

DECLARACIÓN DE CONSENSO. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): Importancia del acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento.

F Steinwurz¹, S. Bautista², M. Brenner Machado³, B. Capdevielle⁴, J. De Paula⁵, B. Iade⁶, F. Martínez⁷, G. Otoya⁸, A.L. Saenz Ramirez⁹, G. Veitia⁰

Departamento de Gastroenterología, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil, Brasil¹, Fundación Dominicana de Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Santo Domingo, República Dominicana, República Dominicana², Asociación Brasileña de Colitis Ulcerativa y Enfermedad de Crohn -ABCD-, São Paulo, Brasil, Brasil³, Fundación Vivir con Crohn y CUCI A.C., Ciudad de México, México, México⁴, Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, Argentina⁵, Asociación Crohn-Colitis Ulcerosa Uruguay, Montevideo, Uruguay, Uruguay⁶, Hospital de Especialidades Médicas Centro Médico Nal. "La Raza", Ciudad de México, México, México⁷, Departamento de Gastroenterología, Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen", Lima, Perú, Perú⁸, Asociación de Pacientes CUCI y Crohn, San José, Costa Rica, Costa Rica⁹, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Gastroenterología, Hospital Vargas, Caracas, Venezuela, Venezuela⁰

Flavio Steinwurz Rua da Consolação 3741, cj 71 São Paulo , 01416-001, Brasil
Tel. 3088-1378 fsteinwurz@gmail.com

Resumen

Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) continúa siendo una enfermedad "invisible" y poco reconocida por los tomadores de decisión.

Objetivo

Describir la situación actual de la EII en América Latina, las principales barreras y desafíos en el diagnóstico y tratamiento, y demostrar la necesidad de promover el desarrollo e implementación de políticas que permitan reducir la carga de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos

Discusión de expertos sobre un documento borrador elaborado con base a evidencia existente sobre la EII. Mediante preguntas de validación se analizó la información sobre la incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad en América Latina, las condiciones actuales en el manejo y diagnóstico de la enfermedad y el acceso a tratamiento.

Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica del intestino sin causa conocida que afecta aproximadamente a 6.8 millones de personas en el mundo. Si bien puede manifestarse en hombres y mujeres de cualquier edad, la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes entre los 20 y 40 años (1). El término abarca tres diagnósticos, siendo los dos más importantes la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC).

La EII tiene un fuerte impacto en la vida cotidiana de los pacientes e interfiere de manera negativa en su calidad de vida, a nivel físico, emocional y social. Entre sus síntomas se destacan diarrea, sangrado, dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso, dependiendo del tipo de enfermedad y la localización. Los medicamentos no siempre logran controlar los síntomas de todos los pacientes con EII, por lo que entre el 5% al 10% de las personas con colitis ulcerosa crónica idiopática, y hasta un 50% de quienes padecen de la enfermedad de Crohn, eventualmente necesitarán una cirugía. Además, los pacientes con EII tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de colon que el resto de la

Resultados

Se logró un consenso sobre la EII y se elaboraron recomendaciones sobre las políticas y cambios necesarios para elevar el nivel de sensibilidad acerca de la EII con el fin de informar a los tomadores de decisión buscando facilitar el acceso al mejor tratamiento posible.

Conclusiones

Existe poco conocimiento sobre la enfermedad por parte del público en general y su atención no es una prioridad para los gobiernos. La falta de capacitación y concientización de los médicos se traduce en un retraso en el diagnóstico. Se recomienda generar evidencia que permita visibilizar la problemática, promover la toma de decisiones mediante el fortalecimiento de la recolección y procesamiento de datos y abogar por la EII como una enfermedad de notificación obligatoria.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, consenso, colitis ulcerosa crónica idiopática, enfermedad de Crohn.

población. El riesgo aumenta según la duración y extensión de la enfermedad y suele aparecer de 8 a 10 años luego del diagnóstico inicial (2).

Si bien se desconoce la causa definitiva de la EII, el desarrollo de la enfermedad se ha asociado a factores genéticos predisponentes, inmunológicos y principalmente ambientales que perturban la microbiota intestinal. La EII ha sido considerada una enfermedad prevalente en países europeos, sin embargo, en las últimas dos décadas su incidencia se ha visto aumentada en otras regiones, en parte como producto de los cambios en el ambiente y en el estilo de vida de la población, incluyendo cambios en la dieta.

Con el propósito de concientizar y sensibilizar a la población, cada 19 de mayo se celebra el día mundial de la EII, una iniciativa dirigida por la Federación Europea de Asociaciones de Crohn y Colitis Ulcerosa (EFCCA) y con la participación de organizaciones de pacientes de la región, incluyendo organizaciones de México, Argentina y Brasil. Cada año realizan distintas actividades, tales como campañas en redes sociales, que buscan generar empatía sobre las realidades de las personas afectadas y elevar el nivel de conocimiento entre la población en general. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce

el día mundial de la enfermedad inflamatoria intestinal, no ha habido un pronunciamiento oficial por parte de ésta, ni llamados a atender y priorizar dicha enfermedad en las agendas de salud.

A su vez, el incremento de su incidencia en América Latina ha promovido un renovado interés por parte de la comunidad médica y científica en estandarizar y unificar criterios para el adecuado diagnóstico y manejo de la enfermedad, que forma parte de las discusiones actuales de diversos eventos académicos. Sin embargo, este interés no se ha visto reflejado aún en políticas e iniciativas por parte de los gobiernos para abordar la enfermedad. Por lo tanto, la EII continúa siendo una enfermedad “invisible” y poco reconocida por los tomadores de decisión.

Objetivo

Describir la situación actual de la EII en América Latina, destacando las principales barreras y desafíos en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, con el fin de demostrar la necesidad de promover el desarrollo e implementación de las políticas que permitan reducir la carga de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con la EII.

Metodología

El 16 y 17 de septiembre de 2020 se llevó a cabo una reunión virtual de consenso, con la participación de ocho expertos, durante la cual se presentó un documento borrador elaborado con base en la evidencia existente en la región sobre la EII. Durante la reunión, se emplearon una serie de preguntas de validación, para analizar y discutir la información que fue incluida en el documento respecto al panorama actual sobre la incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad en América Latina, las condiciones actuales en el manejo y diagnóstico de la enfermedad y el acceso a tratamiento. Durante la discusión facilitada con los expertos, se llevaron a cabo distintas rondas de preguntas buscando unificar o alinear las opiniones en cuanto a la problemática actual y las medidas necesarias para abordarla.

