Asociación de Pacientes Pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

appeii
asociación de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal

Asociación de pacientes sin copago
Tu cuota es tu participación

FLASH (**voz inglesa, *relámpago*)**

Rápida visión de un plano de escasa duración

Diccionario Enciclopédico LAROUSSE

Esta presentación es un “Flash” del artículo que tienen en la Web.

SVP
Sociedad Valenciana de Pediatría

Curso Académico 2018-2019. Alicante Castellón Valencia

7 Marzo 2019. 10 Diciembre 2018. 26 Noviembre 2018.

Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

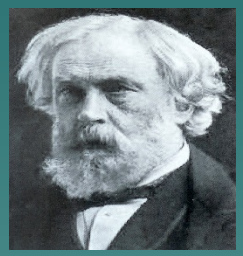
Cómo mejorar la historia natural de la enfermedad.

appeii
asociación de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal

Asociación de pacientes sin copago
Tu cuota es tu participación

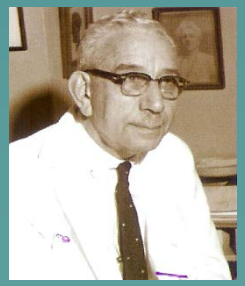
El médico que no sabe lo que esta buscando,
no comprende lo que encuentra.
Claude Bernard 1813-1878

640 a. de C. Aretaeus y Soranus describían varias formas diarrea no contagiosa.!!!



1859. Samuel Wilks. Describe la colitis ulcerosa en carta a " The Times " con la descripción de la autopsia de Isabella, amante del Dr. Smethrust, tras semanas de diarrea con sangre por una causa no infecciosa.

1769. Morgagni. 1806. Combe y Saunders, describen en una zona engrosada y estrecha del ileon granulomas no caseificantes.



1931. En carta a la Asociación americana de Gastroenterología decía: "tengo una importante contribución científica. He descubierto, creo, una nueva enfermedad intestinal a la cual he llamado ileitis terminal ". Burrill B. Crohn.

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal EII

- Es una enfermedad de base autoinmune.
- Es plurigenética.
- Es crónica con fases actividad y de remisión.
- En su historia natural, inicialmente es una inflamación asintomática, luego sintomática y evolución a fibrosis, fístulas y abscesos.
- La cirugía salvará la vida, pero no curará la enfermedad
- Las manifestaciones Extradigestivas pueden preceder a las digestivas y orientar al diagnóstico.
- Con esto y el tratamiento precoz podremos modificar la historia natural de la enfermedad.
- En resumen evitar la pérdida de oportunidades.

Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal:
Es una enfermedad sistémica y
Puede manifestarse en intestino y en distintos órganos

- **Con síntomas digestivos:**

  Enfermedad de Crohn.
  Colitis ulcerosa.
  Colitis indeterminada./ o no clasificada.

- **Con síntomas extradigestivos:**

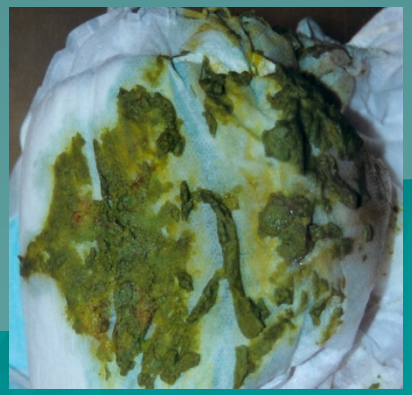
  Manifestaciones extraintestinales.
  Complicaciones extraintestinales.

Manifestaciones clínicas digestivas

- Dependen de: localización, extensión y grado de actividad.
- Localización:
  - Enfermedad de Crohn (EC)
    - Cualquier punto del tubo digestivo. Parcheada
    - 50-70% íleon terminal
    - Se asocia afectación colónica en más del 50%
  - Colitis Ulcerosa (CU)
    - Recto: casi 100%
    - Lesiones se extienden proximalmente de forma continua

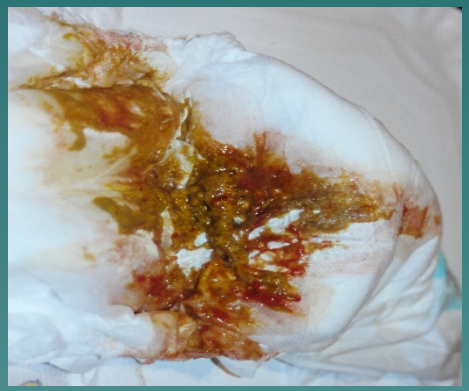
Manifestaciones clínicas en la Enfermedad de Crohn

- Dolor abdominal frecuente, localizado o difuso.
- Posibilidad de vómitos ➔ sospecha cuadro suboclusivo.
- Diarrea frecuente sobre todo en colitis.
- Cuadro suboclusivo en afectación yeyuno-ileal.
- No suele haber mucorrea.
- No suele haber tenesmo rectal.
- La rectorragia es rara.
- Febrícula-fiebre (ojo ➔ fístula o absceso intraabdominal).
- Posibilidad hipocratismo digital.
- Masa abdominal palpable o plastrón en FID.
- Posibilidad de afectación ano-rectal
  - Grietas perianales, fisuras.
  - Fístulas perianales



Manifestaciones clínicas en la Colitis Ulcerosa

- Dolor abdominal ocasional.
- Diarrea de características colónicas.
- Mucorrea maloliente.
- Rectorragia.
- Tenesmo rectal.
- Mínima pérdida ponderal.
- Febrícula, fiebre solo en determinadas complicaciones.
- Dolor difuso, discreto, a la palpación abdominal.
- La presencia de peritonismo hace sospechar complicación.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad de Crohn

Tríada clásica (dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea): 25%

Dolor abdominal 72%

Pérdida de peso 58-85%

Inespecíficos:

- Letargia
- Anorexia
- Retraso del crecimiento
- Fiebre

Otros: fístulas…

Colitis Ulcerosa

Sangrado rectal 84%

Diarrea 74%

Dolor abdominal 62%

Pérdida de peso 35-65%

Por tanto:

CU clínica más evidente

EC clínica inespecífica: mayor retraso diagnóstico

Exploración física

EC

Palidez, úlceras orales, dolor a la palpación abdominal, masa o "empastamiento" en FID.

Perianal: colgajos, fístulas, abscesos.

CU

Generalmente anodina.

Puede existir molestia a la palpación abdominal o palidez.

Si dolor abdominal importante o notable afectación sistémica: sospechar dilatación tóxica del colon.

