

Variación en el cuidado de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): resultado de una encuesta

Survey results regarding variations in care of patients with inflammatory bowel disease

Fabián Juliao Baños, MD,¹ Yineth Agudelo Zapata, MD,² Carlos Yepes Delgado, MD.¹

¹ Sección de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Coordinador Consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Pablo Tobón Uribe Medellín-Colombia. Profesor Universidad de Antioquia y Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín, Colombia.
E-mail: fabianjuliao@hotmail.com

² Residente de Medicina Interna, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

³ Epidemiólogo Unidad de Investigaciones, Hospital Pablo Tobón Uribe. Profesor Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Fecha recibido: 31-03-13
Fecha aceptado: 19-12-13

Resumen

Objetivos: determinar, en Colombia, la variación en el cuidado de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) entre especialistas con experiencia en el manejo de esta entidad. La calidad en el cuidado de nuestros pacientes con EII es el principal mecanismo a través del cual podemos ofrecer un nivel adecuado de atención en salud a nuestra población.

Métodos: se realizó un análisis estadístico descriptivo con las respuestas obtenidas de una encuesta con 13 preguntas relacionadas con calidad en el cuidado de pacientes con EII realizada durante el año 2011 a especialistas con interés en el manejo de pacientes con EII.

Resultados: cincuenta y siete especialistas en gastroenterología y coloproctología contestaron el cuestionario de 13 preguntas. Dentro de los resultados más interesantes tenemos que 44% de los encuestados utiliza medicamentos 5-ASA tópicos como monoterapia para el tratamiento de proctitis ulcerativa leve. 30% utiliza dosis correcta de azatioprina (2,0-2,5 mg/kg). Solo 47% de los especialistas prefieren la terapia biológica de inicio ("top down") en pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) fistulizante. 54% realizan vacunación a sus pacientes con EII previo al inicio de terapia inmunosupresora. En cuanto al tabaquismo en EC, 67% consideran que deben suspenderlo pero 21% no dan recomendaciones al respecto. Solo 54% de los encuestados realizan tamizaje para osteoporosis en individuos con EII y uso crónico de esteroides. Por último, en cuanto a tamizaje de cáncer colorrectal en pacientes con EC, el 67% lo realiza similar a las recomendaciones para colitis ulcerativa (CU).

Conclusión: existe una gran variabilidad en el manejo y en el cuidado preventivo de pacientes con EII en nuestro medio, esto representa una gran oportunidad para un mejoramiento continuo de nuestra práctica diaria. Es necesaria una mayor adherencia a las guías y recomendaciones internacionales por parte nuestra, para un adecuado manejo de los pacientes con EII.

Palabras claves

Enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, calidad de cuidado.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos entidades, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerativa (CU), patologías intestinales inflamatorias crónicas e idiopáticas, que alteran significativamente la calidad de vida de los que la padecen y son costosas para el sistema de salud (1). Numerosas guías basadas en la evidencia clínica

han sido publicadas (2-7), donde se dan recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la EII y sus complicaciones. Recientemente, se ha publicado el consenso colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, donde se dan múltiples recomendaciones de manejo sobre diferentes temáticas en EII adaptadas a nuestro medio (31). A pesar de lo anterior, se ha demostrado una amplia variación en el cuidado de pacientes con EII, en aspectos como el diag-

Abstract

Objectives: The quality of care of our patients with inflammatory bowel disease (IBD) is the principal mechanism through which we can offer an appropriate level of health care for our population. Therefore, it is important to determine variations in care provided for patients by specialists with expertise in the management of IBD in Colombia.

Methods: This is a descriptive statistical analysis of responses to a survey with 13 questions related to quality of care provided to patients with IBD. The survey was conducted in 2011 among specialists who are interested in the management of patients with IBD.

Results: Fifty seven gastroenterologists and coloproctologists answered all 13 questionnaire questions. Among the most interesting results is the fact that 44 % of the respondents use topical 5-ASA drugs as monotherapy for treatment of mild ulcerative proctitis. 30% use correct doses of azathioprine (2.0 to 2.5 mg / kg). Only 47 % of these specialists prefer to start with top down biological therapy in patients with fistulizing Crohn's disease (CD). Fifty four percent vaccinate their patients with IBD prior to the start of immunosuppressive therapy. Sixty seven percent think that patients with CD should suspend smoking, but 21% do not give patients any recommendation about smoking. Only 54 % of respondents screen for osteoporosis in individuals with IBD and chronic steroid use. Finally, 67% screen for colorectal cancer in patients with CD which is similar to the recommendations for ulcerative colitis (UC).