Resultados

Se logró un consenso sobre la EII durante la reunión virtual sobre la EII, incluyendo el panorama actual sobre la incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad en la región de América Latina, el impacto en la vida de los pacientes, los costos e impacto económico, así como las condiciones actuales en el manejo y diagnóstico de la enfermedad y el acceso a tratamiento adecuado y efectivo. Como resultado se generaron recomendaciones sobre las políticas y cambios necesarios para elevar el nivel de sensibilidad acerca de la EII, con el fin de informar a los tomadores de decisión buscando facilitar el acceso al mejor tratamiento posible para los pacientes con dicha condición.

I. Incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad

a. Datos de incidencia, prevalencia y carga de la enfermedad

Existe escasa información sobre la EII en el mundo, particularmente en la región de América Latina. Los

principales estudios realizados provienen de países desarrollados, como Estados Unidos, Canadá y países europeos; en cambio, los datos epidemiológicos disponibles en América Latina son muy limitados.

A nivel global, la EII afecta aproximadamente a 6.8 millones de personas, siendo más prevalente en mujeres (aproximadamente 3.9 millones) que en los hombres (3 millones); sin embargo, las diferencias son marginales y, por lo tanto, no se considera el sexo como un factor de riesgo para la enfermedad.

Tradicionalmente, la EII ha presentado un patrón bimodal con un pico de incidencia entre los 15 y 30 años y, en menor medida, entre los 55 y 70 años. Sin embargo, datos recientes han identificado la incidencia más alta entre los 20 – 40 años de edad (1).

Las mayores tasas de incidencia de la EII han sido informadas en Norteamérica y en Europa Occidental y las más bajas en Europa Oriental, África, América Latina y Asia; estas regiones del mundo constituyen las zonas tradicionalmente llamadas de bajo riesgo (3,4,5). Estudios recientes informan un cambio en la tendencia de estos patrones tradicionales de incidencia y, en las regiones de bajo riesgo, los valores presentan un incremento progresivo alcanzando en algunas áreas niveles comparables a los de los países desarrollados (5,6). Los factores posiblemente implicados en este fenómeno han sido la adopción de estilos de vida de los países occidentales (la urbanización y modificación del medio ambiente), tales como la dieta (exposición a alimentos procesados, azúcares refinados, lácteos y menos ingesta de fibra) y el cigarrillo, así como el mejoramiento de las condiciones sanitarias. El tabaquismo es un factor ambiental que parece reducir el riesgo de colitis ulcerosa y aumentar la probabilidad de enfermedad de Crohn, por mecanismos que aún no se comprenden con precisión. Algunos de estos cambios en las cifras pueden explicarse parcialmente por la aparición de nuevos métodos diagnósticos, una mayor búsqueda de detección de casos y un refinamiento en la calidad metodológica de los estudios. A pesar de estas posibles fuentes de confusión, la consistencia en los diferentes estudios indica que lo más probable es que se trate de un incremento real debido a factores medioambientales y poblacionales.

De acuerdo con un análisis sistemático sobre la carga mundial de la EII a nivel global realizado en 195 países entre el 1990 y el 2017, la EII ha incrementado en más de un 50% en dicho período de tiempo, llegando a 89.6 casos por 100,000 personas (7). Por su parte, la prevalencia estimada para América Latina y el Caribe también ha aumentado considerablemente pasando de 28.1 casos en el 1990 a 33.7 casos por 100,000 personas en el 2017 (Tabla 1), siendo particularmente notorio el incremento en la población infantil. Entre los países con mayor prevalencia en América del Sur se resalta Brasil como el más alto de toda la región (50.8 casos por 100,000 personas) (1). La población afectada son principalmente jóvenes, tal y como se observó en un estudio de incidencia realizado en Uruguay en 2007-2011, que reportó 9.12 casos por 100,000 entre los 20-44 años; 3.45 por 100,000 en menores de 19 años y 2.92 por 100,000 en mayores de 45 años (8).

Tabla 1. Prevalencia estimada EII

Región	Prevalencia por cada 100.000 personas
Global	89.6
Norte América	505.4
Europa y Asia Central	146.5
Asia Pacífico	125.9
América Latina y el Caribe	33.7
Oriente Medio y el norte de África	16.5
Asia del Sur	9.89
África Subsahariana	6.71

Fuente: GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators (7)

Tabla 2. Prevalencia comparativa ^[1] de la enfermedad inflamatoria intestinal entre el 1990 y el 2017: global, regional (América Latina y el Caribe)

País/ Región	Prevalencia por cada	Prevalencia por cada
	100,000 personas 1990	100,000 personas 2017
Global	68.5	89.6
América Latina y el Caribe	28.1	33.7
Argentina	36.7	43.7
Brasil	65.9	47.4
México	23.6	27.9
Panamá	27.9	29.1
Perú	12.2	9.5
República Dominicana	5.9	7.0
Uruguay	42.4	45.0
Venezuela	26.5	25.3

Fuente: GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators (7)

Si bien el análisis realizado a nivel global demuestra un aumento considerable de los casos en la región en las últimas décadas, la falta substancial de estudios poblacionales de alta calidad en la EII en América Latina dificulta tener evidencia actualizada y rigurosa sobre la incidencia y prevalencia de ésta (9). La mayoría de los estudios sobre evidencia y prevalencia de la EII en América Latina se encuentran desactualizados y no están basados en estadísticas de base poblacional; por lo tanto, no permiten inferir la incidencia y prevalencia de la EII correctamente en estos países. Los datos de dichos estudios son tomados de registros hospitalarios en una sola localidad, de centros periféricos de práctica privada, o de los registros de reclamación de medicamentos en las entidades gubernamentales (3). Además, muchos estudios

epidemiológicos realizados en la región se han basado en los diagnósticos de admisión hospitalaria, lo cual subestima la verdadera incidencia debido a que una gran proporción de los pacientes, nunca son hospitalizados y, por lo tanto, no son contabilizados (3).

