

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

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

## Escala de clasificación de la continencia : Índice de síntomas

### Incontinencia de materia fecal sólida

0. Nunca (sin episodios en las últimas 4 semanas)
1. Raramente (1 episodio en las últimas 4 semanas)
2. Algunas veces (más de un episodio en las últimas semanas pero menos de uno por semana)
3. Semanalmente (1 ó más episodios por semana pero menos de uno diario)
4. Diariamente (1 episodio o más pr dia)

### Incontinencia de heces líquidas

0. Nunca (sin episodios en las últimas 4 semanas)
1. Raramente (1 episodio en las últimas 4 semanas)
2. Algunas veces (más de un episodio en las últimas semanas pero menos de uno por semana)
3. Semanalmente (1 ó más episodios por semana pero menos de uno diario)
4. Diariamente (1 episodio o más pr dia)

### Incontinencia de gases

0. Nunca (sin episodios en las últimas 4 semanas)
1. Raramente (1 episodio en las últimas 4 semanas)
2. Algunas veces (más de un episodio en las últimas semanas pero menos de uno por semana)
3. Semanalmente (1 ó más episodios por semana pero menos de uno diario)
4. Diariamente (1 episodio o más pr dia)

### Modificación en el estilo de vida

0. Nunca (sin episodios en las últimas 4 semanas)
1. Raramente (1 episodio en las últimas 4 semanas)
2. Algunas veces (más de un episodio en las últimas semanas pero menos de uno por semana)
3. Semanalmente (1 ó más episodios por semana pero menos de uno diario)
4. Diariamente (1 episodio o más pr dia)

### Nececita usar una toalla íntima o un tampon

0. No
2. Sí

### Toma medicamentos para el estreñimiento

0. No
2. Sí

### Carencia de habilidad para posponer la defecación durante 15 minutos

0. No
2. Sí