Conclusion: Treatment and preventive care for patients with IBD varies greatly within our environment, this represents a great opportunity for continuous improvement in our daily practice. Greater adherence to guidelines and recommendations for proper management of our patients with IBD is required.

Keywords

Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality of care.

nóstico, tratamiento, cuidado preventivo y recomendaciones de vigilancia de cáncer colorrectal (8-10). Todo esto lo observamos en nuestra práctica diaria donde sobre utilizamos, subutilizamos o mal utilizamos los recursos médicos que tenemos a nuestro alcance. La calidad en el cuidado de nuestros pacientes con EII basada en estándares internacionales aceptados es el principal mecanismo mediante el cual podemos ofrecer un nivel de atención en salud adecuado a nuestra población. Reconocer la variación en el manejo es el paso inicial para mejorar la calidad en la atención médica de nuestros pacientes con EII (11). Con esto en cuenta, diseñamos una encuesta para determinar, en Colombia, la variación en el cuidado de pacientes con EII entre especialistas con experiencia en el manejo de esta entidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con las respuestas obtenidas en una encuesta realizada durante el año 2011 a gastroenterólogos clínicos, coloproctólogos y cirujanos endoscopistas de las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, con interés en el manejo de pacientes con EII. Esta encuesta se realizó a especialistas que asistieron a conferencias de actualización en EII en las diferentes ciudades mencionadas. En total, 57 especialistas contestaron en forma completa la encuesta, y de las respuestas obtenidas se realizó el análisis estadístico.

Para la encuesta de calidad en EII se seleccionaron 13 preguntas (anexo 1) basadas en recomendaciones de asociaciones científicas internacionales como la AGA (*American Gastroenterology Association*) y la CCFA (*Crohn & Colitis Foundation of America*), sobre calidad en el cuidado de pacientes con EII. Adicionalmente, se incluyeron preguntas sugeridas por los autores de este estudio, teniendo en cuenta recomendaciones de una publicación anterior (11). En cuanto al resultado de la encuesta, para el análisis dividimos las preguntas en: tópicos de calidad con respecto al tratamiento, conocimiento de cuidado preventivo y una pregunta de vigilancia apropiada de cáncer colorrectal en EC.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, se obtuvieron los porcentajes de cada uno de los ítems de la encuesta; los resultados se analizaron con el software estadístico SPSS.

RESULTADOS

Un total de 57 especialistas contestaron la encuesta de calidad en EII, de los cuales 63% son gastroenterólogos clínicos, 21% coloproctólogos y 16% cirujanos endoscopistas. La mayoría de los encuestados trabajan en la ciudad de Bogotá (39%), el resto ejercen su profesión en Cali (25%), Barranquilla (23%) y Medellín (14%).

En cuanto al resultado de la encuesta, entre las preguntas sobre recomendaciones de calidad, con respecto al tratamiento, el 44% de los encuestados utiliza medicamentos

5-ASA tópico como monoterapia para el tratamiento de proctitis ulcerativa leve. Llama la atención que el 30% de los encuestados nunca utiliza terapia tópica con 5-ASA en este tipo de pacientes (figura 1). De igual manera, solo 7% de los encuestados adicionan terapia tópica con 5-ASA ante no respuesta al tratamiento con 5-ASA oral en colitis extensa, la mayoría de ellos (63%) prefieren utilizar esteroides orales. De otra parte, 49% de los especialistas contestaron que el tiempo máximo de exposición a un ciclo de esteroides oral es de 3 meses, 9% de ellos podrían continuar utilizándolos hasta por 6 meses (figura 2).

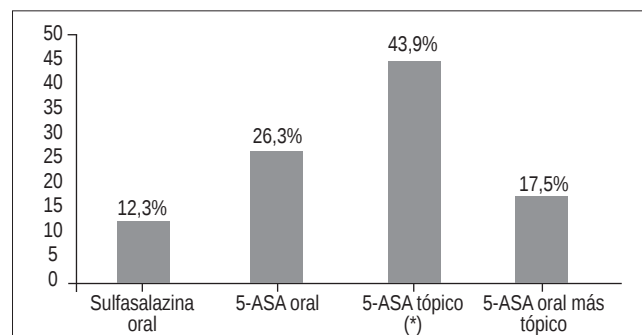


Figura 1. Primera elección de tratamiento en pacientes de proctitis ulcerativa con actividad leve.