Durante el periodo de agosto de 2017 a octubre de 2019 se llevó a cabo un estudio de cohorte multicéntrico en el que se incluyeron ocho países: Colombia, Cuba, México, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El objetivo principal del estudio era reportar las características clínicas y epidemiológicas de la EII en los países de América Latina y el Caribe. Dicho estudio mostró un aumento significativo en el diagnóstico de EII en las últimas dos décadas, así como las diferencias en

las características clínicas y epidemiológicas entre ambas regiones (10).

De igual manera, los estudios comparativos epidemiológicos entre poblaciones con la EII constituyen un gran desafío debido a las dificultades y complejidad en la detección de los casos, lo cual es un factor determinante en la validez de los reportes.

Por lo tanto, existe desconocimiento sobre la carga epidemiológica real de la EII en América Latina debido a la falta de registros poblacionales y estadísticas nacionales y regionales. A su vez, existe un subregistro importante por las propias dificultades en el diagnóstico y el desconocimiento de los médicos para la identificación temprana de la enfermedad. Si bien se conoce que existe una tendencia al aumento de los casos tanto a nivel global como en la región, la existencia de datos específicos a nivel local/regional permitiría informar la toma de decisiones adecuadas para abordar la enfermedad.

b. Impacto en la vida de los pacientes

La EII tiene un fuerte impacto en la vida de quienes la padecen debido principalmente a la sintomatología y las complicaciones que la misma presenta. La EII se caracteriza por ser una enfermedad crónica, con un curso variable y en algunos casos progresiva con un daño irreparable, con un amplio espectro de severidad, y etapas de remisión y actividad. Los síntomas varían desde leves a severos durante las recaídas y pueden desaparecer o disminuir durante las remisiones. La gravedad de los síntomas y la naturaleza duradera de la enfermedad pueden tener un impacto extremadamente debilitante en la vida de los pacientes, con tasas más altas de depresión y una menor participación laboral.

En general, los síntomas dependen del tipo de enfermedad y del segmento del tracto intestinal involucrado. Mientras la CUCI es una inflamación que se caracteriza por la aparición de lesiones en colon y recto, la EC puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Aunque la CUCI y la EC tienen patrones de presentación clínica similares, existen algunas diferencias. La CUCI se caracteriza por sintomatología que consiste en diarrea con sangre, dolor tipo cólico abdominal, urgencia fecal y tenesmo rectal (sensación de defecación incompleta); mientras, la EC tiene manifestaciones aún más diversas, tales como dolor abdominal, diarrea con y sin sangre, pérdida de apetito y de peso, anemia, fiebre, fístulas y/o abscesos, fatiga, entre otros (11). Sin embargo, los síntomas no siempre expresan la verdadera gravedad de la

enfermedad. Por otra parte, se estima que hasta un 50% de los pacientes con EII pueden llegar a tener compromiso extraintestinal, principalmente en articulaciones, piel y ojos, causando un significativo deterioro en la calidad de vida. La posibilidad de tener algún compromiso extraintestinal aumenta a mayor tiempo de evolución de la enfermedad (12).

La EII afecta el estado físico y psicológico de los pacientes que la padecen de diversas maneras. Un estudio realizado en España denominado "Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Situación Actual y Retos Asistenciales" (13), destaca que los síntomas de las enfermedades inflamatorias intestinales interfieren de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes, impactando su vida cotidiana, su actividad laboral e incluso sus relaciones personales. El estudio reporta que el 75% de los pacientes evaluados registraron síntomas depresivos en el transcurso de su enfermedad (antes, durante y después del diagnóstico), muchos de ellos registraron síntomas de ansiedad y estrés en relación con la incertidumbre en la aparición de los brotes y por la incompreensión que sienten los pacientes de parte del personal médico, familiares, amigos y dentro de su núcleo laboral. Por lo tanto, el estado emocional y psicológico del paciente se ve afectado por la enfermedad y en ciertos casos, incluso, estos repercuten en la inducción de períodos de actividad y exacerbación (aumento o complicación) de los síntomas.

Los factores psicopatológicos juegan un rol importante en la EII y, de hecho, se consideran un desencadenante o propulsor para los 'brotes'. Otros factores que afectan la calidad de vida de los pacientes se relacionan con las dificultades que implica el manejo propio de la condición, tales como la imposibilidad de consumir algunos alimentos o la necesidad de utilizar los baños con más frecuencia, lo cual en muchas ocasiones repercute en la salud mental, así como en el desenvolvimiento social y laboral de las personas que padecen la condición. Por esta razón, los pacientes con EII requieren una atención integral y multidisciplinaria, que incluya apoyo psicosocial.

Existen organizaciones de pacientes que desarrollan actividades orientadas hacia la EII (Tabla 3). A pesar de algunos esfuerzos aislados de estos grupos, lo cierto es que las organizaciones enfocadas en la EII son muy pocas en la región y en ciertos países aun no existen. El rol de este tipo de organización resulta fundamental para ayudar a la concientización sobre la enfermedad, visibilizar su impacto y abogar por políticas e iniciativas que beneficien a los pacientes.

Tabla 3. Ejemplos de organizaciones de pacientes en la región.

Organización	País	Ejemplo de las actividades
 <p>Fundación Vivir con Crohn y CUCI</p>	 <p>México</p>	<p>Realiza campañas para destacar la importancia que tiene el diagnóstico oportuno y acertado de la EII.</p> <p>Hace abogacía ante la Comisión Nacional de Salud del Senado de la República para que la EII sea considerada prioritaria dentro de la agenda nacional.</p>
 <p>Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn</p>	 <p>Brasil</p>	<p>Logró recientemente una reunión con el Ministro de Salud para priorizar el cuidado de pacientes con la EII.</p>
 <p>Fundación Más Vida de Crohn y Colitis Ulcerosa</p>	 <p>Argentina</p>	<p>Brinda información y apoyo emocional para pacientes con EII y familiares.</p> <p>Realiza asesoramiento sobre el derecho a la salud, servicio legal gratuito, consejo nutricional personalizado.</p> <p>Gestiona sobre aspectos regulatorios ante los agentes del sistema de salud.</p>
 <p>Fundación Argentina de Ayuda para las Personas con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa</p>	 <p>Argentina</p>	<p>Ofrece servicios para pacientes y profesionales en salud.</p>
 <p>Fundación Dominicana de Enfermedades Inflamatorias Intestinales</p>	 <p>República Dominicana</p>	<p>Tienen el objetivo de dar a conocer y aumentar la conciencia sobre la enfermedad, hacer un registro poblacional e intentar el reconocimiento por parte de la seguridad social.</p>
 <p>Fundación de Enfermedades Inflamatorias Intestinales</p>	 <p>República Dominicana</p>	

c. Costos e impacto económico

La EII también tiene importantes consecuencias económicas para los pacientes y para el sistema de salud. Al ser un trastorno crónico y de inicio a temprana edad, sin tratamiento curativo identificado hasta el momento, a menudo estos necesitarán tratamientos complejos a lo largo de sus vidas, lo cual genera un impacto importante en los sistemas de salud, pero también en la productividad del país y en su desarrollo económico (13).

