

# Relación entre variables sociodemográficas y clínicas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

B. López Blanco, B. Moreno-Jiménez, J. M. Devesa Múgica<sup>1</sup> y A. Rodríguez Muñoz

*Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. <sup>1</sup>Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

## RESUMEN

**Objetivo:** el objetivo principal del presente trabajo consiste en evaluar la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Pacientes y método:** se trata de un estudio transversal. La calidad de vida relacionada con la salud se investigó utilizando el "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). Un total de 120 pacientes, 60 con colitis ulcerosa y 60 con enfermedad de Crohn participaron en el estudio.

**Resultados:** no se apreciaron diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud en las dimensiones del IBDQ en función de la enfermedad, sin embargo, tras el análisis multivariante, el sexo, el tipo de tratamiento, las manifestaciones extradigestivas, el número de recaídas anual, la satisfacción con la cirugía y la necesidad de apoyo psicológico aparecieron relacionadas con la calidad de vida relacionada con la salud.

**Conclusiones:** la identificación de las variables de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal parece vinculada básicamente a elementos externos al tipo de enfermedad. El conocimiento de tales elementos puede resultar muy útil para orientar y modificar factores específicos en futuras actuaciones.

**Palabras clave:** Enfermedad inflamatoria intestinal. Calidad de vida relacionada con la salud. Variables sociodemográficas y clínicas.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende un grupo de trastornos intestinales crónicos que incluye la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Ambas se caracterizan por un curso recidivante (1) por lo que puede considerarse a la EII como una enfermedad crónica altamente relacionada con la calidad de vida.

La etiología de la enfermedad es desconocida (2), aunque la hipótesis más extendida indica que la EII obedece a un mecanismo etiopatogénico multifactorial en el que intervendrían factores familiares o genéticos, infecciosos, inmunitarios, ambientales y psicológicos (3).

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) proporciona importantes datos para cuantificar el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana de los pacientes con EII. La influencia de los factores sociodemográficos sobre la percepción de la CVRS en enfermedades leves parece poco importante (4), aunque en enfermedades crónicas como la EII ciertos factores sociodemográficos y clínicos inciden de forma relevante sobre el desarrollo de la enfermedad y la percepción de la CVRS. Algunos estudios indican que en la EII, variables sociodemográficas como el sexo, la edad, o el nivel de

educación influyen de forma directa en la CVRS (5-7). Variables clínicas como el tipo de tratamiento (médico o quirúrgico), la eficacia del mismo, la aparición de síntomas extradigestivos, la tasa anual de brotes, su severidad o la necesidad de ingreso hospitalario, repercuten significativamente en la percepción de CVRS de los pacientes con EII (8). Aunque existe cierta polémica al respecto, parece que aquellos pacientes con EC se encuentran más afectados por su enfermedad en términos de CVRS que los pacientes con CU (9-11). La identificación de los factores asociados con la CVRS resulta muy relevante, ya que ello permitiría en algunos casos la posible modificación de algunos de ellos, con el objetivo de la mejora de la salud de los pacientes. Además, el estudio de la CVRS conlleva otras ventajas, sobre todo, y como otros estudios han señalado (4,7), por sus implicaciones médicas, sociales y de distribución de los recursos sanitarios.

A pesar de los estudios señalados, sigue existiendo cierta confusión acerca de qué variables son las que más influyen en la CVRS. El presente trabajo tiene el objetivo de contribuir al análisis de la influencia de diversas variables sociodemográficas y clínicas en la CVRS de los pacientes con EII a partir de un análisis multivariado que incluya conjuntamente las variables mencionadas.

## MÉTODOS

### Pacientes

Se realizó un estudio transversal en 120 pacientes de dos centros diferentes de referencia para estas enfermedades de la Comunidad de Madrid. Todos los participantes eran pacientes en régimen ambulatorio que estaban diagnosticados de EC o CU según datos clínicos, radiográficos, endoscópicos y anatomopatológicos. Mediante el historial clínico, se controló que, en el momento del estudio, ninguno de los pacientes presentara patología psiquiátrica, excluyéndose igualmente a los pacientes que presentaran depresión como consecuencia de la enfermedad. Todos los pacientes tenían una edad inferior a 75 años. En el diseño inicial del estudio se pretendía conseguir grupos homogéneos, intentando equiparar la muestra en cuanto a enfermedad y tipo de tratamiento. De esta forma, el total de la muestra quedó conformado por 30 pacientes con EC y tratamiento médico, 30 con EC y tratamiento quirúrgico, 30 con CU y tratamiento médico, y 30 con CU y tratamiento quirúrgico. Confirmado el diagnóstico médico y el historial clínico de la EII por un médico, se explicaba a los pacientes el objeto del estudio y se solicitaba su colaboración para participar en el mismo siguiendo las recomendaciones éticas pertinentes y previa solicitud a los pacientes del consentimiento informado. Los distintos instrumentos de evaluación utilizados fueron aplicados por una especialista formada en estas áreas.

