

TRABAJOS ORIGINALES

Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn en remisión

M. Iglesias¹, I. Vázquez², M. Barreiro de Acosta^{1,3}, A. Figueiras⁴, L. Nieto¹, M. Piñeiro⁵, R. Gómez¹, A. Lorenzo³ y J. E. Domínguez Muñoz^{1,3}

¹Fienad Hospital Clínico Universitario de Santiago. ²Departamento Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago. ³Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Santiago. ⁴Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago. ⁵CIBER de Epidemiología y Salud Pública

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) afecta la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en las fases de actividad pero el impacto de esta enfermedad en la CVRS durante los períodos de remisión no ha sido suficientemente estudiada.

Objetivo: Evaluar la CVRS en pacientes con EC en remisión e identificar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados.

Métodos: Se incluyeron pacientes adultos con EC en remisión durante al menos 6 meses, definida con un CDAI < 150 y una PCR < 5 mg/l. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y de CVRS con los cuestionarios Short Form 36 Questionnaire (SF-36) y The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Los resultados fueron analizados mediante regresión múltiple con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 92 pacientes ($\bar{X} = 37 \pm 11,4$ años; 52,2% varones). 2 pacientes no cumplieron adecuadamente los cuestionarios. Las puntuaciones en el SF-36 fueron inferiores a las de la población general de similar edad y sexo. La dimensión más afectada en el SF-36 fue Salud General ($47,98 \pm 19,58$) y en el IBDQ Síntomas Sistémicos ($5,15 \pm 1,27$). La mayor edad, la localización colónica y la cirugía previa se relacionaron con una peor CVRS, mientras que mayor nivel de estudios, mayor tiempo desde el diagnóstico, patrón inflamatorio y corticorresistencia se asociaron con una mejor CVRS.

Conclusiones: A pesar de encontrarse en período de remisión los pacientes EC presentan afectada su CVRS, por lo que se debe continuar trabajando en la consecución de la mejora en la CVRS de estos enfermos durante esta fase de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn. Calidad de vida relacionada con la salud. Remisión.

ABSTRACT

Background: Crohn's disease (CD) affects Health Related Quality of Life (HRQoL) especially in patients with clinical activity but their impact over the disease during periods of remission has not been sufficiently studied.

Objective: To evaluate HRQoL in CD patients in remission and to identify socio-demographic and clinical factors related.

Methods: We included patients with CD in remission for at least 6 months, defined as a CDAI < 150 and a CRP < 5 mg/L. Socio-demographic and clinical parameters were recorded. HRQoL was evaluated with Short Form 36 Questionnaire (SF-36) and the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ). Results were analyzed using multiple regressions with a confidence interval of 95%.

Results: Nine two patients ($\bar{X} = 37 \pm 11.4$ years, 52.2% men) were consecutively included. Two patients failed to fill correctly the questionnaire and were excluded. Scores on the SF-36 were lower than in the general population of similar age and sex. The most affected dimension in the SF-36 was General Health (47.98 ± 19.58) and the IBDQ Systemic Symptoms (5.15 ± 1.27). Age, colonic location and previous surgery was related with worse HRQoL, while higher educational status, more time since diagnosis, steroid-resistance and inflammatory behavior, was associated with better HRQoL.

Conclusions: Despite being in remission, CD patients had affected their HRQoL, so we must continue working to achieve improvement in HRQL of these patients during these periods of the disease.

Key words: Crohn's disease. Health related quality of life. Remission.

Recinido: 09-02-10.

Aceptado: 20-04-10.

Correspondencia: Manuel Barreiro de Acosta. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. C/ Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela, A Coruña. e-mail: manubarreiro@hotmail.com

Iglesias M, Vázquez I, Barreiro-de Acosta M, Figueiras A, Nieto L, Piñeiro M, Gómez R, Lorenzo A, Domínguez-Muñoz JE. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn en remisión. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102: 624-630.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio intestinal de etiología desconocida (1), que cursa clínicamente alternando períodos de brote y remisión (2), y que por sus características clínicas (carácter crónico y curso impredecible, manifestaciones extraintestinales, efectos secundarios de algunos tratamientos, la necesidad de cirugía etc.) puede afectar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que la padecen (3,4).