Si bien no existe información rigurosa sobre los costos directos e indirectos de la EII en América Latina, estudios realizados en países como Estados Unidos, Canadá y España, demuestran los posibles costos asociados con estas enfermedades para el paciente y para el país. Según dichos estudios, las personas que padecen la EII pueden incurrir en costos de salud tres veces más altos que las personas que no la padecen. El costo anual promedio por paciente se estima entre US\$3,000 a \$22,987; el costo anual de tratar a personas con la EII puede llegar a ser US \$1.28 billones, lo cual por ejemplo en el caso de España, representa el 1.8% del gasto público sanitario en el país (13,14,15).

En América Latina se estima que los costos pueden ser inclusive mayores, si se tiene en cuenta que una gran parte de la población no está afiliada a servicios o coberturas de salud, lo cual retrasa aún más el diagnóstico oportuno de la enfermedad y, por lo tanto, el acceso a tratamiento. Esto implica que en muchas ocasiones estos pacientes diagnosticados tardíamente van a requerir de mayor atención y tratamientos para manejar la condición, así como pueden sufrir complicaciones versus un paciente que tiene un diagnóstico y tratamiento a tiempo. En algunos casos, además, los sistemas de salud no cubren todos los tratamientos, hecho que retrasa el acceso al tratamiento oportuno (16).

Por otro lado, el estudio realizado en España demostró que los costos indirectos son muy significativos, representando el 46.5% del total de los costos y mayoritariamente están asociados a las pérdidas de productividad por ausencias laborales temporales y a incapacidades laborales. El análisis realizado estimó que más del 40% de los trabajadores activos con la EII se han ausentado alguna vez en los últimos tres meses debido a la enfermedad y el 10% de los pacientes dispuestos a tener un trabajo a tiempo completo, se encuentran empleados de forma involuntaria a tiempo parcial (13).

La posibilidad de contar con información relacionada a los costos directos o indirectos de la enfermedad a nivel local o regional es esencial para visibilizar su impacto y, por lo tanto, para generar conciencia en los tomadores de decisión de la importancia y valor de promover políticas e iniciativas que permitan un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado de la enfermedad.

II. Diagnóstico y manejo de la enfermedad

En general, el diagnóstico de confirmación de la EII se determina siguiendo criterios aceptados internacionalmente que incluyen aspectos clínicos, endoscópicos, de laboratorio, histológicos y radiológicos, que permiten además descartar los posibles diagnósticos diferenciales (17). Aunque en los últimos años se han producido importantes avances en los métodos diagnósticos utilizados, lograr un diagnóstico temprano de la EII sigue siendo uno de los principales retos para el manejo oportuno de la enfermedad.

Estudios recientes en Europa han revelado que aproximadamente en el 45% de los casos los pacientes de la EI tienen más de un año en recibir un diagnóstico definitivo (18). De acuerdo con un estudio similar realizado en Brasil, donde participaron 3,476 pacientes, sólo el 30.25% de las personas fueron diagnosticadas dentro de los seis meses luego de haber presentado síntomas. Cerca del 30% fueron diagnosticados entre seis meses y un año, y tanto como el 20% entre uno a tres años después de su primer síntoma (19).

La gran mayoría de los pacientes son diagnosticados de manera tardía debido a una combinación de factores entre los que se destacan: la automedicación, la falta de capacitación de algunos médicos de atención primaria, lo cual dificulta la identificación/detección de la enfermedad y consecuente referencia temprana a un especialista y la complejidad del método para su diagnóstico.

En primer lugar, es importante resaltar que los síntomas de la EI (dolor abdominal, diarrea o sensación de cansancio, pérdida de peso) no son específicos y pueden asociarse a otra multiplicidad de condiciones. Por lo tanto, los médicos de atención primaria deben analizar de manera integral el cuadro sintomático del paciente, hábitos alimenticios, así como estilo de vida para descartar otros posibles diagnósticos diferenciales (20).

Por otra parte, no existe una sola prueba definitiva para diagnosticar la enfermedad, ya que esto depende de una combinación de análisis, muchos de los cuales pueden llegar a ser costosos y no estar cubiertos por servicios o planes de salud, lo que a menudo retrasa su identificación oportuna. El número y tipo de pruebas dependerá de cada caso y no todas serán necesarias. El diagnóstico se inicia con la sospecha clínica, que se complementa con análisis que permiten detectar anemia o infecciones. Seguido esto, las pruebas de imagen que permiten visualizar las zonas inflamadas y ayudan a determinar la extensión, la gravedad y las complicaciones de la enfermedad. Finalmente, las pruebas endoscópicas con biopsias que permiten un diagnóstico más definitivo de la EI y aportan información sobre la presencia de úlceras, inflamación y sangrado (21). Además, es necesario identificar no sólo las zonas del intestino que están inflamadas, sino también la gravedad de las lesiones, ya que esto permite iniciar el tratamiento más adecuado de forma individualizada (21).

Actualmente, la evaluación endoscópica es la prueba utilizada más frecuentemente en América Latina para detectar, medir y controlar la inflamación intestinal en la EI, la cual se realiza como regla general antes de comenzar cualquier tipo de tratamiento. Sin embargo, la evaluación endoscópica se ve limitada en algunos países de la región debido al costo del procedimiento, lo que a menudo abona a un diagnóstico tardío. La aparición de técnicas de imagen innovadoras como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) han reemplazado progresivamente a los estudios radiológicos convencionales en países de alto ingreso. Sin embargo, en América Latina se continúan usando los exámenes de imagen convencionales tales como la radiografía dado al bajo costo y su disponibilidad (17).