Manifestaciones extraintestinales

- Frecuentes: 21-36% de adultos y niños con EII.
- Pueden preceder a los síntomas gastrointestinales en años.
- Manifestaciones extraintestinales (compartirían etiopatogenia) MEI.
- Manifestaciones extraintestinales asociadas (de base autinmune o no) MA

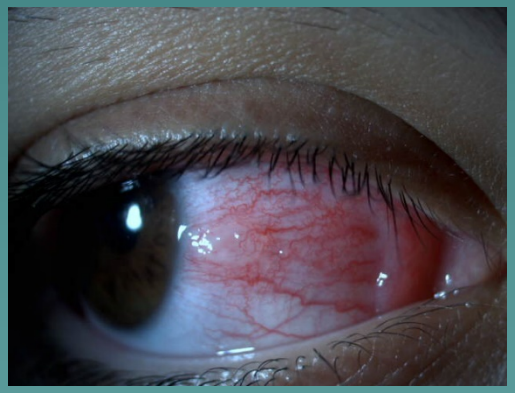
Manifestaciones Extraintestinales de la EII (I).

Manifestaciones extraintestinales MEI.
(compartirían etiopatogenia)

Manifestaciones osteoarticulares:
Artropatías periféricas y axiales.

Manifestaciones cutáneas:
Pioderma gangrenoso. Eritema nodoso. Estomatitis aftosa.

Manifestaciones oftalmológicas:
Uveítis, Escleritis y epiescleritis.



Manifestaciones hepatobiliares:
Colangitis esclerosante primaria.

Las MEI hacen obligado confirmar / descartar la EII si el paciente no había sido diagnosticado anteriormente de EII.

Manifestaciones Extraintestinales de la EII (II)

Manifestaciones extraintestinales asociadas MA

Enfermedades de base autoinmune.

con mayor incidencia en los pacientes con EII que en la población general.

Manifestaciones extraintestinales no inmunes.

La disquisición entre MEI y MA es controvertida en la literatura, incluso dentro de un mismo articulo o texto.

En: Enfermedad INFLAMATORIA INTESTINAL en PEDIATRIA ergon Madrid 2013.

El interés de las MEI es su mayor frecuencia y que constituyen un buen índice de sospecha para el diagnóstico de la EII antes de que se hallan dado síntomas digestivos.

Complicaciones Extraintestinales de la EII.

- Son causadas por la propia enfermedad.

  Malnutrición, retraso del crecimiento.
  Anemia.
  Osteopatía metabólica.
  Enfermedades tromboembólicas.

- Son causadas por la medicación.

  Pancreatitis.
  Osteopenia, osteoporosis.
  Discrasia sanguíneas.

- Son causadas por gérmenes oportunistas en pacientes inmuno comprometidos.

Cualquiera de estas enfermedades puede ser tan invalidante y afectar la calidad de vida de los pacientes como la propia EII.

- Tanto en manifestaciones extraintestinales MEI, como en enfermedades asociadas MA, la prevención no es posible.
- Las manifestaciones asociadas MA, por su baja incidencia precisan para su diagnóstico de un alto índice de sospecha.
- Las complicaciones extraintestinales causadas por la enfermedad deben ser escrutadas durante el seguimiento de estos enfermos para su prevención y/o tratamiento.
- Los efectos secundarios de la medicación, habitualmente conocidos, precisan de monitorización especifica.
- La situación de inmunosupresión tiene un riesgo superior de infecciones inmunoprevisibes. La inmunización debe ser optimizada antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor.

Calprotectina en heces: es un parámetro de medición de inflamación intestinal neutrofílica

Fecal calprotectin as a biomarker to distinguish between organic and functional gastrointestinal disease

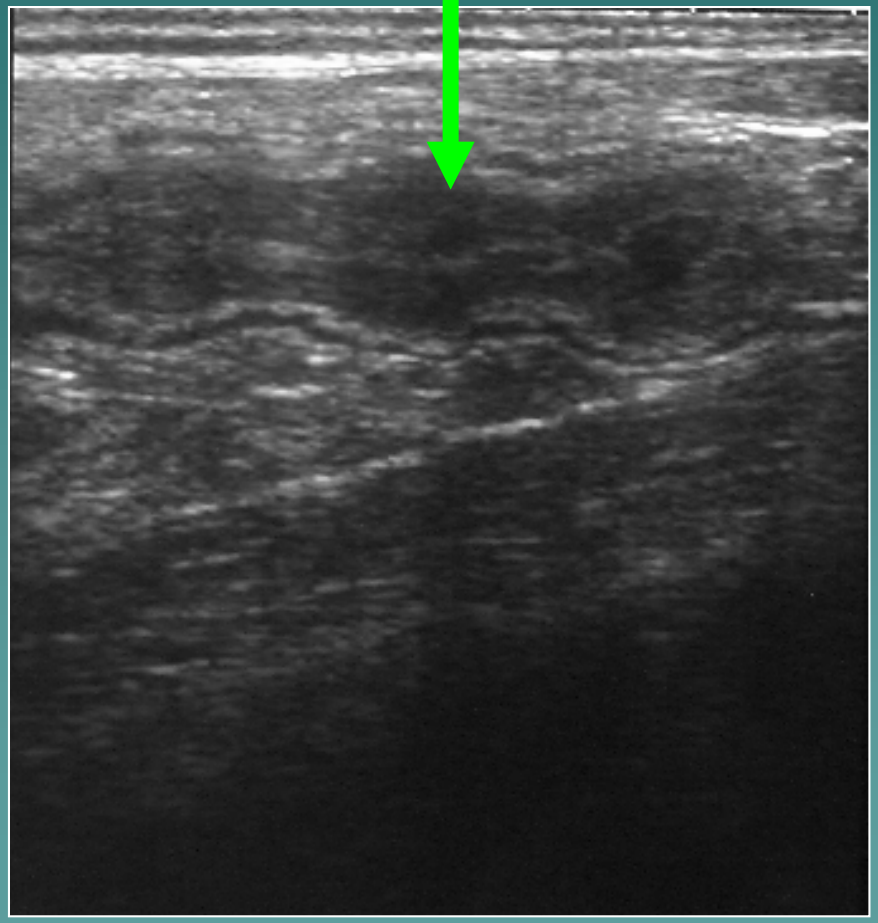
- Results: children with IBD had FCP levels [median (interquartile range); 1,219 µg/g (322-2,967 µg/g)] higher than children with functional gastrointestinal disease [20 µg/g (16-25 µg/g); p < 0.0001], those with organic non-IBD disease [113 µg/g (36-193 µg/g); p = 0.002], and healthy children [25 µg/g (19.2-32.5 µg/g); p < 0.0001]. Fecal calprotectin concentration also was significantly higher in children with organic (non-IBD) disease as compared to controls (p = 0.004) and children with functional pathology (p = 0.002). FCP levels were similar in controls and children with gastrointestinal functional disease (p= 0.264).

