

TÚ, YO Y LA EII

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)?

EII: un grupo de enfermedades crónicas, inflamatorias y, a veces, progresivas del aparato digestivo, entre las que la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son las más frecuentes.¹

ENTRE LOS SÍNTOMAS COMUNES SE INCLUYEN:¹

- ✓ Diarrea
- ✓ Anemia y cansancio
- ✓ Sangrado rectal/heces sanguinolentas
- ✓ Cólicos y dolor abdominal
- ✓ Necesidad urgente de ir al baño/incontinencia
- ✓ Fiebre



 A veces, los pacientes con EII pueden presentar cólicos, dolor abdominal y la necesidad urgente de ir al baño. Más de **5 DÍAS POR SEMANA.**³

- Reacción anómala del sistema inmunitario¹
- Distensión e inflamación en el aparato digestivo¹
- La EC y la UC²⁹ pueden ser progresivas y causar un daño permanente en el intestino⁴
- Puede pasar por periodos de inactividad, con pocos o ningún síntoma (remisión), que se alternan con periodos de enfermedad activa y sintomática (brotes)¹



HASTA
3 MILLONES
DE PERSONAS TIENEN
EII EN EUROPA.⁵

LA EII AFECTA A PERSONAS DE TODAS LAS EDADES, AUNQUE SE DIAGNOSTICA CON MAYOR FRECUENCIA A LOS

15-30
AÑOS.¹

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) Y SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII) NO SON LO MISMO⁶



La EII puede ser parecida y difícil de distinguir de otros trastornos digestivos como el síndrome del intestino irritable que, por el contrario, es un trastorno que afecta las contracciones musculares del intestino. Por otro lado, la EII se caracteriza por una inflamación que puede dañar el aparato digestivo de forma permanente.

LA EII ES IMPREVISIBLE¹

Los síntomas de la EII pueden variar con el tiempo



y de una persona a otra, según la extensión de la inflamación y dónde se produce.

ENFERMEDAD DE CROHN FRENTE A COLITIS ULCEROSA

ENFERMEDAD DE CROHN¹

La EC se puede producir en cualquier lugar del aparato digestivo, de la boca al ano. La EC suele afectar el extremo final del intestino delgado (íleon) y el inicio del intestino grueso (colon).

LAS COMPLICACIONES DE LA EC PUEDEN INCLUIR:

- ✓ Fístulas (úlceras que forman túneles entre el aparato digestivo y los tejidos circundantes)
- ✓ Carencias nutricionales
- ✓ Bloqueo/estenosis (estrechamiento del intestino)
- ✓ Perforación intestinal (agujero en la pared intestinal)
- ✓ Abscesos (bolsas de infección que causan distensión e inflamación)

COLITIS ULCEROSA

La CU afecta el revestimiento de colon y recto.¹ La CU causa úlceras en el colon.⁷



>50%

de las personas con CU tienen recaídas intermitentes durante los primeros 3-7 años del diagnóstico⁸

TÚ, YO Y LA EII

EL IMPACTO DE LA EII

La EII puede tener efectos graves en la calidad de vida de las personas y en el sistema sanitario.¹

ELEVADA CARGA ECONÓMICA

APROX 60% de los costes directos totales de la EC son costes de hospitalización, incluida la cirugía⁹

20x aumento de los costes médicos directos de la CU por hospitalización por brotes¹⁰

AUSENCIA DEL TRABAJO Y DESCENSO DE PRODUCTIVIDAD LABORAL

15% de los pacientes con CU en Suecia en 2005 recibían una pensión de invalidez, frente a un 11% de la población general²⁸

15% de los pacientes con CU en el Reino Unido no podían trabajar después de 5-10 años de enfermedad¹¹

30% mayor riesgo de discapacidad laboral en los pacientes con CU de moderada a grave frente a los que no tienen CU en EE.UU.¹²

RIESGO DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES

20% de los pacientes con EII desarrollan artritis y uno de cada tres, al menos una enfermedad asociada a la patología de base¹³