La complejidad del diagnóstico no radica sólo en el uso de múltiples pruebas diagnósticas, sino también en el hecho de que la enfermedad se caracteriza por la alternancia entre períodos activos conocidos como "brotos" y períodos de inactividad o remisión, lo que implica una sintomatología intermitente a lo largo del tiempo. Un porcentaje importante de pacientes presentan sintomatología durante años antes de ser diagnosticados.

El hecho de que los síntomas sean intermitentes, sumado muchas veces a la vergüenza e incomodidad que los mismos generan, hace que los pacientes no vayan al médico o consulten a tiempo, lo que dificulta la primera valoración o diagnóstico a nivel primario. En este sentido, la desinformación del público en general sobre la enfermedad, sus síntomas e implicancias, también es una barrera para el diagnóstico temprano.

El diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno podría disminuir los costos a largo plazo. De hecho, se ha evidenciado que el diagnóstico y tratamiento temprano aumenta la eficacia de los medicamentos, puesto que la respuesta es mejor cuanto menos lesión existe en el tracto digestivo, generando menores complicaciones como cirugías, hospitalizaciones e incluso pensiones por discapacidad. Esto quiere decir que existe lo que se conoce como una “ventana de oportunidad”, entendida como un período de tiempo o momento adecuado para realizar la intervención más efectiva que genere el mayor beneficio. Muchos de los pacientes en la región sobrepasan la ventana de oportunidad y la enfermedad progresa a un daño estructural irreversible, agravando aún más el impacto económico para los pacientes.

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento y el control por parte del médico son indispensables. Los objetivos son calmar los síntomas, cicatrizar las lesiones cuando es posible y tratar de que la enfermedad no se reactive. Dado que se trata de una enfermedad crónica, la continuidad y el seguimiento de los pacientes es fundamental. A su vez, producto de las características, síntomas e impacto en la vida del paciente, tanto físico como psíquico, se requiere de un abordaje integral/multidisciplinario que incluya intervención y coordinación de gastroenterólogos, cirujanos coloproctólogos, nutricionistas, e incluso los profesionales de psiquiatría y/o psicología clínica (22). Si bien no existen datos estandarizados y estadísticas oficiales sobre el número de especialistas que existen en cada país, las largas esperas y las barreras geográficas suelen dificultar el acceso a los mismos y, por lo tanto, el acceso a un manejo adecuado y óptimo de la enfermedad.

En lo que respecta al manejo de la enfermedad, el desarrollo de guías de práctica clínica ha sido variable y poco consistente en la región. En ciertos países como Brasil y México, existen guías clínicas para el diagnóstico y manejo de la enfermedad que incluyen recomendaciones sobre el uso de terapias innovadoras, que fueron elaboradas por entidades de gobierno como el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) en México en el 2014, la Sociedad Venezolana de Gastroenterología y Grupo Venezolano EII en 2014, y el Comité Nacional para la Incorporación de Tecnologías Sanitarias (CONITEC) del Ministerio de Salud en Brasil en el 2019. En otros países como Argentina, Perú y Panamá no existen guías o consensos locales. En el caso de Argentina y Uruguay, las sociedades científicas promueven el uso del consenso basado en la evidencia de la Organización Europea de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa publicado en el 2017.

En el 2011, se estableció la Organización Panamericana de Crohn y Colitis (PANCCO, Pan American Crohn's and Colitis Organization) conformada por médicos gastroenterólogos de diversos países incluyendo México, Argentina, Brasil, Colombia, Venezuela y Canadá. El propósito de la organización es aumentar la concientización de la EII, promover en la población general y entre los profesionales de la salud un cuidado óptimo a

través de entrenamientos y educación médica accesible de alta calidad, así como fomentar la investigación en América Latina. En el 2017 PANCCO publicó el primer consenso latinoamericano para estandarizar y proveer un criterio homogéneo para el diagnóstico y el tratamiento de la EI (17). Es importante mencionar que la existencia de un consenso a nivel regional no garantiza su implementación adecuada en todos los países de la región, pero es un buen primer paso para tener una guía regional que sea adaptable a los países, puesto que sirve de base para generar cambios en las políticas locales.

La EI es una enfermedad crónica sin cura identificada; sin embargo, una manera de reducir la severidad de sus síntomas es diagnosticando la enfermedad en sus etapas tempranas (23), por lo cual mejorar las capacidades actuales para el diagnóstico de la enfermedad es fundamental. A su vez, la complejidad de la enfermedad requiere de un manejo integral y multidisciplinario que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes.

III. Acceso al tratamiento adecuado y efectivo

Las Enfermedades Inflamatorias Intestinales son enfermedades crónicas que actualmente no tienen cura definitiva. Sin embargo, una vez que el paciente ha sido diagnosticado, existe una amplia variedad de tratamientos que le permitirán tener un adecuado control de los síntomas y las consecuencias de la enfermedad a largo plazo, así como mejorar su calidad de vida. Escoger un plan de tratamiento para la EI es complejo y varía mucho de paciente en paciente, por lo que es importante que el médico prescriba los tratamientos considerando un enfoque individualizado, mitigando los síntomas y posibles complicaciones derivadas de ésta.

Existen tratamientos farmacológicos tradicionales, biológicos y otras medidas complementarias para la EI, como apoyo nutricional especializado y cirugía. La elección del tratamiento depende del tipo de enfermedad (colitis ulcerosa crónica idiopática o enfermedad de Crohn), la localización, el grado de la actividad inflamatoria (leve, moderada o grave), la edad del paciente, las comorbilidades y las manifestaciones extraintestinales, los síntomas y la respuesta a medicamentos previos (23).

Los tratamientos tradicionales para la enfermedad inflamatoria intestinal incluyen los tratamientos sintéticos compuestos principalmente de corticoides, los salicilatos y los inmunosupresores, los cuales tienen agentes con efectos antiinflamatorios, alivian el dolor abdominal y disminuyen otros síntomas como la diarrea. Estos tratamientos pueden ser recomendados a corto plazo (como los corticoides, que pueden tener efectos secundarios si son utilizados durante largos períodos), o a largo plazo para mantener los síntomas bajo control (24).