Bonnín Tomàs A. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99: 689-693

CALPROTECTINA, HECES
Muestra: HECES CONGELADAS (PUNTUALES) (Mínimo 200 mg)
Muestra Extracción: HECES CONGELADAS (PUNTUALES) (Mínimo 200 mg)
Conservación: Refrigerada
Método: Enzimoinmunoanalisis
Plazo de Entrega: 5 dias
Muestra: Conservación heces: refrigerada 4 días.
Por períodos más largos: congelar.
Estabilidad: Refrigerada 4 días
Congelada 1 mes
Criterios de Rechazo: Muestra hemorrágica

Ecografía abdominal:

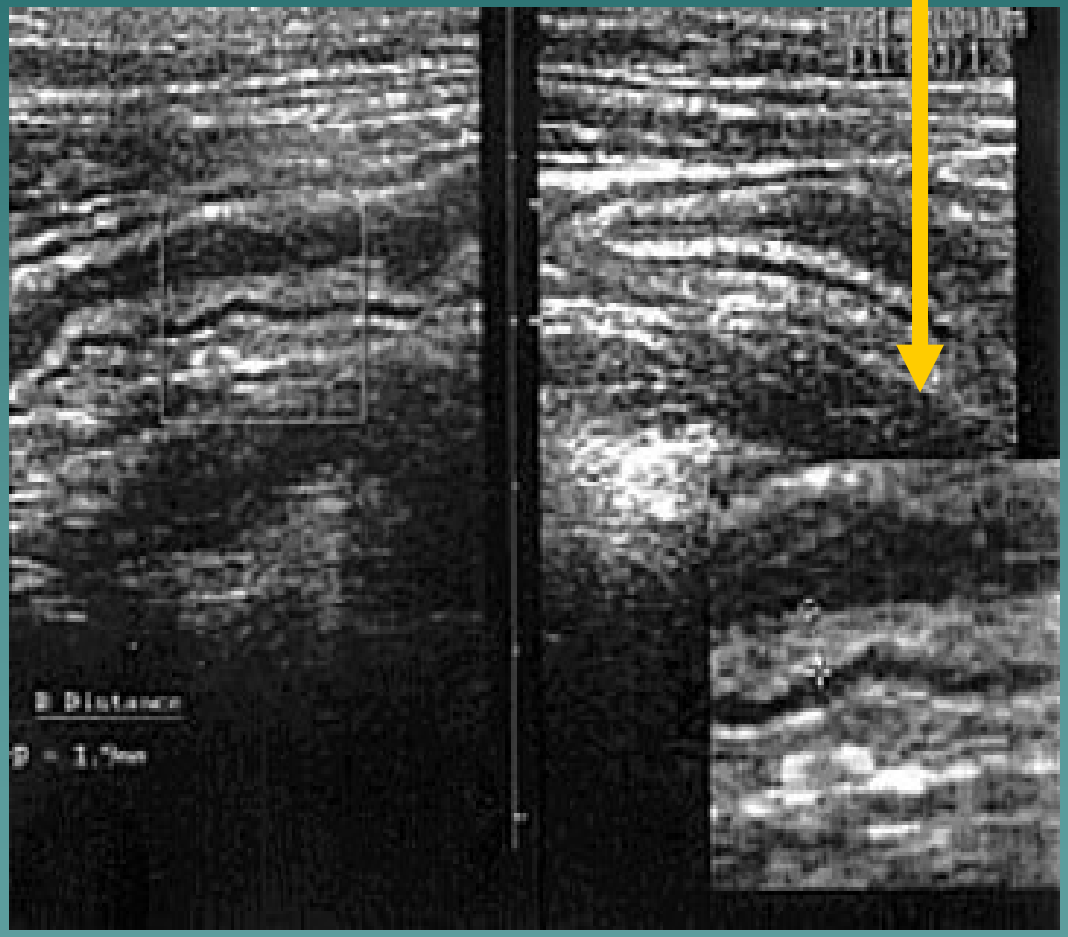
Engrosamiento mural irregular del íleon terminal con pérdida de capas.



Enfermedad de Crohn

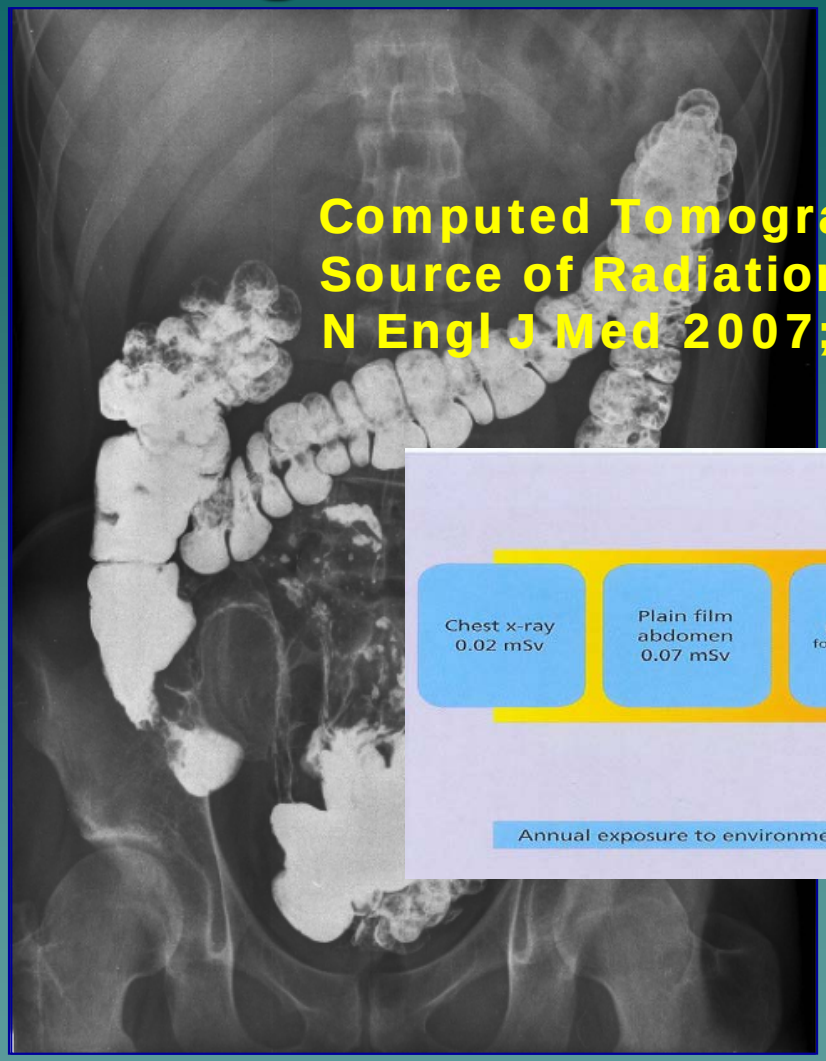
Ecografía abdominal.

