

## 1. Puntuación de la escala NBD

### Pregunte a su paciente las siguientes preguntas:

(Marque una sola respuesta por pregunta)

#### 1. ¿Con qué frecuencia defeca?

- Diariamente (puntuación 0)  
 1-6 veces por semana (puntuación 1)  
 Menos de una vez por semana (puntuación 6)

#### 2. ¿Cuánto tiempo necesita para defecar?

- Menos de 30 minutos (puntuación 0)  
 31-60 min. (puntuación 3)  
 Más de 1 hora (puntuación 7)

#### 3. ¿Experimenta inquietud, sudoración o dolor de cabeza durante o después de la defecación?

- Sí (puntuación 2)  No (puntuación 0)

#### 4. ¿Toma medicación (comprimidos, píldoras, pastillas, cápsulas) con regularidad para tratar el estreñimiento?

- Sí (puntuación 2)  No (puntuación 0)

#### 5. ¿Toma medicación (jarabe o gotas) con regularidad para tratar el estreñimiento?

- Sí (puntuación 2)  No (puntuación 0)

#### 6. ¿Con qué frecuencia realiza la evacuación digital?

- Menos de una vez por semana (puntuación 0)  
 Una o más veces por semana (puntuación 6)

#### 7. ¿Con qué frecuencia padece evacuaciones involuntarias?

- Diariamente (puntuación 13)  
 1-6 veces por semana (puntuación 7)  
 1-4 veces al mes (puntuación 6)  
 Unas pocas veces al año o menos (puntuación 0)

#### 8. ¿Toma alguna medicación para el tratamiento de la incontinencia fecal?

- Sí (puntuación 4)  No (puntuación 0)

#### 9. ¿Padece flatulencia incontrolada?

- Sí (puntuación 2)  No (puntuación 0)

#### 10. ¿Tiene algún problema de piel en la zona perianal?

- Sí (puntuación 3)  No (puntuación 0)

## 2. Satisfacción subjetiva del paciente

### Pregunte a su paciente:

#### ¿Cómo valoraría su satisfacción\* con su función intestinal durante las últimas 4 semanas?

\*Sensación subjetiva de satisfacción en general

- Buena  
 Adecuada/aceptable  
 Mala  
 Muy mala


## 3. Síntomas de atención especial

### Pregunte a su paciente:

#### ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas desde la última vez que tuvo una consulta médica en relación con sus problemas intestinales?

Marque todas las casillas que correspondan. Si no corresponde ninguna, marque "Nada de lo anterior".

- Dolor intenso en el abdomen o el recto  
 Aparición de sangrado o incremento del mismo proveniente del ano  
 Hospitalización debido a problemas intestinales  
 Disminución de su independencia en relación con el manejo de los cuidados intestinales  
 Un episodio de disreflexia autónoma (dolor de cabeza pulsátil, sudoración abundante...) relacionado con sus problemas intestinales  
 Nada de lo anterior

Si su paciente ha experimentado uno o más síntomas de la lista anterior, seleccione la parte con  de la rueda.

Continúe con la Rueda MENTOR para evaluar el tratamiento basado en este cuestionario.

Nombre y apellidos del paciente

---

Fecha

---