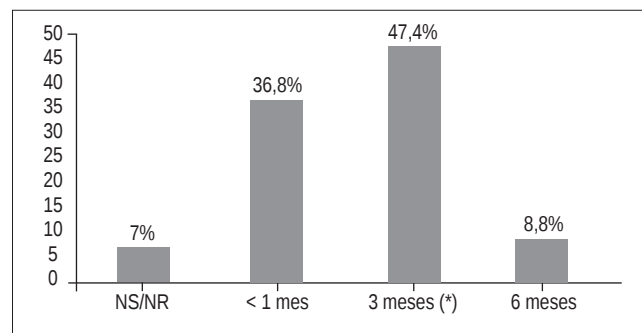


Figura 2. Duración máxima del tratamiento cuando se formulan esteroides.

Con respecto al uso de inmunosupresores, 37% de los encuestados lo inician después de dos ciclos de esteroides, un 30% espera 3 ciclos y 10% inician azatioprina después de más de 3 ciclos. 30% de los encuestados utiliza la dosis correcta de azatioprina de 2,0-2,5 mg/kg, 28% de ellos utilizan dosis subterapéuticas de 1-1,5 mg/kg; llama la atención que 35% utilizan dosis estándar de 50 o 100 mg/día, independiente del peso del paciente (figura 3). Adicionalmente, solo 47% de los especialistas tiene en cuenta la terapia biológica de inicio ("top down") en pacientes con EC fistulizante.

Por otro lado, con respecto a las preguntas relacionadas con el cuidado preventivo en EII, el 54% realizan vacu-

nación a sus pacientes con EII previo al inicio de terapia inmunosupresora. Según el tipo de vacunas, 46% reciben vacuna contra hepatitis B, 39% contra neumococo, 33% para varicela y solo 18% para influenza y tétanos (figura 4).

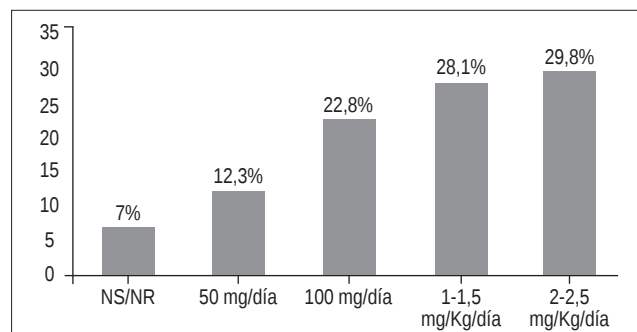


Figura 3. Dosis total de azatioprina utilizadas en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

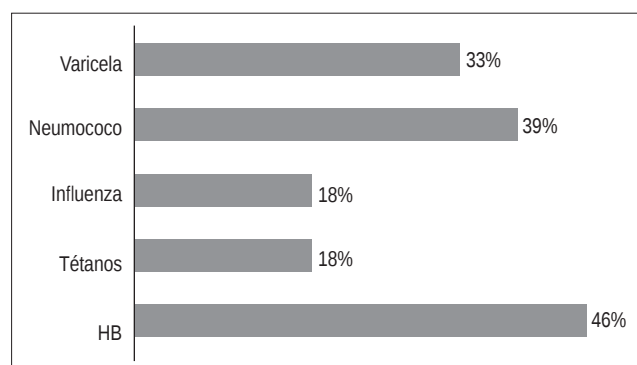


Figura 4. ¿Qué tipo de vacuna está aplicando a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal previo a terapia inmunosupresora?

La conducta de los especialistas encuestados en cuanto al tabaquismo en EC es suspenderlo en 67% de los casos, el 21% no da recomendaciones a sus pacientes al respecto (figura 5). En cuanto al manejo de anemia ferropénica severa en pacientes de EC con compromiso del intestino delgado extenso, 3,5% utilizan de entrada hierro parenteral, la mayoría prefiere iniciar hierro oral (67%). Solo 54% de los encuestados realizan tamizaje para osteoporosis en individuos con EII y uso crónico de esteroides.

En pacientes con indicación para terapia biológica con radiografía de tórax normal y prueba de tuberculina >5 mm, el 39% de los encuestados no la inicia y prefiere continuar con terapia estándar. El 40% realiza quimioprofilaxis con isoniazida e inicia la terapia biológica (figura 6). Por último, en cuanto a tamizaje de cáncer colorrectal en pacientes con EC, el 67% lo realiza similar a las recomendaciones para colitis ulcerativa (figura 7). Un resumen de las preguntas y respuesta acertadas se presenta en la tabla 1.