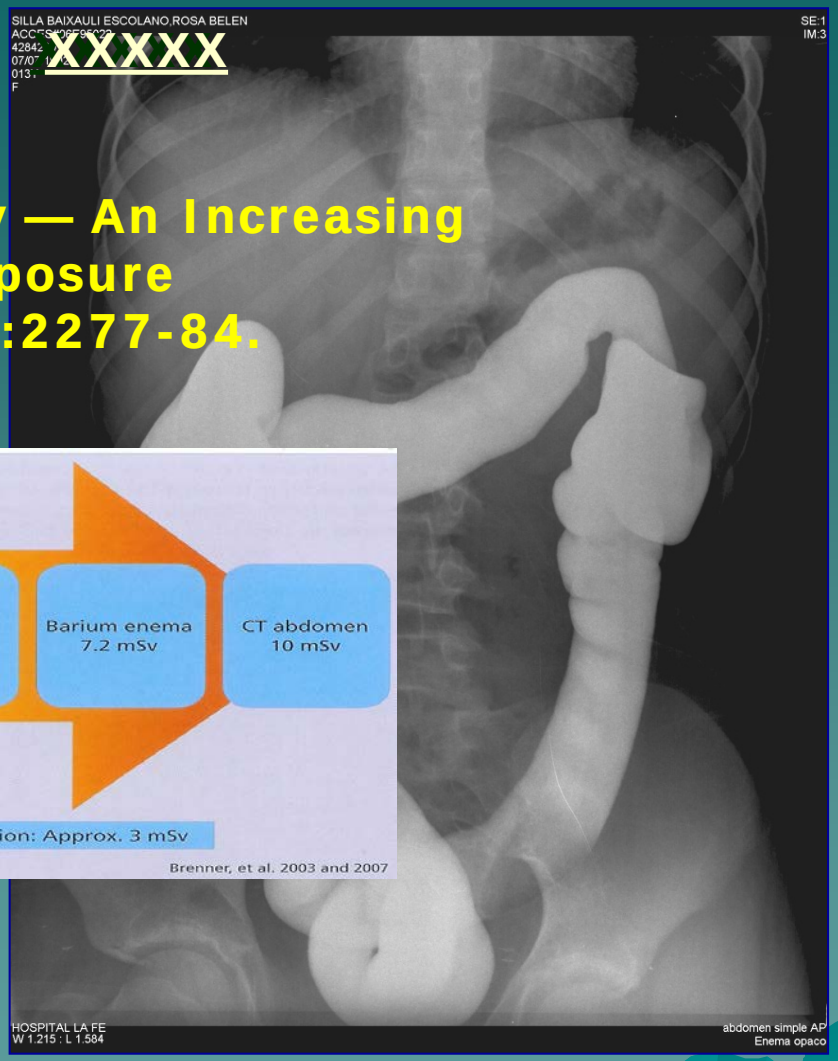
Engrosamiento asimétrico de todo el colon que afecta sólo a capa mucosa.



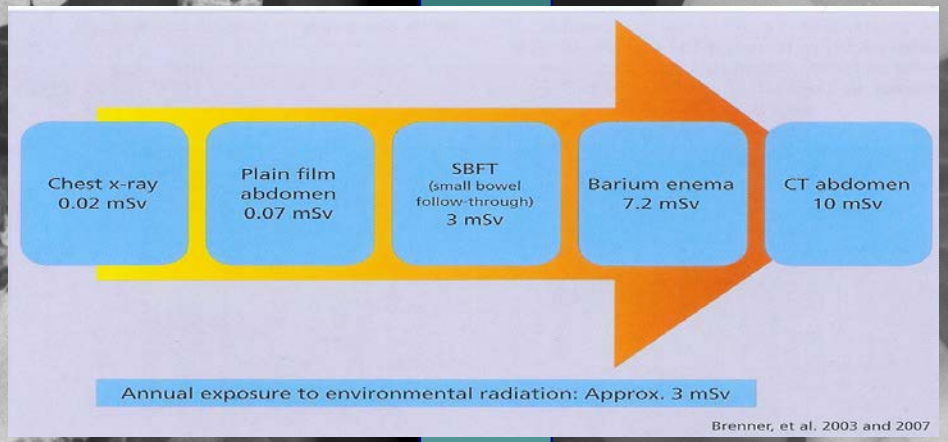
Colitis Ulcerosa

Radiografía abdominal con contraste:





Computed Tomography — An Increasing Source of Radiation Exposure
N Engl J Med 2007;357:2277-84.



Enfermedad de Crohn:
Imagen en empedrado,
(Estenosis ileal distal)

Colitis Ulcerosa:
Pérdida haustración.
(Pancolitis)

TÉCNICAS DE IMAGEN NO IONIZANTEN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PEDIATRÍA. ESTUDIO COMPARATIVO.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

E. CROHN:

- Crónica, que cursa en brotes
- Diagnóstico: clínicos, analíticos, técnicas de imagen, endoscópicos y anatomopatológicos

- **Evitar técnicas que irradien.**
- **Técnicas de elección:**
  - **ECOGRAFÍA**
  - **RM**

DETERMINAR:

- Localización y extensión.
- Patrón evolutivo: inflamatorio, estenosante, fistulizante/perforante

OBJETIVO

Valorar el rendimiento de la ECOGRAFÍA y RM en el diagnóstico y seguimiento de la EC en niños

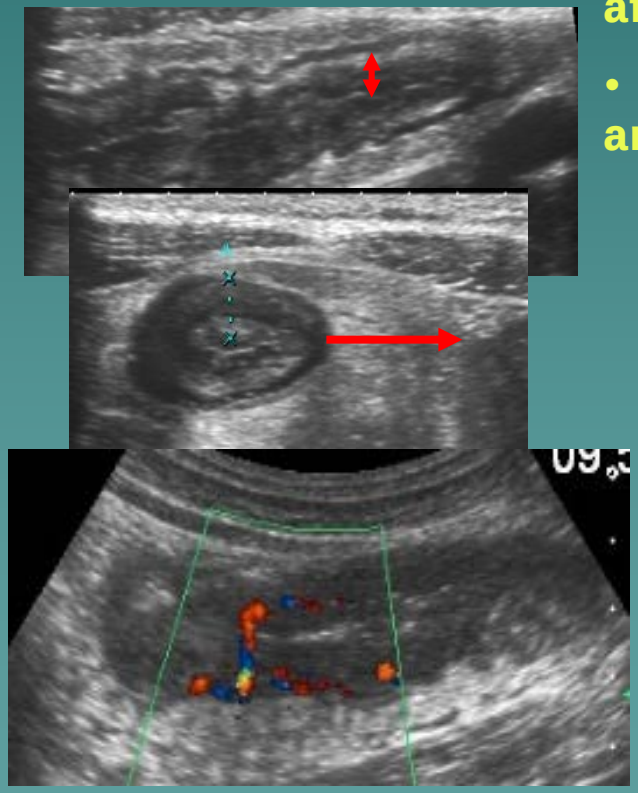
PACIENTES Y MÉTODOS

- 20 niños, con EC ileal y/o colónica, entre 9 y 13 años, 2 con fístula perianal al debut.
- A todos se les realizó colonoscopia y biopsia, siendo completa en 11.
- Se realizó, de forma simultánea, Ecografía abdominal y RM abdominopélvica con contraste en 12 niños (14 exploraciones).
- A los 2 con fístula perianal se les realizó, además RM perianal al diagnóstico y en la evolución.

