

VALOR DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Guillermo Veitia¹

Universidad Central de Venezuela., Venezuela¹

Resumen

La Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn son patologías muy complejas y heterogéneas que son evaluadas por gastroenterólogos y, cuando es necesario, por cirujanos colorrectales, pero idealmente debería manejarse en el contexto de un equipo multidisciplinario. Para la realización del diagnóstico adecuado, descartando siempre las diferentes etiologías probables con un exhaustivo diagnóstico diferencial y el posterior tratamiento correcto, de acuerdo al curso clínico tan variable y otras manifestaciones extraintestinales y complicaciones intestinales que pudieran presentarse, se requiere de un equipo humano formado en el campo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Palabras clave: Equipo Multidisciplinario EII, Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Abstract

Ulcerative Colitis and Crohn's Disease are highly complex and heterogeneous pathologies that are evaluated by gastroenterologists and, when necessary, by colorectal surgeons, but should ideally be managed in the context of a multidisciplinary team. In order to carry out an adequate diagnosis, always ruling out the different probable etiologies with an exhaustive differential diagnosis and the subsequent correct treatment, according to the variable clinical course and other extra-intestinal manifestations and intestinal complications that may arise, a human team trained in the field of Inflammatory Bowel Disease is required.

Keywords: IBD Multidisciplinary Team, Inflammatory Bowel Disease.

Introducción

La Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades muy complejas y heterogéneas que no solo afectan el tracto gastrointestinal, sino que van a tener manifestaciones y complicaciones extraintestinales (MEI) en un porcentaje importante de los pacientes (figura 1). Cada vez hay mayor evidencia que formar equipos de trabajo multidisciplinario permite alcanzar un abordaje integral de los pacientes, lo que influye en los resultados de salud y calidad de vida de estas personas, su familia y comunidad

La prevalencia informada de las MEI en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es muy variable, oscilando entre el 16 y el 40%¹. Además, con frecuencia un solo paciente puede tener varias (37%). Aunque no se conoce bien su etiopatogenia, la literatura destaca que la

presencia de EC perianal, afectación del colon y tabaquismo aumentan el riesgo de su aparición². Las MEI también pueden variar según la distribución geográfica, el tipo (inflamatorio, estenosante, fistulizante), la ubicación y el tiempo de progresión de la enfermedad.

Las MEI pueden ser altamente incapacitantes para los pacientes. Sería necesaria una gran serie para determinar la verdadera prevalencia y características de estas manifestaciones en poblaciones de nuestro entorno. Hasta donde sabemos, no se han publicado datos de grandes registros de pacientes. El estudio realizado por el Grupo Español GETECCU (Proyecto ENEIDA)³ concluye que una quinta parte de los pacientes con EII pueden tener MEI asociadas, siendo los síntomas articulares las más frecuentes (> 60% de MEI) y que los pacientes con enfermedad de Crohn grave representan el grupo con mayor riesgo de desarrollarlas.

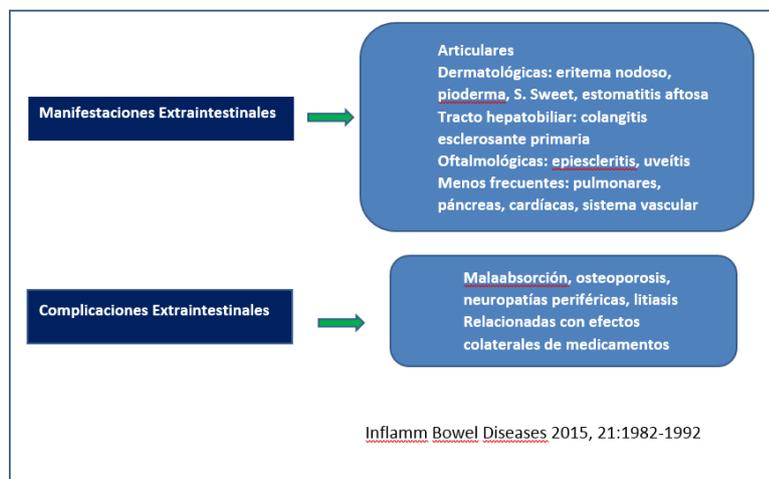


Fig 1. Manifestaciones y complicaciones extraintestinales en EII
Inflamm Bowel Diseases 2015, 21:1982-1992

Un 25% se presentan antes del diagnóstico y 75% después de él (Figura 2). Posterior a 30 años del inicio de la enfermedad un 50 % de los pacientes han presentado una o más de ellas¹. Para alcanzar esa atención

adecuada, tratamiento correcto y en consecuencia la remisión profunda, menos complicaciones y mejor calidad de vida, **NECESITAMOS CREAR EN TODOS NUESTROS PAISES EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS EII (EMEII)**.