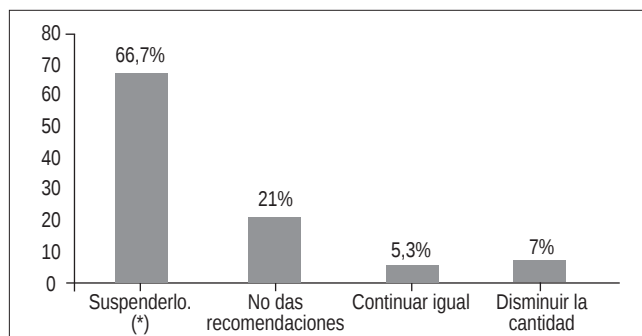


Figura 5. En cuanto al tabaquismo en enfermedad de Crohn, ¿su recomendación al paciente es?

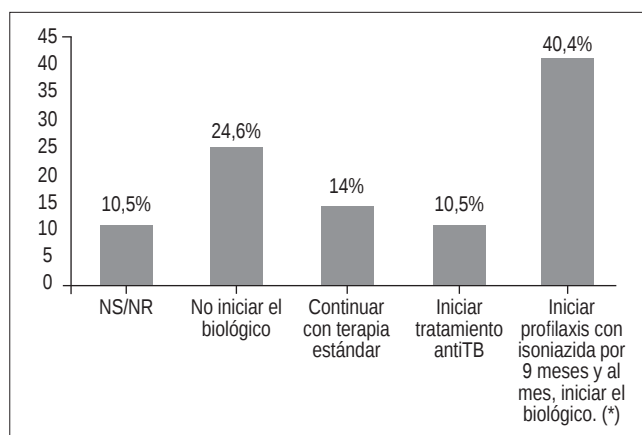


Figura 6. En un paciente con indicación para terapia biológica, con Rx de Tórax normal y prueba de tuberculina POSITIVA (>5 mm), ¿su conducta es?

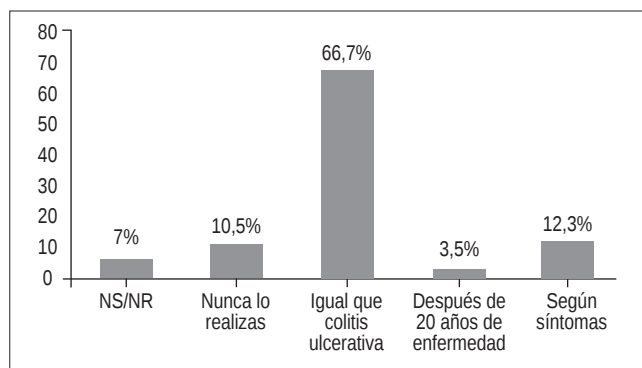


Figura 7. En cuanto al tamizaje de Ca de colon en pacientes con E. Crohn con compromiso colónico, ¿su conducta es?

DISCUSIÓN

En este estudio se evidencia una gran variabilidad en el cuidado de pacientes con EII entre médicos especialistas en gastroenterología y coloproctología de diferentes ciudades del país. Esto no es una dificultad local, ocurre también en

otros países. Un estudio en Boston (EU), con 64 pacientes que asistían a consulta para segundo concepto y evaluando la adherencia a guías establecidas encontró que 75% con colitis ulcerativa distal no recibían 5-ASA tópico, en nuestro estudio esta cifra fue de 56%. Adicionalmente, el 82% de los pacientes que usaban azatioprina tenían dosis subterapéuticas, lo cual fue de 70% en nuestra encuesta (8). Hallazgos similares se encontraron en un estudio en China, donde en forma retrospectiva encontraron que solo 54% de pacientes con colitis distal recibían 5-ASA tópico, solo 19,6% de pacientes con indicación para uso de tiopurinas la recibían y en 57% de ellos la dosis era subóptima (12). En cuanto a la dosis de azatioprina, es bien establecido que la mejor respuesta para mantener remisión clínica en EC se obtiene con una dosis de 2,5 mg/kg/día. Una revisión de Cochrane encontró que el OR de efectividad con esta dosis es de 4,1, mientras que para dosis de 2,0 mg/kg/día es 3,0 y para 1,0 mg/kg/día es 1,2 (16).

Tabla 1. Resumen de preguntas y respuestas correctas.