Resultados

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS:

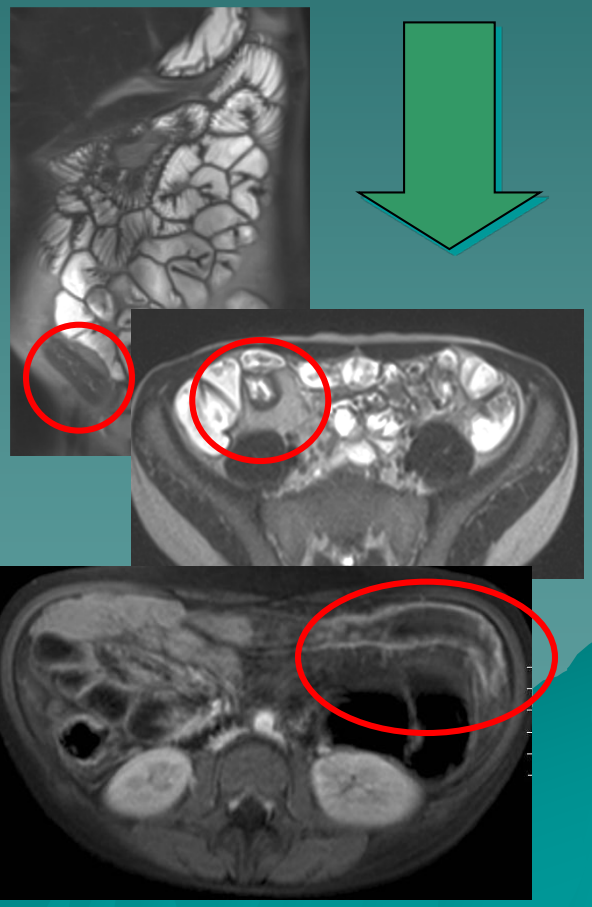
- engrosamiento de la pared
- edematización grasa
- adenopatías múltiples
- el doppler mostró actividad con hiperemia



- 1 paciente presentó Eco y RM sin hallazgos patológicos
- 1 presentó por Eco afectación de ciego y todo el colon, hallazgos similares se objetivaron por RM, incluyendo además afectación del apéndice
- 10 afectación Ileal con ambas
  - La RM mostró en 5, un segmento de afectación ileal más extenso que la eco
  - En un caso, RM mostró afectación de colon descendente no detectada por Eco
  - La RM mostró presencia de fístulas perianales no objetivadas por Eco

HALLAZGOS RM:

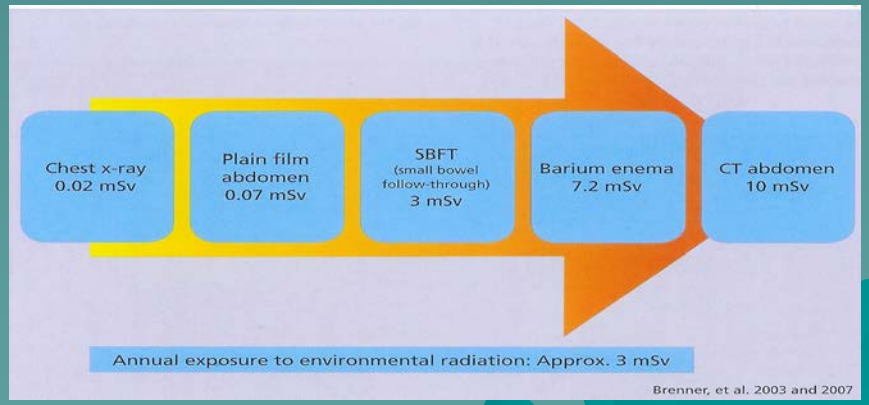
- engrosamiento de la pared
- edematización de la grasa
- adenopatías
- captación de gadolinio en la pared del segmento afecto



Conclusiones

- La colonoscopia, considerada como gold estándar en el diagnóstico de EC, no resulta concluyente en nuestro medio, por las dificultades técnicas que conlleva
- La ecografía es un buen método de imagen para el diagnóstico y para el seguimiento de los niños con EC ileal
- En determinar la extensión y áreas afectadas, la RM es superior a la ecografía
- La RM detecta mejor las complicaciones (fístulas, abscesos)
- Ambas técnicas no irradian. La ecografía precisa experiencia operadora y la RM es cara y no siempre disponible
- Desde la introducción de estas técnicas, la disminución de la irradiación que reciben los niños ha sido manifiesta

Paciente 1	2006	6,34 mSv
Paciente 2	2008	3,58 mSv
Paciente 3	2009	3,16 mSv
Paciente 4	2009	0,58 mSv
Paciente 5	2009	0,32 mSv
Paciente 6	2009	0,02 mSv
Paciente 7	2009	0,02 mSv
Paciente 8	2009	0,09 mSv
Paciente 9	2009	0
Paciente 10	2010	3,09 mSv
Paciente 11	2010	0,02 mSv



Pardo S, Sanguesa C, Sanchez G, Muro MD, Pereda A.
Hospital La Fe. Congreso SEGHNP. Alicante. 2010.

ORIGINAL

Retraso diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. Descripción y estudio de los factores de riesgo.

J.V. Arcos-Machancoses, E. Donat-Aliaga, B. Polo-Miquel, E. Masip-Simó, C. Ribes-Koninckx y A. Pereda-Pérez