### Variables estudiadas

Se recogieron en todos los pacientes las características sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil; y variables clínicas: enfermedad, tipo de tratamiento, duración de la enfermedad, número de recaídas durante el último año, necesidad de ingreso hospitalario, antecedentes familiares de la enfermedad, satisfacción con la cirugía, manifestaciones extradigestivas, grado de información recibida a través del personal sanitario y necesidad de apoyo psicológico.

### Calidad de vida relacionada con la salud

Para evaluar la CVRS se utilizó el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) (12), que es el cuestionario más utilizado para la medición de la CVRS en estas patologías. En los estudios realizados, este cuestionario ha demostrado cumplir con las propiedades psicométricas exigibles a los cuestionarios de medida de la CVRS (13,14). Consiste en un cuestionario de 32 preguntas agrupadas en torno a cuatro dimensiones: síntomas intestinales (10 ítems), síntomas sistémicos (5 ítems), funcionamiento social (5 ítems) y funcionamiento emocional (12 ítems). Las respuestas a cada una de las opciones se presentan en una escala tipo *likert* de 7 puntos, en la que la puntuación 7 se corresponde con “mejor función” y 1 “peor función”. Posteriormente, se ha desarrollado una versión del IBDQ de 36 ítems y cinco dimensiones. Esta versión ha sido adaptada y validada al castellano (15).

### Análisis estadístico

Para la realización del análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.5. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas en función del tipo de enfermedad, mediante las pruebas de la  $\chi^2$  cuando las variables eran categóricas y la *t* de Student cuando las variables eran continuas. Para explorar la relación entre la CVRS y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, se utilizó una *t* de Student cuando las variables eran dicotómicas, el análisis de varianza y la prueba de Scheffé, para las comparaciones múltiples cuando las variables eran categóricas, y el coeficiente de correlación de Pearson cuando las variables eran continuas. Posteriormente se llevó a cabo un análisis multivariante (MANOVA) para cada una de las dimensiones de CVRS, tomando como variable dependiente las dimensiones del IBDQ y como variable independiente las características sociodemográficas y clínicas que en el análisis univariante habían sido relevantes o significativas. Las diferencias se consideraron significativas para valores de *p* inferiores a 0,05.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en función del tipo de enfermedad se pueden observar en la tabla I.

La media de edad fue similar para ambos grupos. De la muestra total, 64 son hombres (53%) y 56 son mujeres (47%), existiendo mayor número de mujeres en el grupo de pacientes con EC. La media de duración de la enfermedad fue similar para ambos grupos, sin apreciarse diferencias significativas. Respecto al hábito de fumar se encontraron diferencias en los pacientes con CU, la mayoría de ellos no fumadores, mientras que un alto porcentaje (69%) de los que padecían EC se declaraban fumadores activos ( $p < 0,01$ ). No se encontraron diferencias en cuanto a las manifestaciones extradigestivas sufridas por ambos grupos, presentando un número similar de manifestaciones dermatológicas, oftálmicas y ósteo-articulares. El número de recaídas en el último año mostró un patrón similar; aunque los pacientes con EC mostraron una media ligeramente superior, no se observaron diferencias significativas, independientemente de que fueran con o sin hospitalización. El nivel educativo fue similar en ambos grupos, con predominio de estudios secundarios en los pacientes con CU y de primarios entre los pacientes con EC. De los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica, los del grupo de EC se mostraron más satisfechos que los de CU (83 frente a 67%), con la intervención, aunque sin ser estadísticamente significativo. Respecto a la necesidad de apoyo psicológico como consecuencia del padecimiento de la enfermedad, tampoco se observaron diferencias significativas, 33 y 38% para el grupo de EC y CU, respectivamente.

### Variables que influyen en la calidad de vida

Las puntuaciones de las dimensiones del IBDQ en función de las características sociodemográficas y clínicas se pueden observar en la tabla II.