Preguntas	% respuesta correcta
Uso de 5-ASA en proctitis ulcerativa	43,9%
Uso de terapia combinada 5-ASA en colitis extensa	7%
Duración máxima de uso de esteroides	47,4%
Dosis adecuada de azatioprina (2-2.5 mg/kg)	29,8%
Terapia "Top Down" en E. Crohn fistulizante	47,4%
Vacunación previo a inmunosupresión en EII	46%
Suspensión de tabaquismo en E. Crohn	66,7%
Utilización hierro parenteral en EC intestino delgado	3,5%
Estudio osteoporosis en EII y uso crónico de esteroides	54,4%
Tamizaje cáncer colorrectal en EC colónico	66,7%
No inicio de biológicos en EII y TBC latente	39%

Guías internacionales y nacionales recientes indican que el tratamiento de primera línea en pacientes con proctitis ulcerativa es la terapia tópica con 5-ASA, preferible supositorios a enemas (3, 31). Adicionalmente, un reciente metaanálisis con cuatro estudios (14) demostró que la combinación de medicamentos 5-ASA oral más 5-ASA tópico, es más efectiva en inducir remisión en colitis ulcerativa activa leve y moderada, comparado con 5-ASA oral (RR: 0,65, NNT: 5). En nuestro estudio 63% de los encuestados prefieren adicionar esteroides antes que adicionar 5-ASA tópica en este tipo de pacientes.

Una encuesta realizada a 186 gastroenterólogos miembros de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) sobre el manejo de EC encontró una alta tasa de formulación de medicamentos 5-ASA en esta entidad, sobre todo en médicos no expertos en el manejo de EII

(75% frente al 44%, $P: 0,002$), a pesar de la poca evidencia clínica existente para su utilización (13).

Asimismo, se recomienda no utilizar esteroides en forma continua por más de 12 a 16 semanas; pacientes que requieran más de 1 a 2 cursos de tratamiento con esteroides al año o que sean dependientes de esteroides requieren *ahorradores de esteroides* como inmunosupresores o terapia biológica (15). Con respecto a lo anterior, 41% de los encuestados esperan más de 2 ciclos de esteroides para iniciar tratamiento inmunosupresor.

Un estudio en Los Ángeles (EE.UU.) encontró que solo 45% de pacientes con EII recibieron refuerzo de vacunación contra tétanos en los 10 años previos, 28% vacunación anual contra influenza, 9% para neumococo y solo 33% de los pacientes en riesgo tenían inmunización para hepatitis B (17). En nuestro estudio, el 46% de los especialistas encuestados contemplan la posibilidad de vacunación en pacientes con EII, previo al uso de terapia inmunosupresora. Otro estudio Canadiense más reciente encontró que solo 14,3% de gastroenterólogos encuestados determinan la historia de inmunización en sus pacientes con EII, 23,1% de ellos no sabían que las vacunas con virus vivos atenuados deben evitarse en pacientes inmunodeprimidos, y 18,6% no conocían que tipo de vacunas deben aplicarse previo al inicio de terapia inmunosupresora (18). Todo lo anterior a pesar de guías publicadas sobre inmunización en pacientes con EII (19, 20).

El tabaquismo es un factor de riesgo para enfermedad de Crohn y se ha relacionado con mayores tasas de recaídas, hospitalización, y mayor necesidad de inmunosupresores y cirugía, comparado con pacientes no fumadores. Un estudio francés prospectivo demostró en 59 pacientes que lograron suspender el cigarrillo, una disminución del 65% de recaídas en 1 año de seguimiento, comparado con individuos con EC que continuaban fumando (21). En nuestro estudio, 67% de los especialistas recomiendan suspender el cigarrillo a sus pacientes con EC.

En el tratamiento de anemia en pacientes con EII, la terapia más simple es el inicio de hierro oral, con la excepción de pacientes con enfermedad de Crohn con compromiso de intestino delgado donde se puede presentar la reacción local de Fenton, produciendo radicales libres lo que implica un incremento en la inflamación. Una dosis oral de 100 mg/día de hierro elemental es suficiente, teniendo en cuenta que solo se absorben 10 mg/día; sin embargo, la ruta preferida es la parenteral, por tener una respuesta más rápida y prolongada, buena tolerancia y mejora la calidad de vida en mayor extensión, comparado con hierro oral (22-24). En nuestra encuesta, el 67% prefieren iniciar remplazo de hierro por vía oral (67%), y solo 3.5% se inclinó

por la colocación de hierro parenteral como primera línea en pacientes con EC extensa de intestino delgado.