Unidad de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

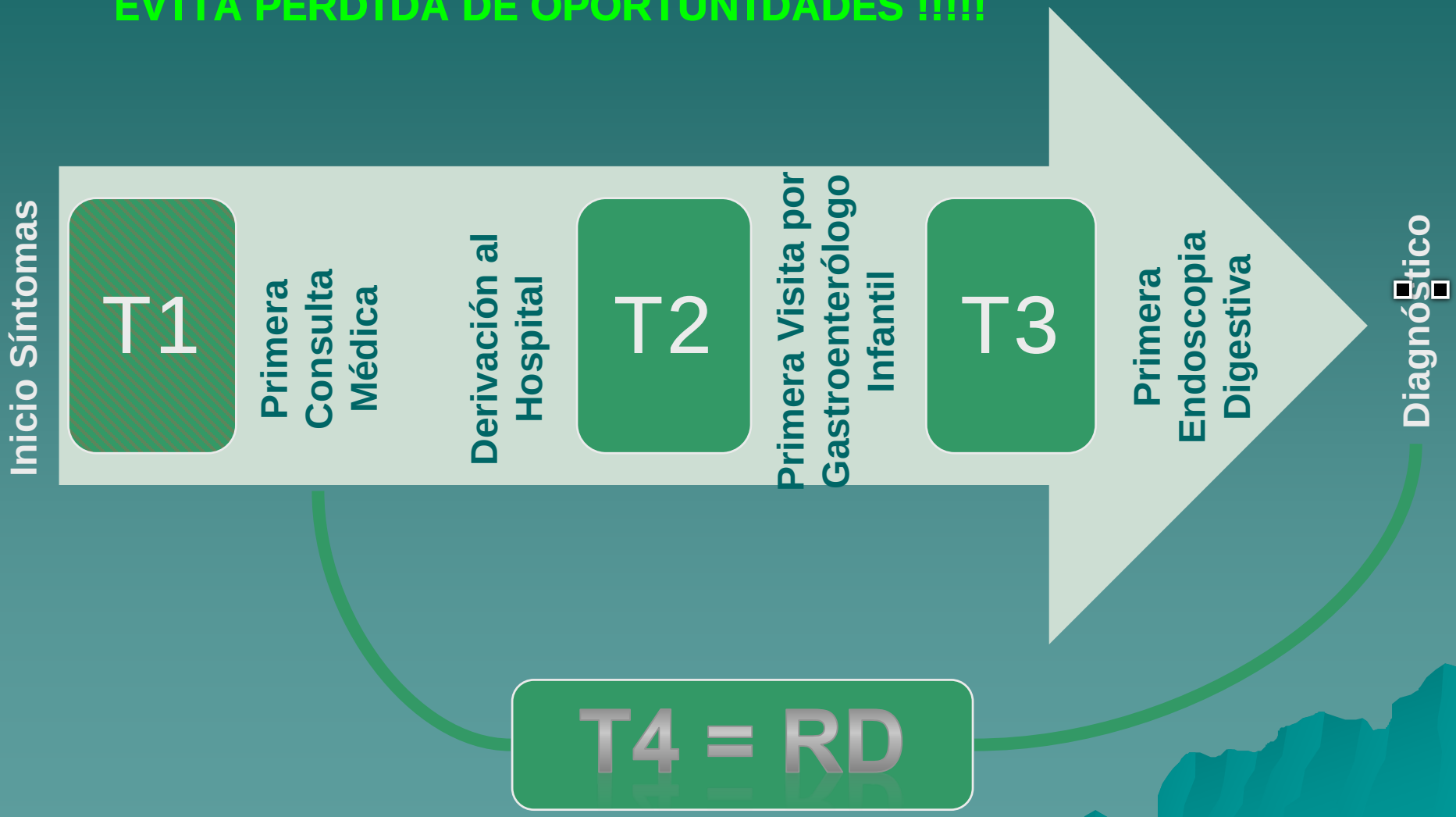
An Pediatr. 2015; 82:247-254

Estudiar RD en EII-P en nuestro medio

- Describir sus principales etapas
- Identificar factores condicionantes
- Proponer actitudes correctoras

DIAGNÓSTICO PRECOZ = MEJOR MANEJO

EVITA PÉRDIDA DE OPORTUNIDADES !!!!!



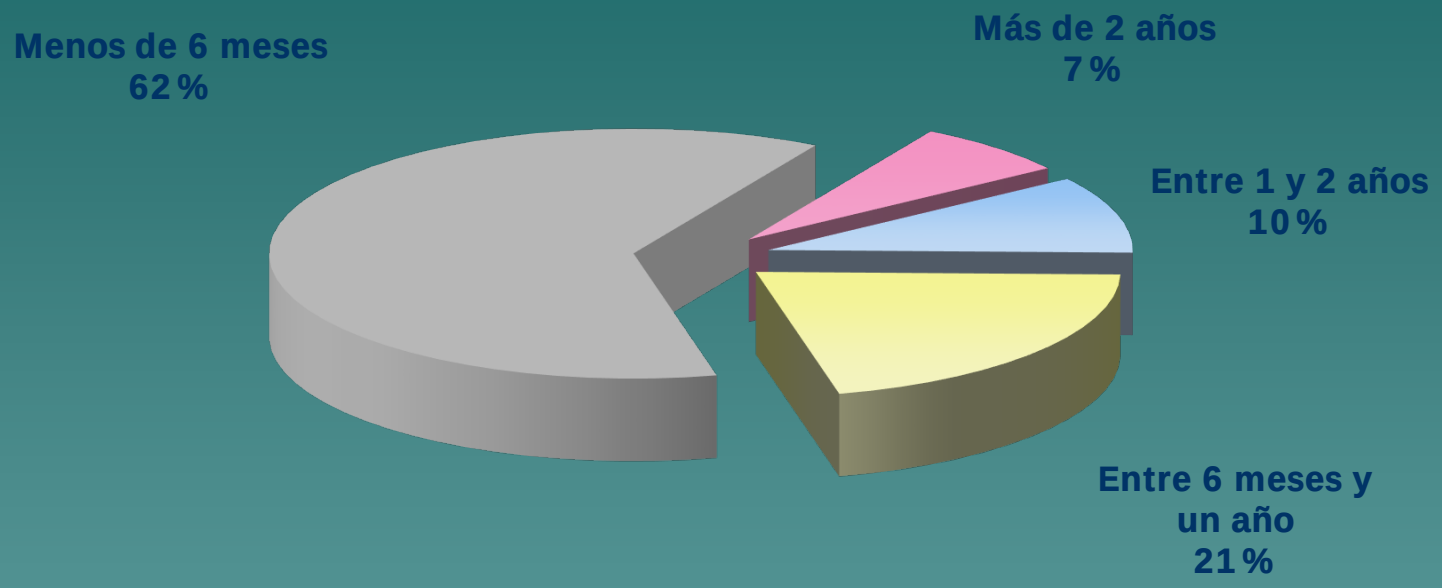
Basado en Proyecto SEGHNP

Sintomas iniciales de la enfermedad = Signos de alarma

- 100% síntomas intestinales (diarrea, rectorragia o dolor abdominal)
- 13,2% Manifestaciones extraintestinales
  - CU → Eritema nodoso y CEP
  - EC → Artritis/ Entesitis
- Síntomas constitucionales (pérdida de peso, fiebre y astenia) más frecuentes en EC
- Sólo un paciente con EC el dolor abdominal fue aislado
- Síndrome constitucional en combinación con digestivo
- 5/6 Fístulas anorrectales o intraabdominales en mayores de 8 años
- Ningún fallo de medro como única manifestación

	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Valor P
Diarrea	18/19 (94,7%)	20/31 (64,5%)	0,015
Pérdida de peso	10/19 (52,6%)	19/31 (61,3%)	0,547
Rectorragia	17/19 (89,5%)	14/31 (45,2%)	0,002
Dolor abdominal	16/19 (84,2%)	30/31 (96,8%)	0,112
Fiebre	3/19 (15,8%)	7/31 (22,6%)	0,560
Astenia	13/19 (68,4%)	22/31 (71,0%)	0,849
Fístula	0/19 (0%)	6/31 (19,4%)	0,009
Fisura anal	0/19 (0%)	2/31 (6,5%)	0,103
Manifestaciones extraintestinales	2/19 (10,5%)	5/31 (16,1%)	0,579

Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico



Encuesta Pacientes EII.
Base (n=100)

- RD mediano aceptable, pero proporción importante de niños con RD inaceptable
- Difícil establecer perfil de niño con RD relevante

POR QUÉ Y CÓMO MEJORARLO

· T1: tiempo entre el inicio de la sintomatología y la primera consulta médica.

Indolencia del paciente / Dificultad de acceso a la asistencia.