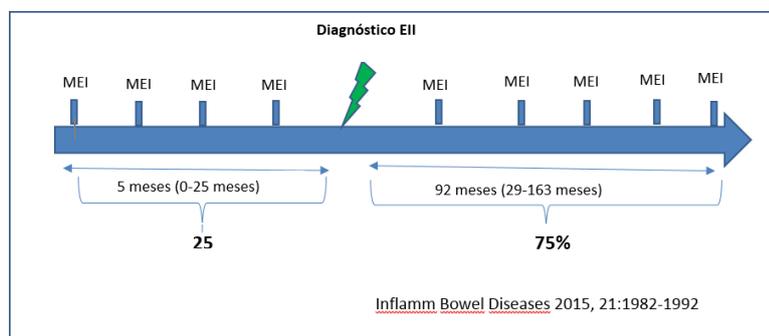


Fig 2. Diagnóstico EII
Inflamm Bowel Diseases 2015, 21:1982-1992

Los fármacos utilizados como tratamiento de la EII han sido estudiados y probados en su eficacia, su uso es de largo plazo o permanentes y eventuales efectos secundarios (figura 3) y costos aparecen como una limitante o elemento negativo en la adherencia de los

pacientes⁴. Estos efectos secundarios de algunas terapias que utilizamos, aún cuando no son frecuentes, algunas veces son severos, por lo que debemos pensar en ellos, detectándolos precozmente y tratándolos como Equipo Multidisciplinario para así evitar situaciones lamentables.

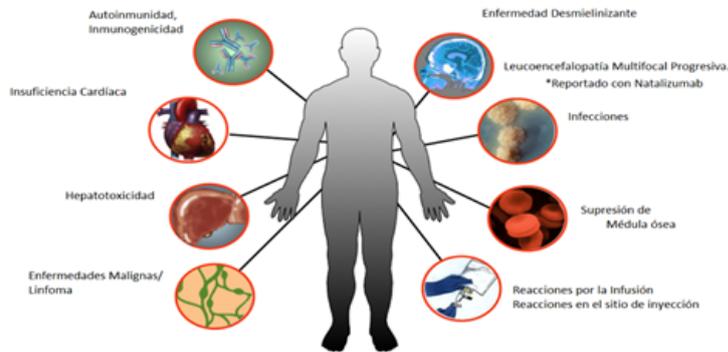


Fig 3. Efectos adversos en diferentes órganos por fármacos usados en EII

¿Qué es un EMDEII? ¿Cómo deben estar constituidos?

Un artículo de revisión publicado por Panés y colaboradores en el 2014⁵ nos sugiere la composición de un EMDEII (Tabla 1) Hablan de un **Equipo Core** donde están los gastroenterólogos como coordinadores y el resto de ese grupo humano donde debemos destacar el importantísimo papel de la enfermera, sin lugar a dudas, uno de los miembros indispensables, el coloproctólogo, nutricionista, farmacéuta, radiólogo con su valioso apoyo de las imágenes en el diagnóstico y seguimiento, patólogo con el detallado informe de la biopsia y el neumonólogo realizando la evaluación pretratamiento para el inicio de la terapia biológica y/o inmunosupresora.

Además, un **equipo comentario** integrado por: nutricionista, psicólogo, trabajador social, Pediatra, reumatólogo, dermatólogo, oftalmólogo, Infectólogo y Obstetra.

La enfermedad inflamatoria intestinal sigue un curso recurrente-remite a menudo impredecible y como resultado, el empleo, relaciones personales y la vida social y familiar pueden verse afectados. La necesidad frecuente y urgente de ir al baño, junto con el dolor y la fatiga, pueden afectar gravemente la autoestima y el funcionamiento social, especialmente entre los jóvenes y los recién diagnosticados, situación a ser orientada por enfermera y Psicólogo EII. La enfermera especializada en EII debe estar accesible por teléfono o correo electrónico tanto para pacientes como para médicos de cabecera.