Después de 6 meses de tratamiento con corticosteroides a dosis $>7,5$ mg/día, existe 50% de riesgo de osteoporosis y 50% de riesgo de fracturas. Se sugiere que a todo paciente con: fracturas previas o en familiares de primer grado, uso previo de esteroides (prednisona $>7,5$ mg/día por >3 meses), mujeres posmenopáusicas, hombres >50 años o personas con índices de masa corporal inferiores a lo normal debe realizarse densitometría ósea para descartar osteoporosis, y repetirla cada 2-3 años (25-26). En este estudio, el 54% de los encuestados realiza densitometría ósea a pacientes con EII en uso crónico de esteroides.

Los pacientes con tuberculosis latente (prueba de tuberculina positiva con induración >5 mm o radiografía de tórax anormal) deben ser tratados con isoniazida 300 mg/día por 9 meses, 1 mes antes del inicio de la primera aplicación del anti-TNF; esto ha demostrado que reduce la enfermedad por tuberculosis en 70%. En caso de presentarse una tuberculosis activa, el anti-TNF debe suspenderse inmediatamente (27). Llama la atención que el 39% de los encuestados no inician terapia anti-TNF y no realizan quimioprevención con isoniazida en tuberculosis latente.

En la EC, sujetos con compromiso colónico en por lo menos un tercio de su extensión requieren colonoscopia para tamizaje de cáncer colorrectal, después de 8 a 10 años de inicio de síntomas, preferiblemente cuando la enfermedad esté en remisión. En caso de ser negativa para neoplasia requiere control cada 1-2 años, y después de 20 años de inicio de la enfermedad. La recomendación es colonoscopia anual (28-30). 67% de nuestros encuestados realiza tamizaje para cáncer colorrectal en paciente con EC colónica después de 8-10 años de evolución.

Una publicación reciente (32) sugiere la aplicación de 10 procesos medibles como indicadores de calidad en EII basados en un consenso de expertos y seleccionados entre más de 500 procesos potenciales. Estos indicadores deberíamos intentar aplicarlos en nuestra práctica clínica diaria, para el cuidado y beneficio de nuestros pacientes con EII. Un resumen de estos indicadores de procesos se presenta en la tabla 2.

En conclusión, existe una gran variabilidad en el manejo y en el cuidado preventivo de pacientes con EII en nuestro medio, esto representa una gran oportunidad para un mejoramiento continuo en nuestra práctica diaria. Es necesario una mayor adherencia a las guías internacionales y nacionales por parte de los profesionales, para un adecuado manejo de pacientes con EII, y persistir en la realización y asistencia a eventos de educación médica continuada en EII avalados por las asociaciones científicas.

Tabla 2. Diez procesos medibles en EII (más votados >8/10).

Tratamiento:
1. Si un paciente con EII va a recibir anti-TNF, <u>entonces</u> se debe documentar riesgo de tuberculosis con prueba de tuberculina o Quantiferon.
2. Si un paciente con EII va a recibir anti-TNF, <u>entonces</u> se debe documentar riesgo para hepatitis B.
3. Si un paciente con EII requiere >10 mg de prednisona por >16 semanas, <u>entonces</u> un agente "ahorrador" de esteroides o cirugía es recomendado.
4. Si un paciente hospitalizado con CU severa no mejora con esteroides IV a los 3 días, <u>entonces</u> debe hacerse una rectosigmoidoscopia con biopsias para excluir infección por citomegalovirus y valoración por cirugía.
5. Si un paciente con EII presenta recaída con inicio de diarrea, <u>entonces</u> al paciente debe descartarse infección por <i>Clostridium difficile</i> .
6. Si un paciente con EII inicia tratamiento con Azatioprina/6-MP, <u>entonces</u> debe realizar medición de la enzima tiopurina metiltransferasa (TPMT).
Vigilancia:
7. Si un paciente con CU y displasia de bajo grado en mucosa plana, <u>entonces</u> proctocolectomía o vigilancia endoscópica en 6 meses debe ofrecerse.
8. Si un paciente tiene CU extensa o EC colónica por más de 8-10 años, <u>entonces</u> debe realizarse colonoscopia de vigilancia cada 1-3 años.
Cuidado de salud:
9. Si un paciente con EII está con terapia inmunosupresora, <u>entonces</u> los pacientes deben ser educados sobre vacunación.
10. Si un paciente con EC es fumador activo, <u>entonces</u> debe recomendarse suspender tabaquismo y ofrecerse tratamiento para tal fin.

Agradecimientos

A todos los colegas que contestaron la encuesta, cuyos resultados nos permiten retroalimentarnos para beneficio de nuestros pacientes con EII; a mi esposa Lina y a mis hijas Paulina y Susana por su tiempo.