Mayor información / Facilitar el acceso.

· T2: tiempo entre la primera consulta y derivación al médico especialista en gastroenterología infantil.

Bajo índice de sospecha.

Mejorar el conocimiento de la enfermedad

· T3: tiempo entre la petición de consulta al especialista y la primera visita en el hospital o consulta especializada.

Demora administrativa / Listas de espera.

Optimizar la Gestión.

· T4: tiempo entre primera visita médica y diagnóstico referido explícitamente en la historia clínica y apoyado por presentación clínica, datos de laboratorio, endoscopia digestiva e histopatología.

appeii asociación de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal

ETGF MODELO CONCEPTUAL

George L Engel

INFANCIA
- Genética
- Ambiente

FACTORES PSICOSOCIALES
- Stress vital
- Estado psicológico
- Imitación
- Apoyo Social

Cerebro SNC

Intestino SNE

FISIOLOGIA
- Motilidad
- Sensibilidad
- Inflamación
- Flora bacteriana alterada

ETGF
- síntomas
- conducta

CONSECUENCIAS
- Medicaciones
- Visitas médicas
- Actividad diaria
- Calidad de vida

Tomado de: Drossman, D.A.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

H. TGF. En mayores de cuatro años

H1. Trastornos funcionales de náuseas y vómitos.

- H1a. Síndrome de vómitos cíclicos.
- H1b. Náuseas y vómitos funcionales.
- H1c. Síndrome de rumiación.
- H1d. Aerofagia.

H2. Trastornos funcionales de dolor abdominal.

- H2a. Dispepsia funcional.
- H2b. Síndrome de intestino irritable.
- H2c. Migraña abdominal.
- H2d. Dolor abdominal funcional no especificado de otro modo.

H3. Trastornos funcionales de la defecación.

- H3a. Estreñimiento funcional.
- H3b. Incontinencia fecal no retentiva.

H2.Trastornos Funcionales de Dolor Abdominal.

H2a. Criterios diagnósticos de Dispepsia Funcional.

Debe incluir 2 o más de las siguientes molestias al menos 4 días al mes.

Estos criterios se cumplen al menos dos meses antes del diagnóstico.

1. Sensación de plenitud postprandial.
2. Saciedad precoz.
3. Dolor en epigastrio o ardor no asociado con la defecación.
4. Después de una apropiada evaluación, los síntomas no pueden ser explicados por completo por otra condición médica.

Dentro de los TGF, los subtipos siguientes se añaden ahora:

1. **Síndrome de distress postprandial,** que incluye molestias de plenitud postprandial o saciedad precoz que se evitan finalizando una comida regular. Síntomas que apoyan incluyen: distensión del abdomen superior, náuseas postprandiales o eructos excesivos.
2. **Síndrome de dolor epigástrico**, que incluye todas las siguientes molestias, suficientemente severas para interferir con la actividad normal, ardor o dolor localizado en epigastrio. El dolor no es generalizado o localizado en otras regiones del abdomen o tórax y no es mitigado por la defecación o ventosidades. Criterios de apoyo pueden incluir: (a) ardor pero sin componente retroesternal y (b) el dolor esta comúnmente inducido o acentuado por la ingesta de una comida, pero puede ocurrir durante el ayuno.

H2. Trastornos Funcionales de Dolor Abdominal

H2b. Criterios diagnósticos de Síndrome de Intestino Irritable.

Debe incluir todos los criterios siguientes, que deben cumplirse al menos dos meses antes del diagnóstico:

1. Dolor abdominal al menos 4 días al mes asociado a uno o más de los siguientes:
   a. Relacionado con la defecación
   b. El inicio se asocia con un cambio de la frecuencia de las deposiciones.
   c. Un cambio en la apariencia de las heces.

2. En niños con estreñimiento el dolor no se resuelve con la solución del estreñimiento, los niños en los que el dolor se resuelve tienen un estreñimiento funcional, no un síndrome de intestino irritable.

3. Después de la evaluación apropiada, los síntomas no pueden ser explicados por otra condición médica.

H2. Trastornos Funcionales de Dolor Abdominal.

H2c. Criterios diagnósticos de migraña abdominal.

Debe incluirse todos los criterios siguientes, debiendo ocurrir al menos dos veces en los 6 meses antes del diagnóstico.

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal intenso, agudo. periumbilical, en la línea media o difuso durante 1 hora o más, debería ser el síntoma mas severo y angustioso.
2. Los episodios están separados por semanas o meses.
3. El dolor es incapacitante e interfiere con la actividad normal.
4. El patrón estereotípico y los síntomas son individuales para cada paciente:
   a. Anorexia.
   b. Náuseas.
   c. Vómitos.
   d. Cefalea.
   e. Fotofobia.
   f. Palidez.
5. Después de la apropiada evaluación, los síntomas no pueden ser completamente explicados por otra condición médica.

H2. Trastornos Funcionales de Dolor Abdominal.

H2d. Criterios diagnósticos de Dolor Abdominal Funcional, No especificado de otra manera.

Deben cumplirse todos los criterios siguientes al menos cuatro veces al mes, durante 2 meses antes del diagnostico:

1. Dolor abdominal continuo o episódico que no ocurre únicamente durante eventos fisiológicos (e.g. comida, menstruación).

2. Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional, o migraña abdominal.

3. Después de la apropiada evolución, el dolor abdominal no puede ser explicado completamente por otra condición médica.

Potenciales signos de ALARMA en niños con Dolor Abdominal Crónico.

- Historia familiar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermedad Celiaca, o Enfermedad Péptica Ulcerosa.
- Persistente en el cuadrante superior derecho o inferior derecho.
- Disfagia.
- Odinofagia.
- Vómitos persistentes.
- Sangrado gastrointestinal.
- Diarrea nocturna.
- Artritis.
- Enfermedad perirrectal.
- Pérdida involuntaria de peso.
- Deceleración de la curva de crecimiento.
- Retraso de la pubertad.
- Fiebre de origen desconocido.

Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child / Adolescent.
Hyams J, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman, Staiano A, and Tilburg M.
Gastroenterology 2016; 150: 1456-1468.

