



4woman.gov

800-994-WOMAN (9662)

888-220-5446 (TDD)

Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. – La Oficina para la Salud de la Mujer



Preguntas Frecuentes acerca de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

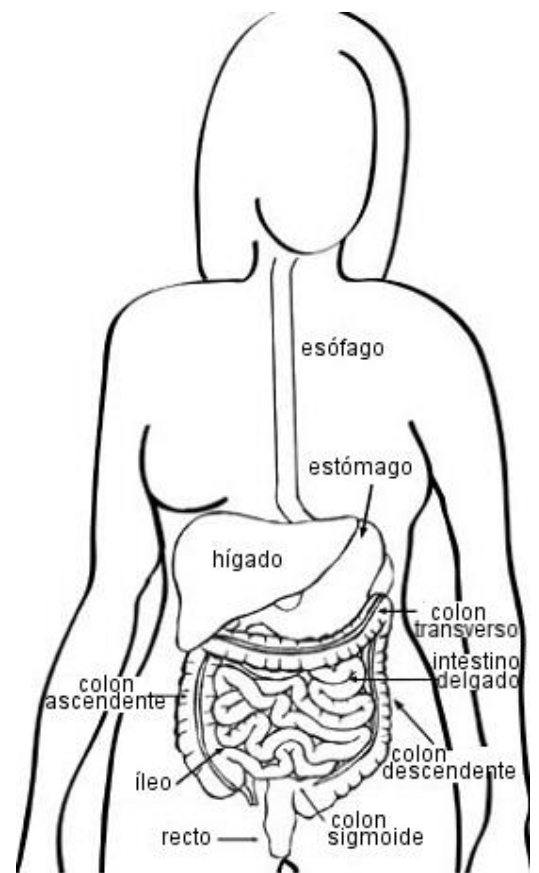
¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal?

La enfermedad inflamatoria intestinal (IBD, por sus siglas en inglés) es una afección crónica que causa inflamación e hinchazón en el tubo digestivo o la pared intestinal. Cuando el tubo digestivo se inflama o se hincha debido a la IBD, se forman llagas (úlceras) que sangran. Esto a su vez puede causar dolor abdominal, diarrea líquida, sangre en la materia fecal, fatiga, disminución del apetito, pérdida de peso, o fiebre. Los dos tipos de IBD más comunes son la *colitis ulcerativa (UC)* y la *enfermedad de Crohn (CD)*.

Un aparato digestivo sano extrae los nutrientes de los alimentos para que puedan ser absorbidos dentro de la corriente sanguínea. Luego almacena los desechos no deseados hasta que estos salen del cuerpo. Los alimentos se trasladan desde el esófago hasta el intestino delgado, donde se absorben los nutrientes. El agua y los desechos que quedan van al intestino grueso (colon), pasando por el recto y saliendo a través del ano.

¿A quiénes afecta la IBD?

La IBD afecta a millones de personas en todo el mundo, pero es más común en personas que viven en regiones más alejadas del ecuador (como América del Norte, Europa y Australia). Estimaciones que datan de 1994 muestran 1 millón de casos en Estados Unidos solamente. La enfermedad suele desarrollarse durante la segunda y tercera década de la vida tanto de los hombres como de las mujeres. La edad promedio de diagnóstico son los 27 años. Un segundo pico de nuevos casos, pero mucho menor, ocurre en personas mayores de 65 años de edad. En total, la IBD afecta a los hombres y a las mujeres por igual. En el pasado, se ha visto que las personas blancas tienen el más alto riesgo de enfermedad, especialmente aquellas de origen judío o europeo.



¿Cuáles son las causas de la IBD?

Nadie sabe con exactitud qué es lo que causa la IBD, pero los siguientes factores pueden estar relacionados: un virus o bacteria desconocida, factores hereditarios, y el medio ambiente. Su tubo digestivo puede inflamarse cuando su cuerpo trata de combatir una bacteria invasora, o la inflamación puede ser el resultado del virus o la bacteria en sí.

