4. A) Título de su empleo o descripción

B) Usted es:    Empleado  1    Empleador  2    Trabaja por cuenta propia  3

*Por favor responda las siguientes preguntas si ha trabajado posterior a la colocación del catéter.*

W5. Ha trabajado en períodos cortos o con frecuentes descansos debido a los síntomas asociados al catéter.

- |                                        |                          |   |                                                |                          |   |
|----------------------------------------|--------------------------|---|------------------------------------------------|--------------------------|---|
| Nunca                                  | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia (más de dos tercios del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente (un tercio del tiempo)  | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre                                        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces (dos tercios del tiempo) | <input type="checkbox"/> | 3 |                                                |                          |   |

W6. Ha trabajado en su mismo empleo pero con algunos cambios debido a los síntomas asociados al catéter.

- |                |                          |   |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Nunca          | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces  | <input type="checkbox"/> | 3 |                |                          |   |

W7. Ha trabajado el número regular de horas.

- |                |                          |   |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|---|
| Nunca          | <input type="checkbox"/> | 1 | Con frecuencia | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | 2 | Siempre        | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Algunas veces  | <input type="checkbox"/> | 3 |                |                          |   |

*Por favor continúe con la siguiente sección.*

**Desempeño sexual.**

Ponga una paloma en la caja correspondiente a cada pregunta.   
Por favor piense en su experiencia desde que le colocaron el catéter.

S1. ¿Actualmente tiene una vida sexual activa?

**NO**  1 , por favor conteste la pregunta S2 y pase a la sección **Problemas adicionales**.

**SI**  2, por favor vaya directo a la pregunta S3 sin contestar la S2.

S2. (i) Si no lleva una vida sexual activa, ¿desde hace cuánto tiempo?

Antes de la colocación del catéter.  0

Después de la colocación del catéter.  1

(ii) La razón por la que cesó la actividad fue:

Por problemas asociados al catéter.  10

No ha habido intentos por realizar actividades sexuales  0

Alguna otra razón – no relacionada con el catéter.  0

**Por favor ignore S3 y S4.**

Por favor continúe con S3 y S4, si contestó **SÍ** en la pregunta S1.

S3. ¿Presenta dolor durante el acto sexual?

Nada  1

Leve  2

Moderado  3

Severo  4

Extremo  5

S4. ¿Qué nivel de satisfacción tiene respecto a su vida sexual?

Muy satisfecho  1

Satisfecho  2

Inseguro  3

Insatisfecho  4

Muy insatisfecho  5

Por favor continúe con la siguiente sección.

**Problemas adicionales.**

Ponga una paloma en la caja correspondiente a cada pregunta.

Por favor piense en su experiencia desde que le colocaron el catéter.

A1. ¿Cuántas veces ha pensado que puede estar sufriendo de una infección en el tracto urinario (febrícula, malestar general y dolor al pasar orina)?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1	Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	4
Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	2	Siempre	<input type="checkbox"/>	5
Algunas veces	<input type="checkbox"/>	3			

A2. ¿Ha tomado antibióticos por problemas relacionados al catéter (por favor no incluya tratamientos inmediatos a la colocación)?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1	Dos tratamientos	<input type="checkbox"/>	3
Un tratamiento	<input type="checkbox"/>	2	Tres o más tratamientos	<input type="checkbox"/>	4

A3. ¿Ha tenido la necesidad de asistencia por parte de un profesional de salud (ejemplo enfermera(o)) debido a problemas asociados con el catéter? colocación)?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1	Dos veces	<input type="checkbox"/>	3
Una vez	<input type="checkbox"/>	2	Tres o más veces	<input type="checkbox"/>	4

A4. ¿Ha tenido la necesidad de visitar el hospital por problemas relacionados con el catéter? colocación)?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1	Dos veces	<input type="checkbox"/>	3
Una vez	<input type="checkbox"/>	2	Tres o más veces	<input type="checkbox"/>	4

GQ. En el futuro, si se le indicaría la colocación de un nuevo catéter ureteral doble J, ¿cómo se sentiría al respecto?

Encantado	<input type="checkbox"/>	1	Mayormente insatisfecho	<input type="checkbox"/>	5
Satisfecho	<input type="checkbox"/>	2	Infeliz	<input type="checkbox"/>	6
Mayormente satisfecho	<input type="checkbox"/>	3	Pésimo	<input type="checkbox"/>	7
Igualmente satisfecho que insatisfecho	<input type="checkbox"/>	4			

AQ. Por favor comparta sus comentarios respecto al cuestionario o sus síntomas en el siguiente espacio.

---

---

---

**Agradecemos mucho su ayuda.**

**Toda la información que usted ha compartido será manejada como confidencial para todos los propósitos.**