IMPACTO DE LA EII EN EL PACIENTE

Físico

Alteración ritmo intestinal

Incontinencia

Rectorragia

Dolor abdominal

Cansancio

Falta de apetito

Manifestaciones extraintestinales

Emocional

Ansiedad

Depresión

Insomnio

Frustración

Miedo

Irritación

Incomprensión

Social

Evitar reuniones

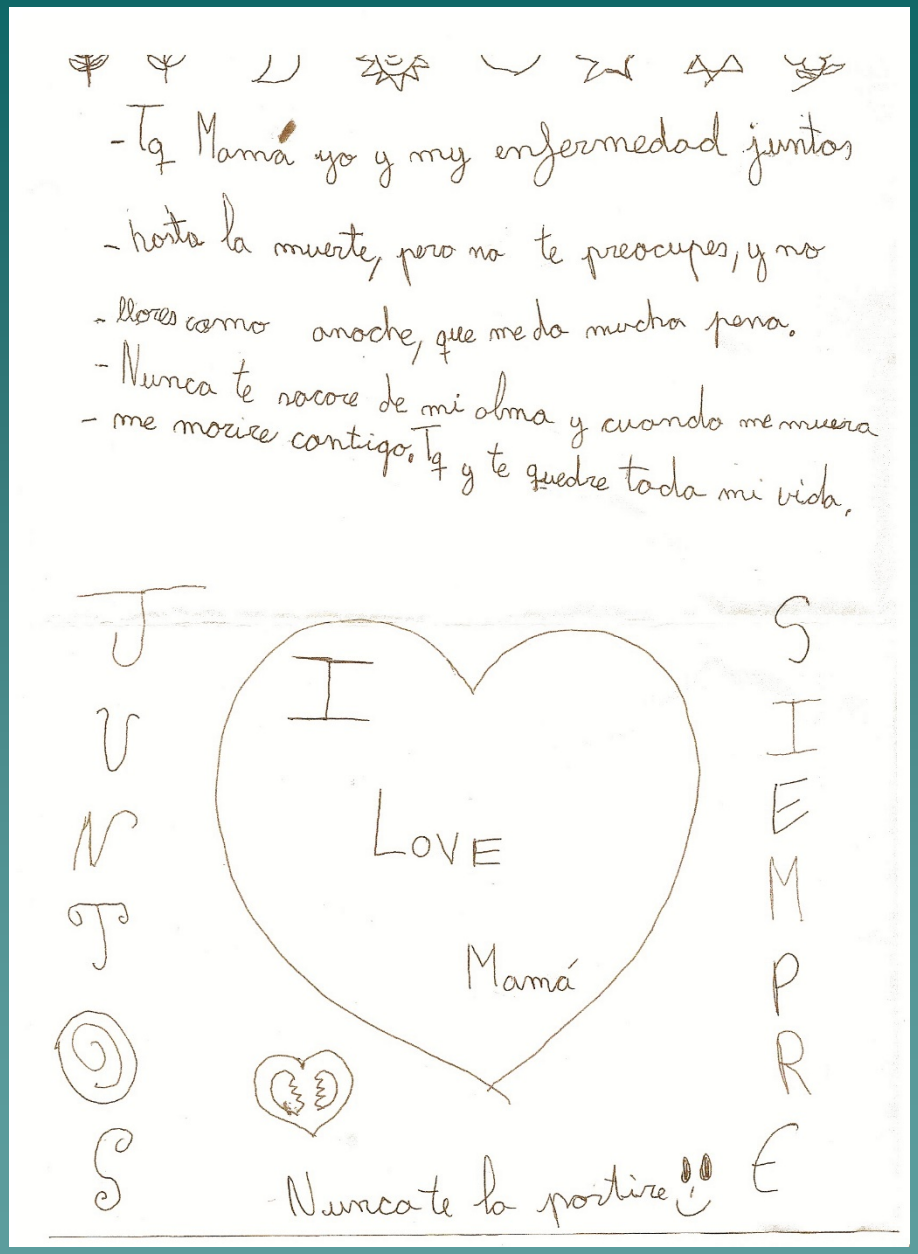
Evitar amigos y fiestas

Evitar viajes

Dificultades para hacer ejercicio

Dificultades para estudiar

Dificultades en el lugar de trabajo



"Te quiero mama yo y mi enfermedad juntos hasta la muerte, pero no te preocupes y no llores como anoche, que me da mucha pena.

Nunca te sacare de mi alma y cuando me muera me moriré contigo, te quiero y te querré toda mi vida.

Juntos siempre".

Nunca te lo partiré

F. 10 años

Enfermedad de Crohn (Fase: Brote)

17/04/08

XVI Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición.

Valladolid, del 21 al 23 de mayo 2009

Estado afectivo y perfil de personalidad de los pacientes pediátricos con EII y sus padres.

_Rev Esp Pediatr. 2009; (Supl 1): 73.

Marta Cortijo Torres
Antonio Pereda Pérez
Carmen Ribes Koninckx

Unidad de Gastroenterología Infantil
Hospital Universitario Infantil La Fe (Valencia)

La EII es una patología crónica autoinmune que irrumpe en la vida de los pacientes.

Las ilusiones y los proyectos se truncan bruscamente a causa de una patología crónica que muchos desconocen.

En un entorno social que no la comprende, la convivencia con esta patología puede llegar a ser muy dura.

A diario el paciente tiene sentimientos de incomprensión, dudas, miedos, impotencia, rabia, frustración, vergüenza, o incluso culpabilidad…

Conclusiones

- En los pacientes pediátricos con EII se detecta una alta incidencia de comorbilidad en ansiedad y depresión frente a la población normal, predominando el estado de ánimo deprimido.

- La psicopatología fue similar en el grupo de pacientes con EC y pacientes con CU.

- La sintomatología ansiosa y depresiva fue independiente de la edad de los pacientes con EII, así como también de la situación clínica (en brote o en remisión).

La frecuente incidencia de trastornos psicológicos en estos pacientes y su entorno, hace necesaria la integración en el equipo sanitario del psicólogo, con el objetivo de intervenir lo más precoz posible como medida terapéutica y preventiva.

appeii
asociación de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal

Asociación de pacientes sin copago
Tu cuota es tu participación

¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad autoinmune, crónica, incapacitante y no contagiosa que afecta al aparato digestivo. La EII agrupa realmente a tres tipos de enfermedades inflamatorias intestinales: la enfermedad de Crohn, la Colitis Ulcerosa y la Colitis Indeterminada. En las últimas décadas se ha triplicado el número de pacientes pediátricos con EII, diagnosticándose unos 2000 nuevos casos al año en nuestro país.

¿Qué es APPEII?

Somos la Asociación de Pacientes Pediátricos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la primera asociación pediátrica de esta enfermedad que existe en España. APPEII es una entidad creada en el año 2012, sin ánimo de lucro y que promueve un proyecto sanitario, social, familiar y educativo, que busca mejorar la calidad de vida de las niñas y niños con esta enfermedad.

Trabajamos para:

- Contribuir al mejor conocimiento de la EII pediátrica.
- Creación de Unidades de Referencia de carácter multidisciplinar y lograr la optimización de los recursos médicos.
- Establecer protocolos para reforzar los apoyos que requiere la familia: sociales, jurídicos y psicológicos.
- Ampliar la edad de atención pediátrica hasta los 18 años y fijar un período de tránsito desde la gastroenterología pediátrica a la de adultos.
- Garantizar la gratuidad de los medicamentos para los pacientes con EII.

Web: http://appeii.es
Facebook: APPEIIValencia
Blog: appeii.blogspot.com
Twitter: @appeii_es
Email: appeii@appeii.es
Tel.: 673 767 540

Código de Asociación: CV-01-050278-V

En memoria de Mari Carmen
Presidenta de appeii.

Gracias por su atención

aperedap@outlook.com