Entre los factores determinantes en la disminución de la CVRS en la EC, la actividad de la enfermedad ha sido identificada como uno de los más relevantes (5) tanto para modular el patrón dimensional del daño (6) como su magnitud (7). Sin embargo, el efecto de la recuperación clínica de estos pacientes sobre la CVRS ha recibido escasa atención y permanece sin determinar el perfil y grado de afectación de la CVRS durante esta fase de la enfermedad (8). En algunos estudios se afirma que en pacientes con EC en remisión la CVRS se asemeja a la norma poblacional (9-12) mientras que en otros la CVRS sigue siendo inferior a la que corresponde a la población general (13,14).

Asimismo, aunque se ha estudiado el efecto de distintos factores sociodemográficos (el sexo, la edad o el nivel educativo (15) y clínicos (tipo de tratamiento, efectividad terapéutica, presencia de manifestaciones extraintestinales, tasa anual de recaídas, gravedad o la necesidad de hospitalizaciones (16) en la CVRS de estos pacientes, todavía sigue existiendo cierta confusión sobre la contribución específica de cada una de ellos (17), particularmente cuando se encuentran en fase de remisión. El reconocimiento de estos factores sería de interés para una correcta evaluación e intervención en CVRS en situación de recuperación clínica.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la CVRS de pacientes con EC durante la remisión y determinar los factores sociodemográficos y clínicos que se relacionan con las estimaciones de la CVRS durante esta fase de la enfermedad.

MÉTODOS

Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes con EC que acudían a la Consulta Monográfica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Para la selección de los pacientes se establecieron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de EC según los criterios de Leonard-Jones (18), edad mayor de 18 años, estar en remisión clínica en los 6 meses previos, definida con un Crohn's Disease Activity Index (CDAI) (19) inferior a 150, un Harvey-Bradshaw (20) de 3 o inferior junto con un valor de la proteína C-reactiva (PCR) menor de 5 mg/L, y no presentar problemas cognitivos que impidiesen una correcta cumplimentación de los cuestionarios.

En todos los pacientes se recogieron los siguientes datos sociodemográficos: sexo, edad, situación de convivencia, nivel de estudios, hábito tabáquico; y clínicos: edad de diagnóstico de la EC, años desde el diagnóstico, los distintos fenotipos de la Clasificación de Montreal (21) considerando localización (ileal, colónica, ileocolónica) y patrón (estenosante, fistulizante, inflamatorio), manifestaciones extraintestinales (ausencia/presencia), enfermedad perianal, corticodependencia y corticorresistencia según las definiciones de la ECCO (22). También se evaluó el tratamiento empleado para el mantenimiento de la remisión (terapias biológicas vs no biológicas) y el resto de medicación concomitante.

Para evaluar la CVRS del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario genérico The Short Form-36 Health Survey (SF-36) y un cuestionario específico The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ).

El SF-36 (23) está compuesto por 36 ítems agrupados en 8 escalas: Función física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental. Las puntuaciones de las escalas se sitúan en un rango de 0 a 100, siendo 0 la peor puntuación posible.

El IBDQ es un cuestionario de CVRS específico para EII. En este estudio se utilizó la versión de Love et al. (24) formada por 36 ítems distribuidos en 5 dimensiones: síntomas intestinales, síntomas sistémicos, afectación social, afectación emocional y afectación funcional. Las opciones de respuesta para cada ítem se puntúan con una escala tipo Likert de 7 puntos (1= peor CVRS).

En este estudio se utilizaron las versiones adaptadas a población española del SF-36 (25), y del IBDQ (26), que mostraron en ambos casos buenas propiedades psicométricas (25,26).

El médico especialista en patología digestiva recogió los datos clínicos de interés y, a continuación, los pacientes acudieron a la consulta con la psicóloga quien recabó los datos sociodemográficos y administró los cuestionarios de CVRS. La recogida de datos se llevó a cabo entre abril y noviembre del 2008.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

La descripción de las características sociodemográficas y clínicas de CVRS de la muestra se llevó a cabo mediante frecuencias para las variables categóricas y media y desviación típica para los datos cuantitativos. Para analizar con mayor exactitud los efectos de la EC en la estimación de las dimensiones genéricas de la CVRS, controlando el efecto de la edad y el sexo, se llevó a cabo la estandarización de las puntuaciones siguiendo el método propuesto por los autores del SF-36 (23), utilizando los datos normativos de la población española (27).

En el caso del IBDQ puesto que se trata de un instrumento específico de evaluación CVRS, únicamente se han utilizado las puntuaciones directas obtenidas en cada una de las dimensiones.