Los datos más recientes muestran que los índices de IBD son los mismos en personas blancas y en estadounidenses de origen africano, pero la enfermedad es poco común en África, lo que indica una influencia del medio ambiente. Algunos de los factores ambientales que están relacionados con la IBD son un estilo de vida poco activo, estatus socioeconómico alto, y vivir en un país más desarrollado.

Además del medio ambiente, la IBD también puede darse en las familias. Aproximadamente entre el 15 y el 30 por ciento de las personas que padecen IBD tienen un pariente que sufre de la enfermedad. Existen estudios que están investigando si un cierto gen o grupo de genes hacen que una persona tenga más probabilidades de padecer IBD. En 2001 se descubrió el primer gen de la enfermedad de Crohn (CD, por sus siglas en inglés). Una especie anormal del gen conocido como *Nod2* aparece con el doble de frecuencia en las personas que padecen la CD que en la población en general. A esta especie anormal del gen le falta la fuerza que tiene el cuerpo para combatir las bacterias, y se sabe hace tiempo que existe una conexión entre las bacterias del intestino y la CD.

El estrés no causa la IBD. Sin embargo, como sucede con otras enfermedades, el estrés puede empeorar los síntomas de IBD. Tampoco se conoce ninguna conexión entre consumir ciertos tipos de alimentos y padecer IBD, pero un cambio en su dieta puede ayudar a disminuir los síntomas y a reemplazar los nutrientes perdidos.

¿Qué es la colitis ulcerativa (UC)?

La colitis ulcerativa (UC, por sus siglas en inglés) causa inflamación y llagas llamadas úlceras en las capas superiores del recubrimiento del intestino grueso (colon) o del recto. Suele ocurrir en la parte inferior del colon y el recto, pero puede afectar al colon completo. Cuando está localizada solamente en el recto, se la llama *proctitis*. Sucede más frecuentemente en personas jóvenes de entre 15 y 40 años de edad.

¿Cuáles son los síntomas de la UC?

El síntoma más común es la diarrea, porque la inflamación evita que el agua sea absorbida dentro de la corriente sanguínea y hace que el colon se vacíe a menudo. La inflamación también mata células sanas del revestimiento del colon, lo que hace que se formen úlceras y sangren, y generen pus y mucosidad. Algunos de los otros síntomas son la diarrea con sangre, calambres abdominales graves, náusea y fiebre frecuente. La mayor parte de las personas que padecen UC tienen momentos en los que se sienten bien (remisión) y otros en los que se sienten enfermos (recaídas). Aproximadamente la mitad de las personas que padecen UC sólo tienen síntomas leves. En casos graves, las personas pueden desnutrirse y pueden tener que hacer una dieta especial, o recibir fluidos por vía intravenosa.

¿Qué complicaciones puede tener la UC?

La UC puede también causar problemas tales como la artritis, inflamación en el ojo, enfermedades del hígado, erupciones cutáneas, anemia, y cálculos renales. Nadie sabe por qué suceden estos problemas fuera del colon. Pueden ocurrir cuando el sistema inmunológico provoca inflamaciones en otras partes del cuerpo. Estos problemas suelen ser leves y desaparecen una vez que se trata la colitis. El bajo consumo de calcio y vitamina D a través de productos lácteos, la mala absorción de nutrientes en el cuerpo, la inflamación, y el uso de corticosteroides (para el tratamiento de la UC) pueden causar osteoporosis.

¿Cómo sé si padezco UC?

Para determinar si usted padece UC, su médico la examinará y puede que pida análisis de sangre o una muestra de materia fecal para examinarla en busca de sangre o de gérmenes. Ella le puede hacer un *enema de bario*, que es una radiografía del colon, o una *sigmoidoscopia flexible* o una *colonoscopia*, que son exámenes de evaluación que le permiten al médico ver el recubrimiento interior del colon.