2x de pacientes con EII presentan un trastorno depresivo durante su vida frente a los que no tienen EII¹⁴

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS RECURRENTES

85% de los pacientes con EII comunicaron que habían sido hospitalizados en los últimos cinco años³

HASTA 70% de los pacientes con EC operados finalmente necesitarán una segunda intervención¹⁵

3x pacientes con CU tienen más posibilidades de ser hospitalizados que la población general¹⁶

ESPECIALMENTE DIFÍCIL PARA NIÑOS CON EC: AFECTA EL DESARROLLO FÍSICO Y SOCIAL¹⁷



HASTA 35% de adultos jóvenes diagnosticados de EC durante la infancia tuvieron un retraso del crecimiento¹⁸



50% de los niños con EC no pudieron socializar o jugar con los amigos regularmente¹⁹

EN UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN ADULTA EN EE.UU. SE OBSERVÓ:^{21*}



Casi una de cada cinco personas con EC presentó complicaciones a los 90 días del diagnóstico



Una de cada tres personas con EC presentó complicaciones intestinales a los 5 años del diagnóstico



Una de cada dos personas con EC presentó complicaciones intestinales a los 20 años del diagnóstico

*Olmstead County, Minnesota, USA

TÚ, YO Y LA EII

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

El tratamiento de la EII abarca desde mantener una nutrición adecuada hasta la medicación y la cirugía, según el tipo y la gravedad de la enfermedad.^{1,22}

DIETA Y NUTRICIÓN



- ES IMPORTANTE RESTABLECER Y MANTENER UNA NUTRICIÓN ADECUADA PARA AYUDAR A CONTROLAR LA EII^{22,23}
- ALGUNAS COMIDAS Y BEBIDAS PUEDEN EMPEORAR LOS SÍNTOMAS DE LA EII¹

TRATAMIENTO MÉDICO



- Se pueden utilizar **ANTIBIÓTICOS** junto con otros tratamientos cuando se producen infecciones relacionadas con la EC¹
- Los **AMINOSALICILATOS Y CORTICOSTEROIDES** son con frecuencia el primer paso para controlar los síntomas al disminuir la inflamación¹



- Los **INMUNOMODULADORES** se utilizan con frecuencia para ayudar a mantener la remisión de la enfermedad al suprimir la respuesta inmunitaria del organismo para que no pueda causar una inflamación continua¹
- Los **BIOLÓGICOS** están indicados en personas con enfermedad activa de moderada a grave que no han respondido bien al tratamiento convencional y pueden ayudar a controlar los síntomas y mantener la remisión; también pueden ayudar en la curación de la mucosa^{1,24}

CIRUGÍA



- Aproximadamente un 70% de las personas con EC necesitarán cirugía²²
- Entre un 10% y un 40% de las personas con CU necesitarán cirugía²⁵
- La cirugía en la EC con frecuencia implica extirpar una parte del intestino²²
- La cirugía en la CU implica extirpar el colon²⁵

El objetivo del tratamiento de la EII es controlar la actividad de la enfermedad, favorecer la remisión y ayudar a evitar las complicaciones.¹



La investigación en la EII apoya la importancia de inducir la remisión clínica. Una vez controlada la enfermedad, el tratamiento se debe dirigir a alcanzar objetivos a largo plazo, tales como:^{26,27}