Para identificar las variables sociodemográficas y clínicas que influían en los diferentes aspectos de la CVRS se crearon modelos estadísticos bivariantes entre cada variable y las distintas escalas del SF-36 y el IBDQ. Aquellos factores que fueron estadísticamente significativos en el análisis bivalente se incluyeron todos en el análisis de regresión múltiple siendo las dimensiones de los anteriores cuestionarios las variables dependientes. Posteriormente fueron eliminadas del modelo de forma sucesiva aquellas variables independientes que no eran significativas y que no alteraban sustancialmente los coeficientes de las demás variables independientes. Se consideró la significación estadística en el 5%.

La versión del SPSS utilizada ha sido la 13.00 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 92 pacientes (48 varones, 52,2%) entre 18-71 años ($\bar{X} = 37,6 \pm 11,4$). Las características sociodemográficas y fenotípicas (según la Clasificación de Montreal) se encuentran resumidas en la tabla I.

Tabla I. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes según la clasificación de Montreal

Sexo N (%)	44 mujeres (47,8%) 48 hombres (52,2%)
Edad (años) media \pm DT(rango)	37,6 \pm 11,4 (18 – 71)
Edad diagnóstico Media \pm DT	27,9 \pm 10,6
Años enfermedad Media \pm DT	9,2 \pm 8,1
Situación de convivencia N (%)	42 sin pareja (45,7%) 50 con pareja (54,3%)
Estudios N (%)	1 sin estudios (1,1%) 44 primaria (47,8%) 31 secundaria (33,7%) 16 superior (17,4%)
Hábito tabáquico N (%) media \pm DT	30 fumadores (32,6%) 8,7 \pm 10,6 cig/día 24 ex-fumadores (26,1%) 38 no fumadores (41,3%)
<i>Clasificación de Montreal</i>	
Edad N (%)	
A1 (< 16)	0 (0,0%)
A2 (16 a 40)	60 (65,2%)
A3 (> 40)	32 (34,8%)
Patrón N (%)	
B1 (inflamatorio)	40 (43,5%)
B2 (estenotante)	23 (25,0%)
B3 (fistulizante)	29 (31,5%)
Perianal	25 (27,2%)
Localización N (%)	
L1 (ileal)	44 (47,8%)
L2 (colónica)	10 (10,9%)
L3 (ileocolónica)	38 (41,3%)
L4 (tracto superior)	0 (0,0%)

El 45,7% del total, presentaban manifestaciones extraintestinales, el 27,5% habían sufrido una resección intestinal previa en relación con su EC mientras que el 40,2% y el 44,6% habían desarrollado previamente corticodependencia y corticorresistencia, respectivamente. Como tratamiento de mantenimiento para la remisión, el 46,8% recibían terapias biológicas (el 34,8% infliximab y el 12% adalimumab) mientras que el 53,3% estaban con terapias no biológicas.

De los 92 pacientes que aceptaron participar, 2 (2,2%) no cumplimentaron correctamente los cuestionarios, por lo que se tomaron en consideración las puntuaciones del SF-36 e IBDQ de 90 pacientes.

El análisis del impacto de la EC en las dimensiones genéricas indicó que la más afectada fue salud general ($\bar{X} = 47,98 \pm 19,58$), mientras que las menos afectadas fueron función física ($\bar{X} = 81,52 \pm 23,48$) y función social ($\bar{X} = 77,07 \pm 25,78$). Con respecto a las dimensiones específicas, los pacientes percibieron el mayor impacto en síntomas sistémicos ($\bar{X} = 5,15 \pm 1,20$) mientras que afectación social ($\bar{X} = 5,95 \pm 1,06$) fue la más preservada. La tabla II muestra las puntuaciones en el SF-36 y el IBDQ.

Tabla II. Puntuaciones obtenidas en calidad de vida relacionada con la salud por nuestra muestra

SF-36	Puntuaciones directas		
	Media	DT	Rango
Salud general	47,98	19,58	0-100
Función física	81,52	23,48	5-100
Rol físico	66,94	42,53	0-100
Vitalidad	55,22	24,47	0-100
Rol emocional	65,55	42,53	0-100
Funcionamiento social	77,07	25,78	0-100
Dolor corporal	63,71	27,56	0-100
Salud mental	61,48	20,68	4-100
<i>IBDQ</i>			
Síntomas intestinales	5,38	1,20	1-7
Síntomas sistémicos	5,15	1,27	1-7
Afectación social	5,95	1,06	1-7
Afectación emocional	5,43	1,24	1,18-7
Afectación funcional	5,40	1,47	1-7

Al controlar el efecto de la edad y el sexo en la estimación del efecto de la enfermedad, los pacientes con EC puntuaron en todas las escalas del SF-36 por debajo de los valores de referencia poblacional, corroborando como área más afectada salud general, e indicando como menos afectadas salud mental y rol físico (Fig. 1).