Diferencias entre la UC y la CD

ENFERMEDAD	UC	CD
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Diarrea con sangre • Pus o mucosidad en la materia fecal • Calambres abdominales graves • Náusea • Fiebre frecuente 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Sangrado en el recto • Pérdida de peso • Dolor y sensibilidad en el abdomen, especialmente del lado inferior derecho • Fiebre baja • Anemia • A veces, constipación debida a una obstrucción • Crecimiento lento y desarrollo sexual retardado en algunos casos infantiles
PARTES DEL APARATO DIGESTIVO AFECTADAS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sólo las capas superiores de las paredes del colon y el recto (más frecuentemente en la parte inferior del colon y el recto)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En lo profundo del recubrimiento de las paredes del colon o del intestino delgado</i> • <i>Cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano</i>

¿Qué es la enfermedad de Crohn (CD)?

La enfermedad de Crohn (CD, por sus siglas en inglés) suele causar inflamación en lo profundo del recubrimiento de las paredes del intestino grueso (colon) o el intestino delgado, pero también puede afectar cualquier parte del tubo digestivo, de la boca hasta el ano. A veces la CD puede afectar otras partes del tubo digestivo superior con la formación de úlceras en el estómago, la parte superior del intestino delgado, o el esófago. Alrededor de un tercio de los casos de CD afecta al intestino delgado, afectando usualmente al íleo (la última parte del intestino delgado que se conecta al intestino grueso o colon). Casi la mitad de los casos afecta tanto al intestino delgado como al intestino grueso. Alrededor del 20 por ciento de los casos ocurren solamente en el colon. Las lesiones cerca del ano ocurren en aproximadamente de un cuarto a un tercio de las personas que padecen de CD, pero este no suele ser la única parte afectada. Al igual que la UC, la CD también tiene períodos de remisión y recaídas.

¿Cuáles son los síntomas de la CD?

Los síntomas iniciales más comunes son el dolor en el abdomen, especialmente del lado inferior derecho, sensibilidad, y a menudo diarrea. Puede también haber constipación, pérdida de peso, sangrado en el recto, y fiebre baja. El sangrado puede ser suficientemente grave como para causar anemia o un bajo nivel de hierro en la sangre que no es saludable. Los niños que padecen CD pueden en algunos casos tener un crecimiento lento y desarrollo sexual retardado.

¿Qué complicaciones puede tener la CD?

El problema más común en personas que padecen CD es la obstrucción del intestino. Debido a que la hinchazón y la cicatrización ensanchan la pared del intestino, el conducto intestinal puede cerrarse. Úlceras en el intestino, que atraviesan hacia otras partes del intestino o a tejidos adyacentes de la vejiga, la vagina o la piel, pueden formar fistulas, o conexiones anormales entre el intestino y otros órganos. Estas suelen formarse alrededor del ano y el recto.

Los problemas de nutrición son comunes en personas que padecen CD. Muchas de ellas tienen deficiencias de proteínas, calorías, y vitaminas. Estas pueden ser causadas por no comer lo suficiente, por pérdidas de proteína dentro del intestino, o por mala absorción. Otro peligro es la osteoporosis, debido al bajo consumo de calcio y vitamina D a través de productos lácteos, la mala absorción de nutrientes en el cuerpo, o el uso de corticosteroides (para el tratamiento de la CD o de la inflamación en sí). Algunas personas que padecen CD tienen problemas de artritis, de la piel, inflamación en los ojos o la boca, cálculos renales, cálculos biliares, y otras enfermedades del hígado. Algunos de estos problemas mejoran al tratarse la enfermedad del aparato digestivo, pero otros se tratan por separado.

¿Cómo sé si padezco CD?

Para determinar si usted padece CD, su médico la examinará y puede que pida análisis de sangre para verificar si tiene anemia (niveles bajos de hierro), que puede ser una señal de sangrado en el intestino, o pida una muestra de materia fecal en busca de sangre o gérmenes. Ella también puede hacer una *serie gastrointestinal (GI) superior*, para observar el intestino delgado. Esto es una radiografía que puede mostrar inflamación u otros problemas en el intestino. También pueden hacerle un enema de bario, que es una radiografía del colon, o los mismos exámenes de evaluación que se usan para diagnosticar la UC, una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia. Estos exámenes le permiten al médico ver el recubrimiento del colon. También se puede utilizar una tomografía computada para buscar inflamación dentro y fuera del intestino.