Tabla 1. Composición sugerida de un Equipo Multidisciplinario de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Equipo Central	Gastroenterólogo Enfermera EII especializada <u>Coloproctólogo</u> Radiólogo Patólogo <u>Neumonólogo</u> Farmacéuta
Equipo Complementario	Nutricionista Psicólogo Trabajador Social Pediatra Reumatólogo Dermatólogo Oftalmólogo <u>Infectólogo</u> Obstetra

Journal of Crohn´s and colitis 2014 (8): 919-926

El EMDEII es una parte clave para lograr los 10 elementos esenciales principales de un buen servicio de EII elaborado por Crohn's y Colitis UK⁶.

Los **10 elementos esenciales de un buen servicio de apoyo para los pacientes de la Unidad EII, deben ser:**

1. **El equipo de EII:** debe estar respaldado por un grupo de especialistas que ayuden al paciente a controlar su condición.
2. **Debe saber a quien contactar:** que sepa a contactar rápidamente si necesita consejo o si su condición cambia.
3. **Atención personalizada:** brindarle atención adecuada tomando en cuenta edad,

4. **Atención conjunta:** la atención se coordina entre los diferentes profesionales de la salud involucrados
5. **Opciones informadas:** ofrecerle diferentes opciones de tratamiento y atención para que pueda entender y elegir lo que es adecuado para ellos.
6. **Participación en la toma de decisiones:** involucrarlo plenamente en las decisiones sobre su atención y, si lo desea, pudiendo incluir a un familiar o cuidador.
7. **Un plan claro:** el equipo desarrolla un plan claro para su atención y le proporciona

- revisiones periódicas para controlar su salud y bienestar.
- 8. **Vivir con EII:** se brinda información y se ofrece apoyo continuo para que aprenda a vivir con su enfermedad.
- 9. **Al ingresar al hospital:** se le informa al equipo de EII el ingreso al hospital de cada paciente.
- 10. **Mejoras en la atención:** se solicitan comentarios sobre su experiencia de atención y su desempeño en la obtención de esas mejoras.

La atención primaria también debe considerarse parte del equipo multidisciplinario. El médico de cabecera del paciente desempeña un papel clave en el diagnóstico inicial, el apoyo continuo, la prescripción y el control de la medicación (con protocolos de atención compartida, según corresponda), así como también para ayudar al paciente a regresar a la educación, el trabajo o la vida familiar normal tan pronto como sea posible.

Grupo de normas

El Grupo de Normas en EII (IBD Standards Group) recomienda que todos los pacientes reciban información de contacto de las organizaciones de pacientes relevantes para que puedan acceder a ayuda y soporte adicional; por ejemplo, el grupo de Crohn y Colitis de Reino Unido produce una amplia gama de hojas de información y folletos en todos los aspectos de vivir con EII y ofrece un servicio de información por teléfono y correo electrónico, foro en línea y redes locales de apoyo, ideas que debemos copiar para una mejor atención a los pacientes.

¿Cuál es el propósito de estos EMDEII?

La creación de un EMDEII tiene como propósito⁷ además de mejorar la evaluación del paciente, compartir experiencias entre las diferentes especialidades, algo tan importante como el establecimiento de consenso y realizar una gestión clínica compartida para que la decisión sobre la conducta a seguir en los casos difíciles sea el resultado de la discusión de todos los miembros del equipo y no de un solo especialista⁷ (figura 4).

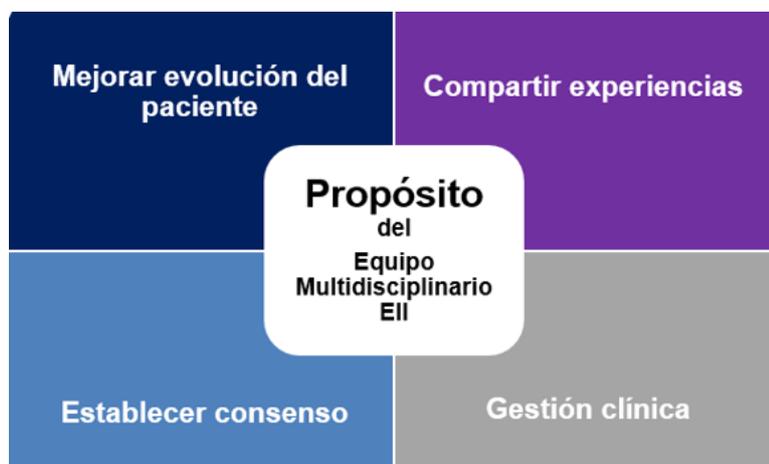


Figura 4. Propósito de Equipo Multidisciplinario de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Frontline Gastroenterology. 2015 (0): 1-8.