- ✓ Remisión
- ✓ Mejoría de la calidad de vida
- ✓ Prevención de complicaciones

TÚ, YO Y LA EII

BIBLIOGRAFÍA

1. The facts about inflammatory bowel diseases. Crohn's and Colitis Foundation of America website. <http://www.cdfa.org/assets/pdfs/ibdfactbook.pdf> Consultado por última vez 26 de marzo de 2015.
2. Harman RJ, Mason P. *The Handbook of Pharmacy Healthcare*, 2nd ed. Grayslake: Pharmaceutical Press; 2002:398.
3. Wilson BS, Lönnfors S, Vermeire S, et al. The true impact of IBD: a European Crohn's and ulcerative colitis patient life. *IMPACT Survey: 2010-2011*.
4. Pariente B., Cosnes J, Danese S, et al. Development of the Crohn's disease digestive damage score, the Lémann score. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17(6):1415-22.
5. Burisch J, Jess T, Martinato M, et al. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis*. 2013;7(4):322-37.
6. IBS and IBD: two very different disorders. Crohn's and Colitis Foundation of America website. <http://www.cdfa.org/resources/ibs-and-ibd-two-very.html> Consultado por última vez 26 de marzo de 2015.
7. Ulcerative colitis. National Institutes of Health website. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ulcerativecolitis.html> Consultado por última vez 26 de marzo de 2015.
8. Langholz E, Munkholm P, Davidsen M. Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over years. *Gastroenterology*. 1994; 107: 3-11.
9. Feagan BG, Panaccione R, Sandborn WJ, et al. Effects of adalimumab therapy on incidence of hospitalization and surgery in Crohn's disease: results from the CHARM study. *Gastroenterology*. 2008;135:1493-1499.
10. Cohen RD, Yu AP, Wu EQ, et al. Systematic review: the costs of ulcerative colitis in Western countries. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;31(7):693-707.
11. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2004;53(Suppl V):v1-v16.
12. Cohen RD, Rizzo J, Yang M, et al. High risk of leaving the workforce in U.S. employees with ulcerative colitis [abstract]. ECCO Annual Congress. 2013.
13. Friedman S, Blumberg R. Inflammatory bowel disease. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 2008;1886-1899.
14. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. It's not just about the gut: managing depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Pract Gastroenterol*. 2010;11-25.
15. Stein S, Michelassi F. New advances in surgical treatment of Crohn's disease. *Pract Gastroenterol*. 2008;35-40.
16. Kohn A, Fano V, Monterubbianesi R, et al. Surgical and nonsurgical hospitalization rates and charges for patients with ulcerative colitis in Italy: a 10-year cohort study. *Dig Liver Dis*. 2012;44(5):369-374.
17. Mackner L, Sisson D, Crandall W. Review: psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr Psychol*. 2003;29(4):243-257.
18. Markowitz J, Grancher K, Rosa J, et al. Growth failure in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1993;16(4):373-380.
19. Hill R, Lewindon P, Muir R, et al. Quality of life in children with Crohn's disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51(1):35-40.
20. Heyman MB, Garnett EA, Wojcicki J, et al. Growth hormone treatment of growth failure in pediatric patients with Crohn's disease. *J Pediatrics*. 2008;153(5):651-658.
21. Thia KT, Sandborn WJ, Harmsen WS, et al. Risk factors associated with progression to intestinal complications of Crohn's disease in a population-based cohort. *Gastroenterology*. 2010;139:1147-55.
22. Crohn's treatment options. Crohn's and Colitis Foundation of America website. <http://www.cdfa.org/what-are-crohns-and-colitis/what-is-ulcerative-colitis/colitis-treatment-options.html> Consultado por última vez 26 de marzo de 2015.
23. Colitis treatment options. Crohn's and Colitis Foundation of America website. <http://www.cdfa.org/what-are-crohns-and-colitis/what-is-ulcerative-colitis/colitis-treatment-options.html> Consultado por última vez 26 de marzo de 2015.
24. Hanauer SB, Plevy SE, Sands BE, et al. Therapeutic targets for emerging biologic therapies in IBD. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2009;5(7):4-12.
25. Ulcerative colitis. National Digestive Diseases Information Clearinghouse website. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/colitis/> Consultado por última vez 26 de marzo de 2015.
26. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, et al. European Crohn's and Colitis Organization (ECCO). The second European-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):28-62.
27. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohn's Colitis*. 2012;6(10):991-1030.
28. Neovius M, Arkema EV, Blomqvist P, Ekblom A, Smedby KE. Patients with ulcerative colitis miss more days of work than the general population, even following colectomy. *Gastroenterology*. 2013;144(3):536-543.
29. Henriksen M, et al. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:543-50.