¿Está la IBD relacionada con el síndrome de colon irritable (IBS)?

La UC y la CD son distintas al *síndrome de colon irritable* (IBS, por sus siglas en inglés), que es una afección que abarca un grupo de síntomas que afectan principalmente al colon, o intestino grueso. Algunos de los síntomas del IBS pueden ser calambres, hinchazón, gas, mucosidad en la materia fecal, y cambios en los hábitos de evacuación intestinal. Al IBS también se lo llama *colon espástico* o *intestino espástico*. El IBS no es una enfermedad y no causa inflamación, sangrado, daño al colon, ni cáncer u otras enfermedades graves. Se lo llama un “trastorno funcional”, lo que significa que si se examina el colon no se encuentran signos de enfermedad, pero este no funciona como debería hacerlo. No existe una relación directa entre el síndrome de colon irritable y la colitis ulcerativa o la enfermedad de Crohn, aunque algunos pacientes que padecen de estas últimas, también padecen IBS.

¿Cuáles son las señales de la IBD? ¿Cuándo debería ver a mi proveedor de atención médica?

Vaya a ver a su proveedor de atención médica si ve sangre en su materia fecal, si tiene un cambio en sus hábitos de evacuación intestinal que dura más de 10 días, o si tiene cualquiera de los siguientes síntomas, y éstos no mejoran usando medicamentos de venta libre.

- Calambres o dolor abdominal grave
- Diarrea grave o diarrea con sangre
- Pérdida de peso
- Fiebre sin explicación que dure más de 1 o 2 días
- Fatiga excesiva
- Pérdida de apetito
- Náusea

Aunque la UC y la CD suelen no ser fatales, pueden causar serios problemas. A veces los síntomas son suficientemente graves como para que la persona deba ser internada. Por ejemplo, una persona puede tener diarrea grave que cause deshidratación, y necesitar ser tratada con fluidos por vía intravenosa.

¿Puede prevenirse la IBD?

Como nadie sabe exactamente cuáles son las causas de la IBD, es difícil tratar de prevenirla, pero si usted padece IBD, puede hacer cambios en su dieta y en su estilo de vida para controlar sus síntomas. Tal vez deba limitar el consumo de productos lácteos, tratar de consumir alimentos con pocas grasas, experimentar con la cantidad de proteína y fibra que consume, evitar los alimentos que producen gases, y comer cantidades más pequeñas en forma más frecuente. También es importante descansar lo suficiente y evitar el estrés, ya que estar cansada o demasiado contrariada puede empeorar sus síntomas. Su proveedor de atención médica puede recomendarle qué cosas tratar de hacer para sentirse mejor.

¿Cuál es el tratamiento para la IBD?

Aunque no existe una cura para la IBD, hay tratamientos que ayudan a controlar los síntomas. Además de cambiar su dieta y su estilo de vida para controlar sus síntomas, la mayor parte de las personas que padecen UC y CD son tratadas con medicamentos. En casos de enfermedad grave, puede que una persona necesite cirugía para extirpar el colon enfermo.

¿Qué medicamentos se usan para el tratamiento de la IBD?

Tratar la IBD con medicamentos es complicado y pueden ser necesarios varios intentos. Es importante mantenerse al tanto de qué tan bien están funcionando los medicamentos y qué efectos secundarios usted está teniendo, e informar de todos los detalles a su proveedor de atención médica.

A la mayoría de las personas que padecen casos leves a moderados de la enfermedad se los trata inicialmente con medicamentos llamados *aminosalicilatos*. Estos son medicamentos similares a la aspirina tales como los *agentes 5-ASA* (una combinación de los medicamentos *sulfonamida*, *sulfapiridina*, y *salicilato*). Se pueden administrar por vía oral o por vía rectal para ayudar a controlar la inflamación. Algunos de los efectos secundarios pueden ser ardor estomacal, náuseas, vómitos, diarrea y dolores de cabeza. Este tipo de drogas también incluye a la *mesalamina* y la *sulfasalazina*, que tienen menos efectos secundarios y pueden aliviar los síntomas en más del 80 por ciento de las personas que padecen UC en la parte inferior del colon y el recto. Se dice que una nueva versión del medicamento mesalamina llamada *Colazal* tiene aún menos efectos secundarios.