Por su parte, las terapias biológicas y las nuevas pequeñas moléculas existentes en la actualidad están dirigidas a reducir la inflamación intestinal al enfocarse en respuestas específicas del sistema inmune e inflamatorio. Esta clase de medicamentos representa una solución innovadora y eficaz en el tratamiento de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa crónica idiopática de condición moderada a grave. Los agentes biológicos utilizados en la actualidad incluyen: agentes anti-TNF, anti-IL, medicamentos anti-integrina e inhibidores de cinasas. Estos medicamentos a menudo se administran a largo plazo y pueden ser la primera línea de tratamiento para pacientes con enfermedad de moderada a severa y/o criterios de mal pronóstico (24).

Los medicamentos no siempre logran controlar los síntomas de todos los pacientes con EII puesto que, a pesar de cumplir con el tratamiento prescrito, algunas personas desarrollan complicaciones que pueden necesitar de intervenciones más invasivas como cirugías. Aunque los porcentajes difieren según el contexto local de cada país, expertos concuerdan que en la región aproximadamente entre el 5% al 10% de las personas con colitis ulcerosa crónica idiopática y hasta un 50% de quienes padecen enfermedad de Crohn, eventualmente necesitarán una cirugía. La cirugía puede estar asociada a incrementos en la morbimortalidad de los pacientes, así como cifras de recurrencia de la enfermedad a largo plazo, con alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y los sistemas de salud. Además, el plan de tratamiento puede estar acompañado por otras recomendaciones que contribuyen al manejo de los síntomas (antibióticos, agentes antiespasmódicos, analgésicos, psicoterapia de apoyo y sugerencias de cambio en la dieta) (24). Es fundamental tener en cuenta que el impacto de esta intervención se puede disminuir con un diagnóstico y tratamiento oportuno y temprano.

Actualmente existe una amplia variedad de medicamentos que pueden ser prescritos para la EII, destacándose un mayor uso de los tratamientos tradicionales que están cubiertos por el sector público en los países de la región (23). La utilización de los medicamentos biológicos en América Latina se presenta en menor proporción que en otras regiones debido en parte al desconocimiento de los médicos respecto a su uso y seguimiento, y a las barreras de acceso de los propios sistemas de salud. Muchos médicos sienten temor en recomendar el uso de medicamentos biológicos, dado que los mismos están asociados a una incidencia potencial de eventos adversos, ya que precisamente modifican la respuesta del sistema inmune. Sin embargo, estas posibilidades pueden ser manejadas por los profesionales a partir de un protocolo de seguimiento (25).

Por otro lado, los tiempos y procesos que conlleva la evaluación de tecnologías sanitarias, así como la inclusión de nuevos medicamentos en los listados de reembolso, son importantes barreras para que los pacientes puedan acceder a los tratamientos más novedosos. Esta situación ha generado que muchos pacientes recurran a la vía legal para exigir y acceder al tratamiento. En aquellos casos en que los medicamentos se encuentran disponibles y cubiertos. Sin embargo, existen múltiples obstáculos administrativos y trámites burocráticos que demoran el proceso de entrega y desestimulan, tanto a que los pacientes completen el proceso como a que los médicos prescriban dichos medicamentos (23).

Otra barrera importante para el acceso continuo al tratamiento se relaciona con la falta de adherencia al mismo, para lo cual es imperativo que se mantenga una comunicación eficaz entre médico/paciente que promueva acceso y, sobre todo, consistencia con el tratamiento. Aun cuando los pacientes logran recibir su tratamiento, muchas veces no lo continúan. Las características propias de la EII propician la baja adherencia al tratamiento, dado que tiene una larga evolución con períodos largos de inactividad, donde el paciente se cree libre de la enfermedad y corre el riesgo de abandonar el tratamiento. La necesidad de tratamientos convencionales donde se usa una combinación de fármacos o vías de administración que no son cómodas, como es el caso de supositorios, espumas y enemas, también pueden dificultar la continuidad del tratamiento. A pesar de esto, la adherencia a los tratamientos farmacológicos en la EII es fundamental, pues

de esta manera el paciente tiene un mejor control y evita recaídas y complicaciones que afectan su desarrollo personal y laboral, además de disminuir el número de exploraciones complementarias y hospitalizaciones (13).

Discusión y conclusiones

La EII es una enfermedad crónica de alta incidencia y prevalencia a nivel global, con causas multifactoriales y para la cual aún no existe cura definitiva. Los síntomas de la enfermedad, junto con las complicaciones que pueden ocurrir en su desarrollo, tienen un fuerte impacto en la vida de los pacientes tanto a nivel físico como emocional, social, y laboral. Por lo tanto, lograr el diagnóstico temprano es fundamental para asegurar un tratamiento oportuno que evite la progresión de la enfermedad, reduzca las complicaciones y permita mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

Si bien no existen datos rigurosos que den cuenta de la real incidencia de la enfermedad en la región, se estima que la prevalencia de la EII ha aumentado de manera progresiva en América Latina y el Caribe debido mayormente a factores medioambientales y poblacionales, y esta tendencia continuará en los próximos años. A pesar de esto, existe muy poco conocimiento sobre la enfermedad por parte del público en general y su atención no se encuentra entre las prioridades o agenda de salud de gobiernos.

La falta de capacitación y concientización sobre la enfermedad se traduce en un retraso en el diagnóstico ya que el mismo paciente no asocia sus síntomas (a menudo intermitentes o por ciclos) con estas condiciones, dado que los síntomas son poco específicos y pueden asociarse con otras circunstancias. Esto sumado a la vergüenza e incomodidad que puede generar, dificulta y retrasa la consulta a los médicos para su diagnóstico y tratamiento.

La necesidad de conocimiento también se observa entre los profesionales de la salud, dado que el diagnóstico de la enfermedad suele darse en etapas tardías, producto de la inespecificidad de sus síntomas, pero también de la falta de capacitación de los médicos en general para su correcta identificación. La complejidad de la evaluación también radica en la necesidad de diferentes pruebas para llegar a un diagnóstico definitivo, algunas de las cuales implican procedimientos que representan importantes costos para el sistema de salud, que en muchos casos terminan siendo asumidos en alguna proporción por los pacientes.

Los retrasos y dificultades para acceder a especialistas y la ausencia de un abordaje multidisciplinario/integral, dificultan que los pacientes puedan acceder a un adecuado tratamiento de la enfermedad. Los síntomas, características y posibles complicaciones asociados a la enfermedad requieren de un trabajo multidisciplinario entre gastroenterólogos y cirujanos coloproctólogos, psicólogos y nutricionistas, entre otros. La comunicación entre el personal de salud y el paciente, así como el adecuado seguimiento de éstos, es fundamental para asegurar la adherencia al tratamiento. La ausencia de criterios unificados y estandarizados para el control y manejo de la enfermedad a través de guías clínicas de tratamiento representa un importante obstáculo para asegurar el correcto tratamiento de la EII.