¿Cuáles son las funciones de cada uno de sus miembros?

La European Crohn’s and Colitis Organization (ECCO) ha elaborado un currículum específico para **gastroenterólogos dedicados a la EII** que puntualiza los conocimientos que debe tener para considerarlo “experto” en EII. Dentro del currículum destaca la importancia del equipo multidisciplinario para la toma de decisiones y cómo utilizarlo para maximizar la calidad de los cuidados a la persona con EII⁸. En relación a la cirugía, destaca también que el gastroenterólogo “experto” debe entender las indicaciones de cirugía en enfermedad activa y complicaciones incluyendo enfermedad estenosante y penetrante; el papel de la cirugía en el manejo de la displasia relacionada con la patología; la importancia de la optimización preoperatoria, el impacto de la medicación concomitante sobre los resultados quirúrgicos; los diferentes abordajes quirúrgicos tales como métodos de preservación intestinal en EC y diferentes opciones a largo plazo tras la colectomía subtotal en CU y debe saber que una relación temprana con los cirujanos es importante para un manejo de alta calidad del paciente⁸

Los pacientes necesitan una atención rápida, flexible y completa, que considere sus necesidades físicas, emocionales, sociales y laborales. Por ello, en muchos hospitales se han creado Unidades de atención integral a pacientes con EII, con consultas de enfermería especializada.

La **ENFERMERA ESPECIALIZADA** tiene un rol fundamental en la educación. Es un pilar indispensable en la atención integral de los pacientes con EII y debe cumplir esta importante tarea. La enfermería de la Unidad de EII está formada por profesionales que actúan como puerta de entrada y contacto con el sistema sanitario, ejerciendo un papel clave en la coordinación de la actividad asistencial, en la planificación y administración de los cuidados y tratamientos de la enfermedad⁹, en el apoyo psicológico del enfermo y de su entorno, en la recogida de demandas y solución de posibles dudas, etc. Se encargará de la parte educativa desarrollando junto a su equipo de trabajo un programa de formación para los pacientes, es decir, darles ese empoderamiento, que no es otra cosa que las herramientas para que conozcan su problema de salud enseñándolos a vivir con su enfermedad. Los concientizará sobre el entorno y sobre la importancia que tiene la adherencia a la medicación pautada, muchas veces en

forma de tratamiento crónico de mantenimiento durante tiempo prolongado para disminuir la posibilidad de nuevas recaídas.

Es importante hablarle a los pacientes y a sus familiares sobre el riesgo de los medicamentos, que aun cuando es bajo, existe y hay que pensar en ellos. Se les debe aportar las estrategias que los ayuden a alcanzar una mejor adherencia al tratamiento, es decir, cumplimiento estricto de las recomendaciones terapéuticas, ya que sin ella, no se logra la remisión profunda, así como también explicarles la importancia de recibir un buen esquema de vacunación.

Es de especial relevancia que en el transcurso de la enfermedad se establezca una relación estrecha entre el personal de enfermería y los pacientes, que promueva la creación de un proceso de ayuda y seguimiento satisfactorio, que le permita adaptarse a su nueva condición, mejorando el grado de aceptación de la enfermedad y la sensación de control sobre ella, en cada una de las diferentes fases de la misma.

En conjunto las principales funciones del personal de enfermería⁹ en el control de la EII, se basan en:

-Educar al paciente y a su entorno, en promoción de la salud y en la adquisición de hábitos de vida saludables (dieta sana, ejercicio, cesación de hábito tabáquico, visitas al ginecólogo, dermatólogo, reumatólogo, etc.).