Las personas que padecen casos más graves de IBD pueden ser tratadas con corticosteroides, tales como la *prednisona* y la *hidrocortisona*, para reducir la inflamación. Algunos de los efectos secundarios de estos medicamentos pueden ser el aumento de peso, acné, vello facial, hipertensión arterial, cambios en el humor, y un mayor riesgo de infección. Un medicamento aprobado recientemente llamado *Entocort EC* es una terapia de esteroides que causa menos efectos secundarios en personas que padecen casos leves a moderados de CD en el íleo (la última parte del intestino delgado que se conecta al intestino grueso o colon).

Para el tratamiento de la CD, también se utilizan medicamentos que bloquean la reacción del sistema inmunológico a la inflamación. Algunos de los efectos secundarios pueden ser náuseas, vómitos, diarrea, y un mayor riesgo de infección. A las personas que padecen casos moderados a graves de CD y que no responden a los agentes 5-ASA, a los corticosteroides, ni a los medicamentos del sistema inmunológico, o que tienen fístulas abiertas que están drenando, se les puede dar un medicamento llamado *infiximab* (Remicade). Este es el primer medicamento aprobado para el tratamiento de CD, y funciona quitando una proteína producida por el sistema inmunológico que puede causar inflamación. Se está estudiando su seguridad y efectividad a largo plazo. La *azatioprina* y la *6-mercaptopurina* (6-MP) también pueden ser utilizadas junto con esteroides, y parecen ser los medicamentos inmunosupresores más efectivos para el manejo a largo plazo tanto de la CD como de la UC. Se ha probado que son efectivos para las enfermedades corticodependientes, crónicamente activas, y corticorresistentes.

También se utilizan antibióticos para tratar la enfermedad y curar fístulas en el intestino delgado.

Asimismo, se pueden dar antidiarreicos, laxantes y analgésicos para ayudar a aliviar los síntomas. Cada persona debería hablar con su médico antes de comenzar a tomar estos medicamentos, ya que algunos pueden ser demasiado dañinos para el sistema o empeorar los síntomas.

¿Qué tipos de cirugía se usan para el tratamiento de la IBD?

Se usan diferentes tipos de cirugía para el tratamiento de la IBD. En el caso de la CD, aproximadamente la mitad de las personas que padecen esta enfermedad necesita cirugía en algún momento de su vida.

La cirugía puede aliviar los síntomas o corregir problemas tales como obstrucciones o sangrado en el intestino. La cirugía para extirpar parte del intestino puede ayudar con la CD pero no curarla. La inflamación tiende a volver al área adyacente a la parte del intestino que ha sido extirpada. Por lo tanto, las personas que estén considerando la cirugía deben sopesar los riesgos y los beneficios de ésta en comparación con otros tratamientos.

Algunos de los tipos de cirugía para la CD son:

- **Colectomía (extirpación del colon)** – Se puede extirpar parte del colon o el colon y el recto completos. Pueden hacerse una *colostomía* o una *ileostomía* luego de que se extirpa el colon enfermo. Mediante la colostomía o la ileostomía se crea una abertura en el abdomen (estoma) para el drenaje de materia fecal del intestino grueso (colon) o del intestino delgado (íleo), que puede ser temporal o permanente.
- **Resección del intestino delgado** – Se pueden extirpar las partes enfermas del intestino delgado, y luego volver a unir los extremos sanos. Si es necesario evitar que el intestino cumpla sus funciones digestivas normales mientras cicatriza, puede crearse una abertura temporal (estoma) del intestino hacia el abdomen (ileostomía). La ileostomía temporal se cerrará y se reparará más tarde. Si se extirpa una gran parte del intestino, la ileostomía puede ser permanente.