Por último, la capacitación y actualización del conocimiento de los profesionales de salud respecto al manejo integral de la enfermedad, el empoderamiento y la incentivación de la conformación e integración de grupos de pacientes, así como los esfuerzos para abordar las

barreras estructurales para el acceso que se presentan en los sistemas de salud, favorecería el derecho de los pacientes de acceder al mejor tratamiento disponible.

Recomendaciones

1. Generar evidencia que permita visibilizar la problemática y promover la toma de decisiones

- Fortalecer los mecanismos de recolección y procesamiento de datos, a través de esfuerzos locales y/o internacionales que permitan la obtención de datos de calidad y la estandarización de la información, de manera que se tenga información más rigurosa sobre la carga de la enfermedad de la EII y su impacto en la sociedad.

- Abogar por la declaración de la EII como una enfermedad de notificación obligatoria para facilitar la identificación y registro de casos a nivel nacional.

2. Educar y concientizar a la población sobre la enfermedad, sus síntomas e impacto en la calidad de vida de los pacientes

- Desarrollar campañas continuas de educación y sensibilización sobre la enfermedad a través de medios de comunicación de gran alcance, tales como televisión, radio y redes sociales, para combatir la discriminación, educar al público sobre signos y síntomas, así como de su impacto, complicaciones y cómo pueden afectar la calidad de vida de los pacientes. Estas campañas deben resaltar la importancia de obtener un diagnóstico a tiempo (en etapa leve) y de sobrellevar la vergüenza asociada con padecerla. Esto contribuirá a empoderar a los pacientes para que busquen asistencia médica adecuada para el manejo de la EII y sus síntomas y a que sean diagnosticados oportuna y adecuadamente. .

- Promover el desarrollo e implementación de programas de educación sobre la enfermedad que incluyan a los pacientes, familiares y redes de apoyo, para así fortalecer y optimizar la adherencia al tratamiento.

3. Fortalecer las capacidades del sistema de salud para lograr un acceso universal, con énfasis en lograr criterios unificados que promuevan un diagnóstico oportuno y el acceso al tratamiento

- Capacitar y entrenar al personal de salud en cuanto a los signos y síntomas de la enfermedad, para su diagnóstico temprano, desde una perspectiva integral.

- Promover una mayor concientización entre especialistas de las áreas de medicina general, gastroenterología, patología, coloproctología, cirugía, nutrición, dermatología, reumatología, inmunología, gastro pediatría, ginecología, psiquiatría, entre otras.

- Capacitar enfermeras para que puedan colaborar en los cuidados y servir de conexión entre los pacientes y los servicios, que brinden información adecuada para facilitar el acceso al manejo adecuado de los pacientes.

- Promover un manejo integral de la enfermedad, de manera que los pacientes sientan un apoyo más integrado, incluyendo el factor psicológico dado al impacto que tiene la EII en la calidad de vida de los pacientes y en su estado emocional. Considerar la creación de equipos multidisciplinarios que incluyan gastroenterólogos, cirujanos coloproctólogos, radiólogos, nutricionistas, psicólogos y enfermeros, entre otros.

- Promover la jerarquización de la consulta especializada, entendiendo que la consulta con un equipo multidisciplinario debe tener una remuneración adecuada.

- Promover el desarrollo e implementación de guías clínicas de tratamiento basadas en evidencia a nivel nacional, que fomenten el manejo interdisciplinario de la enfermedad e incorporen la indicación y uso de terapias innovadoras, al igual que la capacitación de los médicos en la implementación de estas guías.

- Generar una guía latinoamericana de abordaje y tratamiento de la EI, que incluya la necesidad de registro de la enfermedad y que contemple las barreras del contexto regional.

- Fomentar la creación de redes y el uso de telemedicina para apoyar a los médicos de atención primaria en el diagnóstico y captación de los pacientes.

4. Promover la interacción, colaboración y participación de todos los sectores involucrados en la toma de decisiones

- Fortalecer el rol, la integración y la participación de las organizaciones de pacientes en la toma de decisiones como canal para visibilizar y crear conciencia sobre las necesidades no atendidas de los pacientes y proponer soluciones para su atención.

- Generar y multiplicar los espacios de discusión entre pacientes, médicos, proveedores (tanto públicos como privados) y tomadores de decisión.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales.

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

El manuscrito no contiene información de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que este artículo no contiene información de pacientes.

Financiación

La reunión para discutir y elaborar este documento final fue financiada por Janssen Pharmaceutica. El desarrollo del documento se llevó a cabo de manera independiente. Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente responsabilidad de los autores y no están influenciadas por partes interesadas externas o patrocinadores.

Conflicto de intereses



Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Jairath V, Feagan BG. Global burden of inflammatory bowel disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5: 2-3. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30358-9
2. Bye WA, Jairath V, Travis SPL. Systematic review: the safety of vedolizumab for the treatment of inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2017; 46: 3-15. DOI: 10.1111/apt.14075
3. Pineda LF. Enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia. ¿Está cambiando nuestro perfil