-Concientizar sobre la importancia que tiene la adherencia a la medicación pautada, muchas veces en forma de tratamientos crónicos o mantenidos durante tiempo, para disminuir la posibilidad de nuevos brotes

-Administrar los tratamientos biológicos pautados, vigilando posibles efectos adversos, y resolviendo dudas sobre el mismo. En el caso de tratamientos subcutáneos o tópicos, el personal de enfermería se encargará de explicar y adiestrar al paciente para su correcta autoadministración.

-Comprobar el estado de inmunización del paciente y las enfermedades infecciosas que haya padecido a lo largo de su vida, antes de comenzar cualquier tratamiento inmunosupresor. El personal de enfermería se encargará de solicitar las pruebas serológicas necesarias y posteriormente en colaboración con el servicio de medicina preventiva, programar, actualizar y administrar las vacunas requeridas.

-Realizar detección y seguimiento de las posibles manifestaciones extraintestinales de la enfermedad.

-Coordinar las referencias a las diferentes especialidades y las pruebas diagnósticas que requieren la atención del paciente.

Papel del GASTROENTERÓLOGO ENDOSCOPISTA: ante la sospecha de EII, la ileocolonoscopia con biopsias es el procedimiento preferido para establecer el diagnóstico y la extensión de enfermedad¹⁰. De acuerdo con la información obtenida durante el procedimiento la endoscopia aportará una ayuda esencial en el manejo, pronóstico y vigilancia de la EII y un buen **ENDOSCOPISTA** realizará su presunción diagnóstica tomando en consideración las diferentes lesiones que observe, describiéndolas de acuerdo a la terminología existente y planteando el diagnóstico diferencial tan necesario cada vez que estamos frente a un paciente de acuerdo a la historia clínica detallada. La endoscopia es considerada el gold estándar para evaluar actividad de la enfermedad y se utiliza para confirmar la curación

de la mucosa, tomando en consideración las diferentes clasificaciones endoscópicas que ha tales efectos han sido publicadas.

En colitis ulcerosa (CU) los cambios endoscópicos comienzan característicamente proximal al canal anal y se extiende proximalmente en forma continua y confluyente. La demarcación entre la zona inflamada y las áreas normales generalmente son claras y pueden ocurrir abruptamente, especialmente en enfermedades distales.

El sello endoscópico de la enfermedad de Crohn (EC) es el de una distribución irregular de la inflamación con lesiones por salto (áreas de inflamación interpuesta entre apariencia normal mucosa). Las úlceras de CD tienden a ser longitudinales y pueden estar asociadas con una apariencia de adoquines del íleon o colon, orificios fistulosos y estenosis⁹. El compromiso rectal con inflamación frecuente y circunferencial continua es raro. Muestras de biopsia tomadas de los bordes de úlceras y erosiones o aftas, maximizan la posibilidad de descubrir granulomas que son patognomónicos en CD.

Un buen **RADIÓLOGO** en el equipo nos demostrará con sus imágenes, ya sea ultrasonido con contraste, enterotomografía o enterorresonancia magnética, como está el intestino, la extensión de la afectación, única o múltiple, signos de inflamación, fibrosis, estenosis, abscesos y nos orientará en los difíciles casos de la enfermedad fistulizante.

La importancia del **PATÓLOGO** es de primera línea y el/ella debe estar familiarizado con la EII. La biopsia no siempre es diagnóstica en EII y un patólogo con entrenamiento en esta materia nos informará esos datos que no deben faltar para el diagnóstico de CU y EC.

Debemos recordar que hasta un 50 % de los pacientes con EII presentarán MEI en el transcurso de su enfermedad. Las más frecuentes son las articulares y dermatológicas, por lo que el Reumatólogo y el dermatólogo son personajes importantes en el equipo EII.

El **REUMATÓLOGO** nos diagnosticará las alteraciones articulares y hará la diferencia entre artropatía y artritis. Las artropatías asociadas con EII pertenecen al grupo de las espondiloartritis (EA)^{11, 12}. Estas son divididas en periféricas y axiales. (EA). Es importante diferenciarlas de las artralgiás que son más comunes. La prevalencia de enfermedad axial es parecida en ambos sexos y formas de EII, pero la artropatía periférica es más común en EC y en el sexo femenino.