En el caso de la UC, las personas que padecen casos graves de esta enfermedad pueden necesitar cirugía para extirpar el colon enfermo. Algunos de los problemas relacionados con la IBD que hacen que los proveedores de atención médica consideren la cirugía son los retardos en el crecimiento, la corticodependencia, efectos secundarios graves de los medicamentos, cáncer o cambios precancerosos, enfermedad que no responde a los medicamentos, estrechamiento del colon, y *enfermedad extraintestinal* (enfermedad causada por la IBD en áreas que están fuera del tubo digestivo).

Algunos de los tipos de cirugía para la UC son:

- **Colectomía, o extirpación del colon** (vea *Colectomía, Tipos de cirugía para la CD*, arriba). Aproximadamente entre el 25 y el 40 por ciento de las personas que padecen UC deben someterse a cirugía para extirpar el colon debido a sangrado, enfermedad grave, rotura del colon, o riesgo de cáncer. Por años, las personas cuyo colon era extirpado debían usar una “bolsa” fuera de su cuerpo para almacenar los desechos del sistema digestivo. Las técnicas quirúrgicas recientes hacen que eso ya no sea necesario en la gran mayoría de las personas que padecen CD.
- **Anastomosis de bolsa ileoanal (IPAA)** – Durante esta cirugía se extirpan el colon y el interior del recto. Se crea una bolsa interior con parte del *íleo* (el extremo final del intestino delgado), pasando una parte del íleo a través de la pared del recto y fijándola al ano. Esto permite que la persona continúe eliminando los desechos a través del ano. Aunque para algunas personas esta cirugía se puede hacer de una sola vez, este procedimiento suele hacerse en dos partes. Primero se extirpan el colon y el interior del recto y se crea una ileostomía temporal. Una vez que la bolsa ha cicatrizado (aproximadamente entre 6 y 8 semanas), se cierra la ileostomía temporal, restableciendo la eliminación de los desechos a través del ano.

Padezco IBS y necesito cirugía, ¿significa eso que he fracasado en el manejo de mi enfermedad?

Nada más lejos de la verdad. La cirugía para la IBD suele ser vista como un “fracaso” tanto por la persona que padece IBD como por su médico. Sin embargo la cirugía, combinada con terapia médica pre y postoperatoria, puede conducir a los mejores resultados para la salud y la calidad de vida de la persona.

¿Qué nuevos tratamientos para la IBS están siendo investigados?

Se está estudiando el uso de la hormona del crecimiento humano (HGH) en combinación con una dieta alta en proteínas, para el tratamiento de la CD. En un ensayo clínico, las personas que recibieron este tratamiento tenían menos síntomas luego de un mes, y los beneficios continuaron. Los riesgos y beneficios a largo plazo siguen siendo estudiados. También se está estudiando el uso de un medicamento genético para contribuir al crecimiento de tejidos sanos en personas que padecen UC, así como el uso de nuevos medicamentos en contra de los factores que causan o fomentan la inflamación.

¿Existe una conexión entre la IBD y el cáncer de colon?

Padecer IBD puede aumentar sus probabilidades de padecer cáncer de colon. El riesgo de cáncer aumenta cuanto más afectado esté el colon, y cuanto más tiempo pase. Por ejemplo, si sólo está afectada la parte inferior del colon y el recto, el riesgo de cáncer no es mayor que lo normal, pero si el colon completo está afectado, el riesgo de cáncer puede ser hasta 32 veces mayor al índice normal.

Las personas que han padecido IBD en todo su colon por lo menos por ocho años, o sólo en el colon izquierdo por lo menos por 15 años, deberían hacerse una colonoscopia de evaluación cada 1 a 2 años para verificar si existen cambios precancerosos en las células del recubrimiento del colon. La evaluación no disminuye los riesgos de padecer cáncer de colon, pero puede ayudar a descubrir el cáncer en forma temprana, cuando es más fácil de tratar.

¿Tener IBD aumenta mis probabilidades de padecer cáncer? ¿Hay alguna forma de saber si estoy desarrollando cáncer?