- epidemiológico?. *Rev Col Gastroenterol* 2010; 25: 234-237
4. Russel MG. Changes in the incidence of inflammatory bowel disease: what does it mean? *Eur J Intern Med.* 2000; 11: 191-196. DOI: 10.1016/s0953-6205(00)00090-x
 5. Lakatos L, Lakatos PL. Is the incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases increasing in Eastern Europe? *Postgrad Med J* 2006; 82: 332-337. doi: 10.1136/pgmj.2005.042416
 6. Ouyang Q, Tandon R, Goh KL, et al. The emergence of inflammatory bowel disease in the Asian Pacific region. *Curr Opin Gastroenterol* 2005; 21: 408-413
 7. GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5:17-30. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30333-4
 8. Iade B, Buenavida G, Casañas A. Incidence of inflammatory bowel disease in two medical Centers in Uruguay, during the period 2007-2011. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2018; 48:263-270.
 9. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, et. al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: a Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020; 2:304-312. DOI: 10.1016/j.cgh.2019.06.030
 10. Yamamoto-Furusho J-K, Parra-Holguín N N, E Grupo-Colombiano, et al. P749 Epidemiological and clinical characterisation of inflammatory bowel disease (IBD) in Latin America and the Caribbean: The EPI-LATAM IBD study from the Pan American Crohn's colitis organisation. *Journal of Crohn's and Colitis* 2020; 14: S599-S600. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjz203.877
 11. Colitis ulcerosa. Confederación ACCU, España. 2019. Disponible en: <https://www.accuesp.com/crohn-y-colitis/la-enfermedad/sintomas>
 12. Luzoro A, Sabat P, Guzmán L, et al. Manifestaciones extraintestinales de enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2019; 30:305-314. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.001>
 13. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la calidad de vida. Confederación ACCU, España. 2017. Disponible en: <https://accuesp.com/impacto-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-la-calidad-de-vida>
 14. Park KT, Ehrlich OG, Allen JI, et. al. The Cost of Inflammatory Bowel Disease: An Initiative from the Crohn's & Colitis Foundation. *Inflamm Bowel Dis* 2020;26: 1-10. # DOI: 10.1093/ibd/izz104
 15. Kaplan G, Benchimol E, Bernstein Ch, et al. 2018 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada. *Crohn's and Colitis Canada* 2019. Disponible en: https://crohnsandcolitis.ca/Crohns_and_Colitis/documents/reports/2018-Impact-Report-LR.pdf
 16. Márquez JR, Gomollón F. El papel de los biosimilares en la enfermedad inflamatoria intestinal: una realidad en nuestro país. *Revista Colombiana De Gastroenterología* 2017; 32: 311-325. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.174>
 17. Yamamoto-Furusho, JK. Diagnosis and Management of Inflammatory Bowel Disease (IBD) in Mexico and Central America. *WGO Handbook on Inflammatory Bowel Disease (IBD) World Digestive Health Day WDHD May 29, 2017.* Disponible

- en: https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/image/WGOF/WGOF_180220_WDHD2017_WGOHandbook_FINAL.pdf
18. Diagnóstico. Confederación ACCU España 2019. Disponible en: <https://accuesp.com/crohn-y-colitis/la-enfermedad/diagnostico>
 19. Jornada do paciente com doença inflamatória intestinal. Estudo quantitativo e qualitativo sobre a vida do paciente com DII no Brasil. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD) 2017. Disponible en: https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2018/01/JORNADA_DO_PACIENTE_COMPLETA.pdf?utm_source=jornada&utm_medium=site&utm_campaign=completo
 20. Diagnosing Inflammatory Bowel Disease in Adults. NYU Langone Health (s.f.). Disponible en: <https://nyulangone.org/conditions/inflammatory-bowel-disease-in-adults/diagnosis>
 21. Enfermedad intestinal inflamatoria. Mayo Clinic (s.f.). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/inflammatory-bowel-disease/diagnosis-treatment/drc-20353320?p=1>
 22. Tobón S, Vinaccia S, Quiceno JM, et al. Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Av. Psicol. Latinoam. 2007; 25: 83-89
 23. Ordas Jimenez I, Gallego Barrero M. Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital Clinic Barcelona 2020. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/enfermedad-inflamatoria-intestinal/tratamiento>
 24. Medication for Inflammatory Bowel Disease in Adults. NYU Langone Health. (s.f.). Disponible en: <https://nyulangone.org/conditions/inflammatory-bowel-disease-in-adults/treatments/medication-for-inflammatory-bowel-disease-in-adults>
 25. Steinwurz F, Carvalho NS, Queiroz de Miranda ML, et al. Diagnosis and Management of Inflammatory Bowel Disease (IBD) in Latin America. WGO Handbook on Inflammatory Bowel Disease (IBD): Navigating Evolving Therapies In An Evolving Disease. WORLD DIGESTIVE HEALTH DAY MAY 29, 2017. Disponible en: https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/image/WGOF/WGOF_180220_WDHD2017_WGOHandbook_FINAL.pdf

País	Medicamentos aprobados por entidades públicas	Barreras locales en el acceso
 <p>Argentina</p>	<p>Adalimumab Azatioprina Budesonida Certolizumab Ciclosporina Golimumab Hidrocloruro de cortisona Infliximab Meprednisona 6-Mercaptopurina Mesalazina Metotrexato Sulfasalazina Ustekinumab Vedolizumab</p>	<p>El sistema de salud está muy fragmentado, lo que hace que la cobertura no sea homogénea, aunque la mayor parte de la población tiene cobertura para biológicos por el total del valor. Sin embargo, la cobertura regular para las mesalazinas es de sólo el 70%, lo cual resulta insuficiente considerando los precios de estos medicamentos en relación con los salarios.</p> <p>Eventualmente los pacientes pueden acceder al 100% de cobertura de toda la medicación tramitando un "certificado de discapacidad" ante el ente oficial correspondiente.</p>
 <p>Brasil</p>	<p>Alopurinol Adalimumab Azatioprina Certolizumab Ciprofloxacino Hidrocloruro de cortisona Infliximab Mesalazina Metilprednisolona Metotrexato Metronidazol Prednisona Sulfasalazina Vedolizumab</p>	<p>Ciertos tratamientos biológicos están disponibles y cubiertos por el sector público (adalimumab, certolizumab, infliximab y vedolizumab), pero únicamente cuando fallan los tratamientos convencionales (sulfasalazina, mesalazina, azatioprina y corticoides), y no como primera línea en casos de moderados a severos de la enfermedad. Hay dificultades debido al desabastecimiento en ciertas regiones y la cantidad de trámites burocráticos, por lo que se pueden tardar hasta cuatro meses en recibir el tratamiento.</p> <p>Las organizaciones civiles han reportado que en ocasiones los pacientes reciben dosis incorrectas de los medicamentos.</p>
	<p>Adalimumab Azatioprina Ácido Ursodeoxicólico</p>	<p>La Mesalazina es de uso exclusivo de gastroenterólogos.</p> <p>El acceso al tratamiento básico ha mejorado, pero hay desabastecimiento ocasional.</p> <p>El acceso a los tratamientos de alto costo es más complejo, puesto que tienen que ir a una junta, después a farmacoterapia del hospital. Después se asciende a revisión por parte de</p>

Notas

- [1]** Prevalencia estandarizada por edad y sexo, en Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.