El diagnóstico de EA axial se basa en datos clínicos de dolor lumbar inflamatorio asociado a datos radiográficos o por RM de sacroileitis. Evidencias radiológicas de sacroileitis ocurren en 20-50 % de pacientes con CU y EC^{13, 14} pero espondilitis anquilosante progresiva ocurre solo en un 1 al 10 % de los pacientes. La RM puede identificar de manera precoz sacroileitis en pacientes sintomáticos que tiene radiología normal.

Existe una alta prevalencia de espondiloartropatía musculoesquelética autoinformada (SpA) en pacientes con EII. Sin embargo, la mitad de estos pacientes nunca consultan a un reumatólogo. Se informa que la incidencia acumulada basada en la población de SpA en la enfermedad de Crohn es del 6,7% a los 10 años, 13,9% a los 20 años y 18,6% a los 30 años^{15, 16}. Sin embargo, estos síntomas musculoesqueléticos informados por el paciente pudieran ser pasados por alto. La falta de referencia a reumatología pierde la oportunidad de un diagnóstico

preciso con apropiadas estrategias de imagen. SpA puede seguir un curso de enfermedad separado de la actividad de la EI y, por lo tanto, puede justificar estrategias terapéuticas dictadas por la morbilidad y la carga de la enfermedad musculoesquelética. Estos incluyen la consideración de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el contexto de la EI, fármacos inmunosupresores y agentes del factor de necrosis antitumoral (anti-TNF). Los SpAs también son un grupo de superposición, enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas; por lo tanto, el fenotipado preciso es importante para el manejo. Los síntomas también pueden ser un efecto secundario del tratamiento farmacológico en la EI, como reacciones de

hipersensibilidad retardada a agentes anti-TNF, tiopurinas, deficiencias nutricionales y abstinencia de corticosteroides. Igualmente importante es reconocer que los síntomas gastrointestinales en pacientes con SpA puede ser una manifestación de EI y requerir investigación por parte de un gastroenterólogo

El **DERMATÓLOGO** debe evaluar las lesiones relacionadas con la enfermedad, estas se clasifican en: lesiones granulomatosas, dermatosis reactivas, las asociadas al tratamiento farmacológico de la EI y otras dermatosis.

Dermatitis reactivas	Dermatitis granulomatosas	Dermatitis secundarias a tratamiento
<p>Eritema Nodoso Estomatitis aftosa Dermatitis neutrofilicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pioderma gangrenoso • Piodermatitis y <u>pioestomatitis</u> vegetante • Síndrome de Sweet 	<p>Fisuras y fistulas Enfermedad de Crohn oral Crohn metastásico</p>	<p>Dermatitis secundaria Desnutrición/Malnutrición</p>

Las MEI dermatológicas más frecuentes son el Eritema nodoso (EN), Pioderma gangrenoso y el Síndrome de Sweet.

El EN Es la manifestación cutánea más común de la EI y predomina en Crohn (incidencia de 4-15% vs. 3-10% en CUCI)¹⁷. principalmente en mujeres de 10 a 30 años de edad con enfermedad de Crohn, lo que sugiere un componente estrogénico en esta respuesta inflamatoria. Suele presentarse los primeros dos años del inicio de la enfermedad.

tiene un inicio abrupto caracterizado por nudosidades eritematosas, dolorosas, bilaterales y simétricas de aproximadamente 2 cm de diámetro^{18, 19}. Aparecen en cara anterior de las piernas pero pueden estar en cara posterior, tronco y cara externa de brazos. Suele ser autolimitado, de 2-6 semanas

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofilica no infecciosa, grave y ulcerosa. CU es la enfermedad subyacente más común asociada con PG en adultos. Se ha informado de PG en 1% a 10% de pacientes con CU y en 0.5% a 20% de pacientes con CD²⁰. Ocurre igualmente en hombres y mujeres con una edad pico de incidencia entre 25 y 54 años. Entre el 50% y el 78% de los pacientes con PG tienen una enfermedad sistémica subyacente como EI, enfermedad mieloproliferativa y enfermedad reumatológica.

Cerca de 2 a 5 % de pacientes con EI experimentan manifestaciones oculares. La uveítis anterior y la epiescleritis son las más comunes²¹. Algunas manifestaciones oculares pueden ser secundarias al tratamiento y / o los efectos de la enfermedad intestinal en sí. Las manifestaciones oculares más comúnmente reportadas son ojo seco, blefaritis, epiescleritis o uveítis anterior. Escleritis y uveítis posterior, que son más propensas a poner en peligro la vista, son mucho más raras, ocurren en menos del 1%, pero si no se tratan pueden progresar a déficit visual permanente. De ahí la importancia que cualquier síntomas ocular que se sospeche puede ser una MEI y debe ser evaluada por el **OFTALMÓLOGO** del equipo.