En los modelos estadísticos multivariantes para el SF-36 la mayor edad se asoció con peores puntuaciones en la salud mental y vitalidad ($p = 0,026$ y $p < 0,001$ respectivamente), estar casado/viviendo en pareja se asoció con peores puntuaciones en dolor corporal ($p = 0,009$) y el

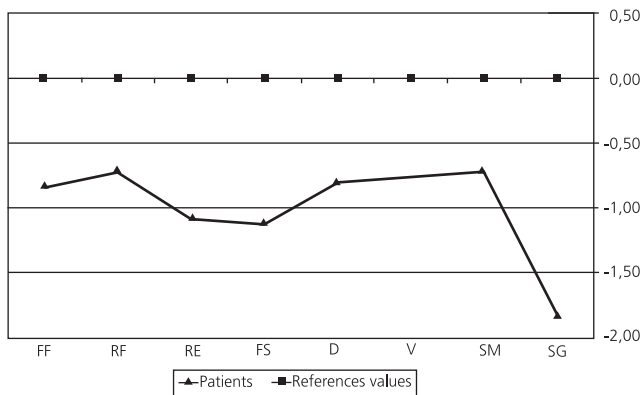


Fig. 1. Puntuaciones estandarizadas del cuestionario SF-36. FF: función física; RF: rol físico; RE: rol emocional; FS: función social; D: dolor; V: vitalidad; SM: salud mental; SG: salud general.

mayor nivel de estudios (nivel de estudios universitarios) con mejores puntuaciones en salud general ($p = 0,015$). Entre las variables clínicas, la corticorresistencia se asoció con mejores puntuaciones en rol físico ($p = 0,016$), más años desde el diagnóstico con mejores puntuaciones en vitalidad ($p = 0,002$), dolor corporal ($p = 0,013$) y salud mental ($p = 0,022$); la localización colónica con peores puntuaciones en vitalidad ($p = 0,044$) y la cirugía previa con peores puntuaciones en rol emocional ($p = 0,010$) (Tabla III).

En el IBDQ la mayor edad se relacionó con peores puntuaciones en la afectación funcional ($p = 0,004$), el mayor nivel de estudios (nivel de estudios universitarios) se asoció con mejores puntuaciones en afectación emocional ($p = 0,048$), y entre las variables clínicas más años desde el diagnóstico y el patrón inflamatorio se asociaron con mejores puntuaciones en síntomas sistémicos ($p = 0,028$) y en afectación funcional ($p = 0,045$) respectivamente (Tabla IV).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la CVRS de los pacientes con EC en remisión se encuentra afectada y no alcanza valores similares a la población general. Las características sociodemográficas: edad, nivel de estudios, situación de convivencia, y clínicas: años desde el diagnóstico, localización, patrón, corticorresistencia y cirugía previa, fueron las variables relacionadas con la CVRS de estos pacientes.

Para la evaluación de la CVRS se seleccionaron dos tipos de instrumentos: un cuestionario genérico (el SF-36) que permite la comparación con la población general, y un cuestionario específico (el IBDQ), que posibilita el establecer los dominios específicos de afectación de estos enfermos, proporcionando así una caracterización más precisa del perfil de impacto de la enfermedad (28).

Los datos obtenidos con el SF-36, al compararlos con los valores poblacionales de referencia, ponen de manifiesto que, a pesar de que los pacientes con EC de nuestra muestra se encontraban en fase de remisión, sus puntuaciones en CVRS son inferiores en todas las dimensiones a las de la población general de su misma edad y sexo. Estos resultados se encuentran en concordancia con lo informado en algunos estudios previos (13,14,29) pero contradicen lo encontrado en otros (9-12). Dado que en nuestra muestra se incluyó un elevado porcentaje de pacientes relativamente graves o de alto riesgo (el 46,7% está recibiendo tratamiento de mantenimiento con terapias biológicas) es probable que la afectación de la CVRS en estos pacientes venga derivada de una situación previa de gravedad, aún cuando se encontrasen en situación de remisión clínica claramente definida. De hecho en esta misma población también habíamos observado que a pesar de la inactividad de su enfermedad, los pacientes presentaban una alta morbilidad psicológica (30).