ANEXO 1

Encuesta Calidad en Cuidado de Pacientes con EII en Colombia

Fecha: _____
Ciudad: _____

Marque con una X:

Gastroenterólogo clínico: _____. Cirujano endoscopista: _____.
Coloproctólogo: _____. Otro: _____

* Recomendaciones de calidad con respecto al tratamiento:

- En pacientes con proctitis ulcerativa con actividad leve, tu primera elección de tratamiento es:
 - Sulfasalazina oral.
 - 5-ASA oral.
 - 5-ASA tópico.
 - 5-ASA oral más tópico.
- En paciente con colitis ulcerativa leve que no responde a 5-ASA oral, tu conducta es:
 - Adicionar azatioprina.
 - Adicionar esteroides.
 - Adiciona biológicos.
 - Adicionar 5- ASA tópico.
- Cuando inicias esteroides a los pacientes, la máxima duración del tratamiento que utilizas es:
 - <1 mes.
 - 3 meses.
 - 6 meses.
 - >1 año.
- En pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal requiriendo esteroides a repetición, después de cuantos ciclos utilizas inmunosupresores (azatioprina):
 - 1 ciclo.
 - 2 ciclos.
 - 3 ciclos.
 - >3 ciclos.
- La dosis total de azatioprina que tu utilizas en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal es:
 - 50 mg/día.
 - 100 mg/día.
 - 1-1.5 mg/Kg/día.
 - 2-2.5 mg/Kg/día.
- ¿Usted iniciaría terapia biológica de entrada ("top down") en pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante?:
Sí _____ No _____

* Tópicos en recomendaciones de cuidado preventivo:

- En el momento actual ¿estás aplicando alguna vacuna a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal previo a terapia inmunosupresora?
Sí _____ No _____
- ¿Qué tipo de vacuna esta aplicando a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal previo a terapia inmunosupresora?

• Hepatitis B:	Sí: _____	No: _____
• Tétanos:	Sí: _____	No: _____
• Influenza:	Sí: _____	No: _____
• Neumococo:	Sí: _____	No: _____
• Varicela:	Sí: _____	No: _____

9. En cuanto al tabaquismo en enfermedad de Crohn, tu recomendación al paciente es:
 - a) Suspenderlo.
 - b) No das recomendaciones.
 - c) Continuar igual.
 - d) Disminuir la cantidad.
10. En pacientes con anemia severa (Hb <10 g/dl) por enfermedad de Crohn de intestino delgado extensa, tu conducta es:
 - a) Lo observas.
 - b) Inicias Hierro oral.
 - c) Inicias hierro parenteral.
 - d) Inicias eritropoyetina.
11. ¿Usted realiza estudio de osteoporosis en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal con uso crónico de esteroides?

Sí _____ No _____
12. En un paciente con indicación para terapia biológica, con Rx de Tórax normal y prueba de tuberculina POSITIVA (>5), tu conducta es:
 - a) No iniciar el biológico.
 - b) Continuar con terapia estándar.
 - c) Iniciar tratamiento anti-tuberculoso.
 - d) Iniciar profilaxis con isoniazida 300 mg por 9 meses y al mes, iniciar la terapia biológica.

*** Vigilancia apropiada de cáncer colorrectal:**

13. En cuanto al tamizaje de Ca de colon en pacientes con E. Crohn con compromiso colónico, tu conducta es:
 - a) Nunca lo realizas porque el riesgo es igual a la población general.
 - b) Lo realizas igual que para colitis ulcerativa.
 - c) Lo inicias después de 20 años de enfermedad.
 - d) Lo inicias según los síntomas del paciente.