Miembro fundamental del EMEI es el **COLOPROCTÓLOGO**. El manejo quirúrgico de los enfermos de EI se considera de extrema importancia, ya que hasta un 80% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) requerirán al menos una intervención quirúrgica durante su vida²² y hasta un 75% de los pacientes operados requerirán al menos otra intervención a lo largo de su enfermedad. La especialización y experiencia del equipo de cirugía disminuye el riesgo de complicaciones y asegura la realización de la intervención quirúrgica apropiada para cada paciente de forma individualizada. En caso de complicaciones como el megacolon tóxico iniciamos tratamiento médico pero con el coloproctólogo pendiente ya que si no hay evolución favorable no se debe posponer el momento de la cirugía.

Autores como Burns et al²³, analizando los datos del 'UK pouch registry', concluyeron que los enfermos intervenidos en centros de mayor volumen presentaban mejores resultados a corto y medio plazo, con menos riesgo de fracaso del reservorio a largo plazo. Esto ha conllevado varias iniciativas sobre la necesidad de centralizar las cirugías, sobre todo de procedimientos tan complejos como el reservorio ileoanal. La medición de resultados, sea con un registro voluntario o mediante bases de datos administrativos, será imprescindible para poder garantizar la mejoría de la calidad en la cirugía de la EI²⁴.

El **OBSTETRA** debe estar enterado de la evolución de la enfermedad, si la gestación ocurre en un momento de remisión o recaída y orientar a la paciente sobre la necesidad de realizar parto vaginal o cesárea, de estar indicada.

El **PEDIATRA** debe formar parte del equipo debido a que en el momento de la transición a la consulta de adulto es valiosa toda la información que pueda aportar sobre la evolución de la enfermedad en los años previos.

La correcta evaluación nutricional es básica para que el paciente pueda evolucionar favorablemente por lo que El **NUTRICIONISTA** juega un papel relevante dentro del EMD. Diagnosticar y tratar el déficit nutricional es indispensable

para que el paciente experimente la respuesta adecuada a la terapéutica indicada. De especial interés diagnosticar y corregir la anemia que pudiera estar presente ya sea con terapia endovenosa o vía oral dependiendo si la hemoglobina está por debajo de 10 gr/l.

Muchas veces olvidamos lo importante que es la interconsulta con un buen **PSICÓLOGO** ya que los pacientes con EII pueden presentar niveles variables de estrés, ansiedad y/o depresión. La psicoterapia de apoyo muchas veces va a traer como resultado una mejoría significativa. Es importante que el paciente aprenda a vivir con su enfermedad y a tener buena adherencia al tratamiento ya que con frecuencia la ausencia de este cumplimiento estricto es causa de recaídas.

Por otra parte, la **INVESTIGACIÓN Y ACTIVIDADES ACADÉMICAS** también deberían formar parte de los objetivos centrales en todo programa multidisciplinario. Los resultados de los proyectos de investigación no solo contribuyen a fomentar el desarrollo de conocimientos por parte del equipo²⁵, sino que también influyen

positivamente en el perfil profesional de sus integrantes y en la calidad y seguridad de los cuidados de salud.

Debemos como equipos multidisciplinarios EII fomentar la investigación en Latinoamérica aprovechando las oportunidades emergentes, ingreso de la investigación en las políticas gubernamentales, progreso en el nivel de desarrollo del país, comentarios en artículos publicados, mejoras en el ejercicio de la medicina y en la condición laboral de los investigadores. Algo que debemos entender es la necesidad de efectuar investigación multicéntrica entre nuestros países ante la escasez de ésta, lo que nos hace depender de los resultados de investigación foránea, los cuales no siempre son aplicables a la realidad nacional²⁵. El realizar investigación local permite identificar factores propios que eventualmente no hayan sido visualizados en la literatura, establecer estrategias locales y de este modo, teniendo un mejor conocimiento de la realidad local, adoptar medidas que contribuyan a la mejoría de la salud y de la calidad de vida de la población.