En cuanto al perfil de afectación, encontramos que en el SF-36 la escala de salud general es la más dañada, tanto si tenemos en cuenta las puntuaciones directas como

Tabla III, Resultados del modelo del análisis de regresión múltiple tomando cada una de las escalas del SF-36 como variable dependiente

	SG	FF	RF	V	RE	FS	DC	SM
Sexo	T = 1,438; n.s.	T = 1,151; n.s.	T = 0,916; n.s.	T = -0,041; n.s.	T = -0,260; n.s.	T = 0,435; n.s.	T = 0,012; n.s.	T = 0,323; n.s.
Edad	T = -0,273; n.s.	T = -1,965; n.s.	T = 0,10; n.s.	T = -3,461; $p = 0,001$	T = -0,624; n.s.	T = 0,394; n.s.	T = -1,468; n.s.	T = -2,265; $p = 0,026$
Estudios universitarios	T = 2,489; $p = 0,015$	T = 1,492; n.s.	T = 0,573; n.s.	T = 0,783; n.s.	T = -0,003; n.s.	T = 0,058; n.s.	T = 0,569; n.s.	T = -0,449; n.s.
Casado/viviendo pareja	T = -0,567; n.s.	T = 1,287; n.s.	T = -1,210; n.s.	T = -0,918; n.s.	T = -1,065; n.s.	T = 0,721; n.s.	T = -2,686; $p = 0,009$	T = -0,468; n.s.
Cigarrillos/día	T = 0,523; n.s.	T = 0,321; n.s.	T = 1,135; n.s.	T = 1,251; n.s.	T = -0,054; n.s.	T = 0,211; n.s.	T = -0,077; n.s.	T = -0,521; n.s.
Años de diagnóstico	T = -0,527; n.s.	T = 1,403; n.s.	T = 0,713; n.s.	T = 3,248; $p = 0,002$	T = 1,910; n.s.	T = -0,340; n.s.	T = -0,280; $p = 0,009$	T = 2,334; $p = 0,022$
Cirugía previa	T = -0,560; n.s.	T = -0,041; n.s.	T = -1,717; n.s.	T = 0,265; n.s.	T = -2,657; $p = 0,010$	T = -0,539; n.s.	T = 0,101; n.s.	T = -0,217; n.s.
Localización colónica	T = -0,209; n.s.	T = 0,175; n.s.	T = 1,319; n.s.	T = -0,216; $p = 0,044$	T = -1,558; n.s.	T = 0,022; n.s.	T = -1,265; n.s.	T = -2,060; n.s.
Patrón inflamatorio	T = 0,446; n.s.	T = 0,427; n.s.	T = 1,680; n.s.	T = 0,489; n.s.	T = 1,630; n.s.	T = 1,665; n.s.	T = 0,578; n.s.	T = 0,933; n.s.
Enfermedad perianal	T = 0,478; n.s.	T = 1,011; n.s.	T = 0,779; n.s.	T = 0,150; n.s.	T = 1,883; n.s.	T = 1,513; n.s.	T = 0,256; n.s.	T = -0,330; n.s.
Corticorresistencia	T = 0,535; n.s.	T = -0,977; n.s.	T = -1,145; n.s.	T = -1,311; n.s.	T = -1,278; n.s.	T = 0,201; n.s.	T = -0,880; n.s.	T = -1,881; n.s.
Corticorresistencia	T = 1,377; n.s.	T = -0,049; n.s.	T = 2,473; $p = 0,016$	T = -0,287; n.s.	T = 1,103; n.s.	T = 1,438; n.s.	T = 0,745; n.s.	T = 0,503; n.s.

SG: salud general; FF: función física; RF: rol físico; V: vitalidad; RE: rol emocional; FS: función social; DC: dolor corporal; SM: salud mental.

Tabla IV. Resultados del modelo de análisis de regresión múltiple tomando cada una de las dimensiones del IBDQ como variable dependiente