Algunos estudios han descubierto que las personas que padecen IBD tienen un riesgo mucho mayor de padecer otros cánceres, por razones que todavía se desconocen. En el caso de la CD, entre estos se encuentran el cáncer de piel y el de la vejiga. En el caso de la UC, han habido incidencias de un mayor riesgo de cánceres de tejido conectivo y de cerebro, cánceres de piel no-melanomas, y cánceres de hueso y endometrio.

La *endoscopia con biopsia* del colon es el examen más ampliamente disponible para detectar tejidos precancerosos o cancerosos de un nivel inicial y curable en personas que padecen IBD. Un endoscopio es un dispositivo con un tubo flexible y una luz, que le permite a su médico ver partes de su aparato digestivo. El tubo se inserta a través de la boca o el ano mientras usted está sedada. Una colonoscopia muestra el colon completo, una sigmoidoscopia muestra los dos pies del colon más cercanos a la abertura anal. Una biopsia es cuando su doctor toma pequeñas muestras de tejido durante la endoscopia para estudiarlas bajo un microscopio.

¿Cómo se afecta la fertilidad de las mujeres que padecen IBD?

Las mujeres que padecen UC o CD inactiva no parecen tener problemas de fertilidad en relación con estas condiciones, pero las mujeres que padecen CD activa o aquellas que han tenido una IPAA tienen más problemas de fertilidad. Las mujeres que padecen enfermedad inactiva durante la concepción no tienen mayores probabilidades de que la enfermedad empeore repentinamente que si no estuviesen embarazadas. Es más probable que los empeoramientos repentinos ocurran en el primer trimestre e inmediatamente después del nacimiento del bebé.

¿Es seguro el embarazo para mujeres que padecen IBD?

El embarazo y el parto pueden ser relativamente normales en las mujeres que padecen IBD. Aún así, las mujeres que padecen IBD deben hablar de la enfermedad con sus proveedores de atención médica antes del embarazo. La mayor parte de los medicamentos usados para la IBD son seguros o probablemente seguros durante el embarazo. Si es necesaria la cirugía, ésta es más segura durante el segundo trimestre. Se ha visto un aumento del doble al triple en los nacimientos antes de término o partos prematuros en las mujeres que padecen IBD, aunque la mayor parte de los niños nacidos de madres que padecen IBD no son afectados.

Para más información...

Puede conseguir más información acerca de la enfermedad inflamatoria intestinal contactando al Centro Nacional de Información Médica de la Mujer al (800) 994-9662 (WOMAN), o por medio de las siguientes organizaciones:

Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK)

Dirección de Internet: www.niddk.nih.gov

Clearinghouse Nacional de Información sobre Enfermedades Digestivas

2 Information Way

Bethesda, MD 20892-3570

Dirección de Correo Electrónico: nddic@info.niddk.nih.gov

Fundación Americana de Crohn y Colitis, Inc.

Números de Teléfono: (800) 932-2433 o (212) 685-3440

Dirección de Internet: www.cafa.org

Asociación de Crohn Pediátrica y Colitis, Inc.

Número de Teléfono: (617) 489-5854

Dirección de Internet: pcca.hypermart.net

Colegio Americano de Gastroenterología

Número de Teléfono: (703) 820-7400

Dirección de Internet: www.acg.gi.org

Asociación Gastroenterológica Americana

Número de Teléfono: (301) 654-2055

Dirección de Internet: www.gastro.org

Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición

Número de Teléfono: (215) 233-0808

Dirección de Internet: www.naspgn.org

Administración de Seguridad Social

Información acerca de Beneficios de Discapacidad

Número de Teléfono: (800) 772-1213

Dirección de Internet: www.ssa.gov

Esta lista de preguntas frecuentes fue adaptada de los folletos “Colitis ulcerativa” y “Enfermedad de Crohn” del NIDDK, y del programa científico y los resúmenes presentados en la conferencia “Los Últimos Avances en el Manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal”, patrocinada por la Oficina de Salud de la Mujer del HHS y la Sociedad de Investigación Médica para la Mujer, del 12 al 13 de Diciembre de 2001 en Washington D.C.

Esta lista de preguntas frecuentes ha sido revisada por Jacqueline Lee Wolf, M.D., de la Escuela de Medicina de Harvard.

Agosto de 2002