Referencias

- Vavricka S, Schoepfer A, Scharl M. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm bowel diseases*. 2015. 21 (8): 1982-92.
- Greuter T, Vavricka SR. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease—epidemiology, genetics, and pathogenesis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;13:307–317. <https://doi.org/10.1080/17474124.2019.1574569>.
- Algaba A, Guerra I, Ricart E, et al. Extraintestinal Manifestations in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Study Based on the ENEIDA Registry [published online ahead of print, 2020 Jul 15]. *Dig Dis Sci*. 2020;10.1007/s10620-020-06424-x. doi:10.1007/s10620-020-06424-x
- Cholapranee A, Hazlewood GS, Kaplan GG, Peyrin-Biroulet L, Ananthakrishnan AN. Systematic review with meta-analysis: comparative efficacy of biologics for induction and maintenance of mucosal healing in Crohn's disease and ulcerative colitis controlled trials. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;45:1291-1302.
- Panés J, O'Connor M, Peyrin-Biroulet L. Improving quality of care in inflammatory. Bowel disease: What changes can be made today? *Journal of Crohn's and colitis* 2014 (8): 919-926
- (Crohn's & Colitis UK. My Crohn's and Colitis Care. 2015, disponible en: www.crohnsandcolitis.org.uk/about-inflammatory-bowel-disease/publications/my-crohns-and-colitis-care)
- Morar P, et al. Defining the optimal design of the inflammatory bowel disease multidisciplinary team: results from a multicentre qualitative expert-based study *Frontline Gastroenterology*. 2015 (0): 1-8.
- Lindsay JO, Irving PM, Mantzaris GJ, Panés J. ECCO position statement: ECCO IBD Curriculum. *Journal of Crohn's and Colitis* 2017;1039-43.
- <https://www.educainflamatoria.com/cual-es-el-papel-de-la-enfermeria-en-el-control-de-la-eii>
- Annese V, et al, European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease, *J Crohns Colitis*. *Journal of Crohn's and Colitis* (2013) 7, 982–1018

11. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Annals of the rheumatic diseases* 2009; 68:777-83.
12. de Vlam K, Mielants H, Cuvelier C, et al. Spondyloarthropathy is underestimated in inflammatory bowel disease: prevalence and HLA association. *The Journal of rheumatology* 2000;27:2860-5.
13. Peeters H, Vander Cruyssen B, Mielants H, et al. Clinical and genetic factors associated with sacroiliitis in Crohn's disease. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2008;23:132-7.
14. Queiro R, Maiz O, Intxausti J, et al. Subclinical sacroiliitis in inflammatory bowel disease: a clinical and follow-up study. *Clinical rheumatology* 2000;19:445-9.
15. Stolwijk C, Pierik M, Landewé, Masclee A, van Tubergen A. Prevalence of self-reported spondyloarthritis features in a cohort of patients with inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol* 2013;27:199-205.
16. Farhi D, Cosnes J, Zizi N, et al. Significance of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel diseases: a cohort study of 2402 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2008;87(5):281-93.
17. Huang BL, Chandra S, Shih DQ. Skin manifestations of inflammatory bowel disease. *Front Physiol*. 2012;3:13.
18. Freeman HJ. Erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in 50 patients with Crohn's disease. *Can J Gastroenterol*. 2005;19(10):603-6.
19. Tavarela-Veloso F. Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;4:50.
20. Trost LB, McDonnell JK. Important cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *Postgrad Med J*. 2005;81(959):580-5.
21. Ott C. Extraintestinal manifestations and complications in IBD. *Nature reviews. Gastroenterol Hepatol*. 2013;10:585-95.
22. Sachar DB. Recurrence rates in Crohn's disease: predicting the future and predicting the past. *Gut* 2006 55:1069-1070
23. Burns EM, Bottle A, Aylin P, Clark SK, Tekkis PP, Darzi A., et al. Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 2011;98:408-417
24. Faiz O, Fearnhead N, Brown S. Improving quality in surgery for Inflammatory Bowel Disease (IBD). *Colorectal Dis* 2017;19:615-616.
25. Quera R, Simian D, Pizarro G. Desarrollo de investigación y academia a partir de la labor clínica: Experiencia de un Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2019; 30(1) 70-75.