	SI	SS	AS	AE	AF
Sexo	T = 1,548; n.s.	T = 1,308; n.s.	T = 0,780; n.s.	T = 1,606; n.s.	T = 0,613; n.s.
Edad	T = 0,921; n.s.	T = -1,412; n.s.	T = -0,654; n.s.	T = -0,475; n.s.	T = -2,998; p= 0,004
Estudios universitarios	T = 0,974; n.s.	T = 2,050; n.s.	T = 1,718; n.s.	T = 2,007; p= 0,048	T = 1,244; n.s.
Casado/viviendo pareja	T = -0,918; n.s.	T = -0,204; n.s.	T = 0,146; n.s.	T = -0,635; n.s.	T = -0,213; n.s.
Cigarrillos/día	T = -0,170; n.s.	T = -0,843; n.s.	T = -0,543; n.s.	T = -0,325; n.s.	T = -0,246; n.s.
Años de diagnóstico	T = 0,825; n.s.	T = 2,239; p= 0,028	T = 0,658; n.s.	T = 0,485; n.s.	T = 1,595; n.s.
Cirugía previa	T = -0,942; n.s.	T = 0,567; n.s.	T = 0,052; n.s.	T = 0,305; n.s.	T = -0,095; n.s.
Localización Colónica	T = 0,449; n.s.	T = -0,186; n.s.	T = -0,259; n.s.	T = 1,096; n.s.	T = -0,598; n.s.
Patrón Inflamatorio	T = 1,951; n.s.	T = 0,147; n.s.	T = 0,968; n.s.	T = 1,356; n.s.	T = 2,032; p= 0,045
Enfermedad perianal	T = 1,837; n.s.	T = 0,552; n.s.	T = 0,708; n.s.	T = 1,044; n.s.	T = 1,862; n.s.
Corticoddependencia	T = 0,167; n.s.	T = -1,543; n.s.	T = -0,551; n.s.	T = -1,246; n.s.	T = -0,430; n.s.
Corticorresistencia	T = 0,837; n.s.	T = -0,554; n.s.	T = 0,881; n.s.	T = 0,492; n.s.	T = 0,582; n.s.

SI: síntomas intestinales; SS: síntomas sistémicos; AS: afectación social; AE: afectación emocional; AF: afectación funcional.

las estandarizadas, mostrándose como uno de los indicadores más importantes del efecto de la EC en la CVRS. Este hallazgo coincide con la literatura previa (28,31) y pone de relieve que el paciente asintomático continúa percibiendo su estado de salud fuertemente afectado en relación con lo que sería esperable en función de su edad y sexo.

En el IBDQ, los síntomas sistémicos fueron la dimensión más afectada concordando así con lo previamente informado (4,12). Posiblemente los síntomas no específicos de la enfermedad tales como la fatiga, malestar general, mal humor, problemas de apetito y energía se vuelvan más prominentes una vez los síntomas intestinales remiten (12).

Atendiendo a nuestro segundo objetivo, la identificación de los potenciales factores que se relacionan con la CVRS, la mayor edad, la situación de convivencia en pareja, la localización colónica y la cirugía previa se relacionaron negativamente con la CVRS, mientras que el mayor nivel de estudios, mayor tiempo desde el diagnóstico, el patrón inflamatorio y la corticorresistencia se asociaron positivamente con la CVRS. Coincidiendo con estudios previos el sexo (32-34), el consumo de tabaco (17), las recaídas previas y el lugar de residencia (4) no afectaban a la CVRS.

La mayor edad se relacionó con peor vitalidad y salud mental del SF-36 y afectación funcional del IBDQ. El impacto de la edad en la CVRS ha sido informado por otros estudios (5,31) y podría deberse al aumento de la comorbilidad con otras condiciones (35) y al propio deterioro asociado a al paso de los años (36) por lo que no es algo específico de la EII, habiéndose encontrado también en otros enfermos crónicos (37-39)

Otro factor independiente identificado en este estudio es el nivel educativo, que se asoció positivamente con las escalas salud general y estado emocional. La relación entre un mayor nivel de estudios y una mayor CVRS ha sido descrita previamente en la literatura tanto en población general (40) como en EII (5,41), y podría atribuirse a su correspondencia con un mayor nivel socioeconómico

(42), una mayor posibilidad de acceder a la información relativa a la enfermedad y la capacidad de disponer de mayores habilidades y recursos.

Entre las variables clínicas la localización colónica se relacionó con puntuaciones más bajas en vitalidad y el patrón inflamatorio con mejores puntuaciones en afectación funcional. Los anteriores hallazgos no encuentran respaldo en algunos trabajos previos en los que se ha evaluado también la influencia de estas variables (5,43), sin embargo la localización colónica ya ha sido previamente relacionada negativamente con la CVRS (44), y en línea con anteriores estudios nuestros resultados apuntan que las formas fistulizantes resultan, más invalidantes que las formas inflamatorias (45) ya que al alterar la afectación funcional limitan en mayor medida la realización de las actividades cotidianas.

