

Índice de enfermedad de Crohn perianal - Centro de Medicina Hiperbárica en DHMC

1. ¿Tiene una fisura anal o una rotura en el área anal que no cicatriza?

Sí	No
----	----

2. ¿Tiene una fístula o fístulas (conexión del intestino a la piel u a otro órgano) dentro/alrededor del ano?

No (pase a la pregunta número 4)	1-3	> 3
-------------------------------------	-----	-----

3. ¿Tiene secreción de la fístula?

No	Un poco de mucosidad	Una cantidad mediana de mucosidad o pus	Una gran cantidad de mucosidad o pus	Heces/deposiciones que salen
----	----------------------	---	--------------------------------------	------------------------------

4. ¿Tiene secreción del recto?

Sin secreción	Un poco de secreción mucosa	Una cantidad mediana de secreción mucosa o de pus	Una gran cantidad de secreción	Suciedad fecal/ manchas fecales
---------------	-----------------------------	---	--------------------------------	---------------------------------

5. ¿Tiene áreas en su región anal que estén hinchadas, firmes o duras al tacto?

No	Sí, un poco de hinchazón / firmeza	Sí, una cantidad mediana de hinchazón/ firmeza	Sí, mucha hinchazón/ firmeza	Sí, tengo un absceso
----	------------------------------------	--	------------------------------	----------------------

6. Frecuencia/cantidad de deposiciones intestinales - Durante el día

1 - 3	4 - 6	7 - 9	>9
-------	-------	-------	----

7. Frecuencia/cantidad de deposiciones intestinales: Durante la noche

0	1 - 3	4 - 6	> 6
---	-------	-------	-----

8. Urgencia de defecación/sensación de mover el intestino de inmediato

Ninguna	Necesidad de apresurarse	Necesidad inmediata de evacuar los intestinos	Incontinencia/ No llego a ir al baño a tiempo
---------	--------------------------	---	---

9. ¿Toma difenoxilato/atropina (Lomotil), loperamida (Imodium), u opiáceos para la diarrea?

No _____

Sí _____

Frecuencia:

1-2 días por semana	3-4 días por semana	5-6 días por semana	Todos los días
---------------------	---------------------	---------------------	----------------

10. ¿Hay sangre visible en las heces?

Ninguna	Pequeñas vetas de sangre	Ocasionalmente sangrienta	Generalmente sangrienta
---------	--------------------------	---------------------------	-------------------------

11. ¿Tiene dolor abdominal/dolor estomacal?

Ninguno	Antes/después de defecar	Prolongado
---------	--------------------------	------------