REFERENCIAS

1. Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Porter CQ, Ollendorf DA, Sandler RS, Galanko JA, et al. Direct health care costs of Crohn's disease and ulcerative colitis in US children and adults. *Gastroenterology*. 2008;135(6):1907-13.
2. Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(3):501-523; quiz 524.
3. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel J-F, Allez M, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis*. 2012;6(10):991-1030.
4. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ, Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(2):465-483; quiz 464, 484.
5. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, Söderholm J, Colombel JF, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohns Colitis*. 2010;4(1):28-62.
6. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2011;60(5):571-607.
7. Rahier JF, Ben-Horin S, Chowers Y, Conlon C, De Munter P, D'Haens G, et al. European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2009;3(2):47-91.
8. Reddy SI, Friedman S, Telford JJ, Strate L, Ookubo R, Banks PA. Are patients with inflammatory bowel disease receiving optimal care? *Am J Gastroenterol*. 2005;100(6):1357-61.
9. Esrailian E, Spiegel BMR, Targownik LE, Dubinsky MC, Targan SR, Gralnek IM. Differences in the management of Crohn's disease among experts and community providers, based on a national survey of sample case vignettes. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26(7):1005-18.
10. Spiegel BMR, Ho W, Esrailian E, Targan S, Higgins PDR, Siegel CA, et al. Controversies in ulcerative colitis: a survey comparing decision making of experts versus community gastroenterologists. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(2):168-174, 174.e1.
11. Juliao F. Calidad en el manejo de enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Col Gastroenterol*. 2011;26:211-20.
12. Zhu Q, Cao Q, Si J-M. Quality of care for patients with inflammatory bowel disease in East China. *World J Gastroenterol*. 2008;14(4):612-6.
13. Esrailian E, Spiegel BMR, Targownik LE, Dubinsky MC, Targan SR, Gralnek IM. Differences in the management of Crohn's disease among experts and community providers, based on a national survey of sample case vignettes. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26(7):1005-18.
14. Ford AC, Khan KJ, Achkar J-P, Moayyedi P. Efficacy of oral vs. topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in Ulcerative Colitis: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(2):167-176; author reply 177.
15. Panaccione R, Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan B, Schreiber S, Ghosh S. Review article: treatment algorithms to maximize remission and minimize corticosteroid dependence in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;28(6):674-88.
16. Prefontaine E, Sutherland LR, Macdonald JK, Cepoiu M. Azathioprine or 6-mercaptopurine for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000067.
17. Melmed GY, Ippoliti AF, Papadakis KA, Tran TT, Birt JL, Lee SK, et al. Patients with inflammatory bowel disease are at risk for vaccine-preventable illnesses. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(8):1834-40.

18. Yeung JH, Goodman KJ, Fedorak RN. Inadequate knowledge of immunization guidelines: a missed opportunity for preventing infection in immunocompromised IBD patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2012;18(1):34-40.
19. Sands BE, Cuffari C, Katz J, Kugathasan S, Onken J, Vitek C, et al. Guidelines for immunizations in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2004;10(5):677-92.
20. Melmed GY. Vaccination strategies for patients with inflammatory bowel disease on immunomodulators and biologics. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(9):1410-6.
21. Cosnes J, Beaugerie L, Carbonnel F, Gendre JP. Smoking cessation and the course of Crohn's disease: an intervention study. *Gastroenterology*. 2001;120(5):1093-9.
22. Gasche C, Lomer MCE, Cavill I, Weiss G. Iron, anaemia, and inflammatory bowel diseases. *Gut*. 2004;53(8):1190-7.
23. Gasche C, Berstad A, Befrits R, Beglinger C, Dignass A, Erichsen K, et al. Guidelines on the diagnosis and management of iron deficiency and anemia in inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13(12):1545-53.
24. Lee TW, Kolber MR, Fedorak RN, van Zanten SV. Iron replacement therapy in inflammatory bowel disease patients with iron deficiency anemia: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2012;6(3):267-75.
25. Lichtenstein GR, Sands BE, Pazianas M. Prevention and treatment of osteoporosis in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12(8):797-813.
26. Bernstein CN, Leslie WD, Leboff MS. AGA technical review on osteoporosis in gastrointestinal diseases. *Gastroenterology*. 2003;124(3):795-841.
27. Papa A, Mocci G, Bonizzi M, Felice C, Andrisani G, De Vitis I, et al. Use of infliximab in particular clinical settings: management based on current evidence. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(6):1575-86.
28. Itzkowitz SH, Present DH, Crohn's and Colitis Foundation of America Colon Cancer in IBD Study Group. Consensus conference: Colorectal cancer screening and surveillance in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11(3):314-21.
29. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, Itzkowitz SH. AGA technical review on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2010;138(2):746-774, 774.e1-4; quiz e12-13.
30. Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, Dunlop MG, Thomas HJW, Evans GD, et al. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *Gut*. 2010;59(5):666-89.
31. Hani AC, Galiano MT, Albis R, Marquez JR, Juliao F, et al. Consenso Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Rev Col Gastroenterol* 2012;27:S1-S44.
32. Melmed GY, Siegel CA, Spiegel BM, Allen JI, Cima R, Colombel J-F, et al. Quality indicators for inflammatory bowel disease: development of process and outcome measures. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(3):662-8.