Es de interés resaltar que una mayor duración de la enfermedad se asocia a mayor vitalidad y menor dolor corporal y síntomas sistémicos, concordando así con los resultados de Casellas et. al. (4), lo que sugiere que durante el curso de la enfermedad los pacientes probablemente llevarían a cabo un proceso de adaptación a los síntomas.

Un resultado inesperado en este trabajo fue la relación positiva encontrada entre rol físico y corticorresistencia. Una probable explicación es que los pacientes corticorresistentes experimentarían un mayor cambio desde su situación previa y valorarían más positivamente la capacidad para desarrollar funciones en las que antes encontraban dificultades, si bien creemos que este aspecto debe continuar estudiándose en posteriores trabajos.

Por último, la cirugía previa se relacionó negativamente con el rol emocional. Aunque la mejora en la CVRS ha sido informada en pacientes con EC después de la cirugía (46,47), algunos estudios informan que a largo plazo los pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica a menudo presentan peor CVRS (17,48). Es preciso tener en cuenta que la cirugía constituye un recurso terapéutico en muchos casos en los que fracasa el tratamiento médico por lo que un EC más grave quizás explique el hecho de que emocionalmente, el paciente pudiese encontrarse más afectado.

Los resultados expuestos han de ser interpretados atendiendo algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar desconocíamos cuál era la CVRS que referían nuestros pacientes antes de la remisión clínica y que contamos con un tamaño muestral reducido. Asimismo, al tratarse de un estudio de corte transversal no es posible establecer atribuciones de causalidad, requiriéndose estudios longitudinales para determinar la dirección de las relaciones encontradas.

En conclusión, la CVRS de los pacientes con EC se encuentra afectada aún cuando la enfermedad no está activa, particularmente en los pacientes de mayor edad, bajo nivel estudios, localización colónica y cirugía previa. Puesto que la mejora de la CVRS es un importante objetivo terapéutico en EII, se debe continuar prestando atención a los pacientes con EC durante la fase de remisión para ofrecer una atención integral a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Fiocchi C. Inflammatory Bowel Disease: Etiology and pathogenesis. *Gastroenterology* 1998; 115: 182-205.
- Vermeire S, van Assche G, Rutgeerts P. Altering the Natural History of Crohn's Disease Evidence for and Against Current Therapies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 25: 3-12.
- Casellas F, López-Vivancos J, Vergara M, Malagelada J. Impact of inflammatory bowel disease on health-related quality of life. *Dig Dis* 1999; 17: 208-18.
- Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fábregas S, García N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 488-96.
- Casellas F, López-Vivancos J, Casado A, Malagelada JR. Factors affecting health related quality of life on patients with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res.* 2002; 11: 775-81.
- Casellas F, López-Vivancos J, Badía X, Vilaseca J, Malagelada JR. Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 567-72.
- Irvine EJ, Grace E, Kerr JD, Lyrenas E, Bolin C, O'Morain, et al. Non-disease related factors affecting health related quality of life (HRQOL) in inflammatory bowel disease (IBD). *Gastroenterology* 1998; 114: A1002.
- Casellas F, Rodrigo L, Pantiga C, Riestra S, Malagelada JR. Sustained Improvement of Health-Related Quality of Life in Crohn's Disease Patients Treated with Infliximab and Azathioprine for 4 Years. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 1395-400.
- Lichtenstein GR, Yan S, Bala M, Hanauer S. Remission in patients with Crohn's disease is associated with improvement in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 91-6.
- Andersson P, Olaison G, Bendtsen P, Myrelid P, Sjö Dahl R. Health related quality of life in Crohn's proctocolitis does not differ from a general population when in remission. *Colorectal Dis* 2003; 5: 56-62.
- Simrén M, Axelsson J, Gillberg R, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson S. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 389-96.
- Calvet X, Gallardo O, Coronas R, Casellas F, Montserrat A, Torrejón A, et al. Remission on Thiopurinic Immunomodulators Normalizes Quality of Life and Psychological Status in Patients with Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 692-6.
- Martin A, Leone L, Fries W, Naccarato R. Quality of Life in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol* 1995; 27: 450-4.
- Verma S, Tsai HH, Giaffer MH. Does better disease-related education improve quality of life?. A survey of IBD patients. *Dig Dis Sci* 2001; 46: 865-9.
- Irvine EJ, Feagan B, Rochon J, Archambault A, Fedorack RN, Groll A, et al. Quality of life: a valid and reliable measure of therapeutic efficacy in the treatment of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1994; 106: 287-96.
- Casellas F, López-Vivancos J, Badía X, Vilaseca J, Malagelada JR. Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 177-82.
- López-Blanco B, Moreno-Jiménez B, Devesa Múgica JM, Rodríguez Muñoz A. Relación entre variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 893-8.
- Lennard-Jones. Classification on inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 2-6.
- Best WR, Beckett JM, Singleton JW, Kern F Jr. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology* 1976; 70: 439-44.
- Harvey R, Bradshaw J. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet* 1980; 315: 514.
- Silverberg M, Satsangi J, Ahmad T, Arnott I, Bernstein Ch, Brandt SR, et al. Toward and integrated clinical, molecular, and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a working party of the Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005; 19: 5A-36A.
- Stange EF, Travis SP, Vermeire S, Beglinger C, Kupcinkas L, Geboes K, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut* 2006; 55 Supl 1: i1-15.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36 item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
- Love JR, Irvine EJ, Fedorak RN. Quality of life in IBD. *J Clin Gastroenterol* 1992; 14: 15-9.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104: 771-6.
- López Vivancos J, Casellas F, Badía X, Vilaseca J, Malagelada JR. Validation of the Spanish version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire on Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Digestion* 1999; 60: 274-80.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-6.
- McColl E, Han SW, Barton JR, Welfare MR. A comparison of the discriminatory power of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire and the SF-36 in people with ulcerative colitis. *Qual Life Res* 2004; 13: 805-11.
- Graff LA, Walker JR, Lix L, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L, et al. The Relationship of Inflammatory Bowel Disease Type and Activity to Psychological Functioning and Quality of Life. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006; 4: 1491-501.
- Iglesias M., Barreiro de Acosta M., Vázquez I., Figueiras A., Nieto L., Lorenzo A. et al. Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes en remisión: riesgo de ansiedad y depresión. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009; 101: 249-57.
- Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the Short-Form-36: Psychometric assessments and a comparison with a general population norms. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 909-18.
- Zahn A, Hinz U, Karner M, Ehehalt R, Stremmel W. Health related quality of life correlates with clinical and endoscopic activity indexes but not with demographic features in patients with ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 1058-67.
- Han SW, McColl E, Barton JR, James P, Steen IN, Welfare MR. Predictors of quality of life in ulcerative colitis: The importance of symptoms and illness representations. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 24-34.
- Gibson PR, Weston AR, Shann A, Florin THJ, Lawrance IC, Macrae FA, et al. Relationship between disease severity, quality of life and health-care resource use in a cross-section of Australian patients with Crohn's disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007; 22: 1306-12.
- Haapamäki J, Turunen U, Roine RP, Färkkilä MA, Arkkilä PE. Impact of demographic factors, medication and symptoms on disease-

- specific quality of life in inflammatory bowel disease. *Qual Life Res* 2009; 18: 961-9.
36. Álvarez-Ude F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2001; 14: 64-8.
 37. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología* 2000; 20: 431-9.
 38. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol*. 2001; 54: 172-81.
 39. Permanyer C, Brotons C, Ribera A, Alonso J, Cascant P, Moral I. Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 607-16.
 40. Badia X, Fernández E, Segura A. Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population. *Eur J Publ Health* 1995; 5: 87-93.
 41. Verissimo R, Mota-Cardoso R, Taylor G. Relationships between alexithymia, emotional control and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1998; 67: 75-80.
 42. Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of Life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 2000; 47: 444-54.
 43. Casellas F, Vivancos JL, Sampedro M, Malagelada JR. Relevance of the phenotypic characteristics of Crohn's disease in patient perception of health-related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2737-42.
 44. Blondel-Kucharski F, Chircop C, Marquis P, Cortot A, Baron F, Gendre GP, et al. Health-related quality of life in Crohn's Disease: A prospective longitudinal study in 231 patients. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 2915-20.
 45. Cadahía V, García-Carbonero A, Vivas S, Fuentes D, Niño P, Rebollo P, et al. Infliximab mejora la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn fistulosa. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 369-78.
 46. Yazdanpanah Y, Klein O, Gambiez L, Baron P, Desreumaux P, Marquis P, et al. Impact of surgery on Quality of Life in Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1897-900.
 47. Thirlby RC, Land JC, Fenster F, Lonborg R. Effect of surgery on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Arch Surg* 1998; 133: 826-32.
 48. Canavan C, Abrams KR, Hawthorne B, Drossman D, Mayberry JF. Long-term prognosis in Crohn's disease: Factors that affect quality of life. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 377-85.