En el análisis univariante, los hombres presentaron mejor calidad de vida que las mujeres en todas las dimensiones del cuestionario, con una significación especialmente relevante en la dimensión emocional ( $p = 0,005$ ). Otra de las variables que, en el análisis inicial, resultó ser significativa fue el tipo de tratamiento recibido por el paciente. Aquellos que habían sido sometidos a operaciones quirúrgicas, presentaban peor calidad de vida en todas las dimensiones, resultando significativas en síntomas intestinales ( $p = 0,000$ ), síntomas sistémicos ( $p = 0,002$ ) y en el funcionamiento social ( $p = 0,008$ ). Entre los fumadores se apreciaban puntuaciones significativamente peores en síntomas intestinales ( $p = 0,044$ ) y en síntomas sistémicos ( $p = 0,030$ ). Aquellos que presentaban manifestaciones extradigestivas, tenían una peor CVRS, en las dimensiones síntomas intestinales ( $p = 0,009$ ), síntomas sistémicos ( $p = 0,000$ ) y en el funcionamiento emocional ( $p = 0,001$ ). En relación con la satisfacción con la cirugía, los pacientes satisfechos con el resultado de la intervención quirúrgica, obtenían puntuaciones significativamente mejores en funcionamiento social ( $p = 0,011$ ) y en la puntuación global del IBDQ ( $p = 0,035$ ). Por otra parte, aquellos pacientes que manifestaban la necesidad de apoyo psicológico, obtenían peores puntuaciones en la dimensión emocional ( $p = 0,000$ ), social ( $p = 0,010$ ) y en la puntuación global del IBDQ ( $p = 0,030$ ).

Tal como se aprecia en la tabla III, efectuado el análisis multivariante, tan sólo el tipo de tratamiento, médico frente a quirúrgico, mantenía su significación en todas las dimensiones, salvo en funcionamiento emocional, mostrando peor calidad de vida aquellos pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente (Fig. 1A). Por otra parte, el sexo resultaba significativo en las dimensiones

Tabla I. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas según el tipo de enfermedad

VARIABLES	Enfermedad de Crohn (n = 60)	Colitis ulcerosa (n = 60)	Muestra total (n = 120)
Sexo (n) (% mujeres)	31 (52%)	25 (42%)	56 (47%)
Edad media $\pm$ desv. estándar (rango)	42 $\pm$ 15 (18-75)	45 $\pm$ 11 (29-68)	43 $\pm$ 13 (18-75)
Años duración enfermedad $\pm$ desv. estándar (rango)	8,17 $\pm$ 8 (1-19)	8,78 $\pm$ 6 (2-29)	8,48 $\pm$ 6 (1-29)
Fumador n* (%)	41 (69%)	11 (31%)	55 (46%)
Manifestaciones extradigestivas n (%)	21 (35%)	25 (42%)	46 (38%)
Recaídas último año, media (rango)	1,02 (0-5)	0,72 (0-3)	0,87 (0-5)
Satisfacción con cirugía n (%)	25 (83%)	20 (67%)	45 (37%)
Necesidad apoyo psicológico n (%)	20 (33%)	23 (38%)	43 (36%)
Nivel educativo:			
Primarios n (%)	27 (45%)	19 (28%)	46 (33%)
Secundarios n (%)	20 (33%)	34 (58%)	54 (49%)
Superiores n (%)	13 (22%)	7 (14%)	20 (18%)

\* $p < 0,01$

**Tabla II. Puntuaciones medias de las dimensiones del IBDQ según las características sociodemográficas y clínicas en el análisis univariante**

	<i>Síntomas intestinales</i>	<i>Síntomas sistémicos</i>	<i>Funcionamiento emocional</i>	<i>Funcionamiento social</i>	<i>IBDQ global</i>
<b>Sexo</b>					
Masculino	58,67 (0,022)	29,23 (0,002)	68,60 (0,005)	31,17 (0,020)	189,78 (0,010)
Femenino	53,75	25,46	61,61	28,23	169,05
<b>Diagnóstico</b>					
CU	56,47	28,43	68,35	29,88	183,13
EC	56,28	26,52	64,57	29,72	177,09
<b>Tratamiento</b>					
Médico	60,63 (0,000)	29,35 (0,002)	68,83	31,48 (0,008)	190,30 (0,001)
Quirúrgico	52,12	25,60	64,08	28,12	169,91
<b>Fumador</b>					
Sí	53,00 (0,044)	25,40 (0,030)	63,29	29,51	171,20
No	57,76	28,33	67,76	29,92	183,77
<b>Manifestaciones extradigestivas</b>					
Sí	54,18 (0,009)	25,74 (0,000)	63,03 (0,001)	29,22	172,17 (0,010)
No	59,91	30,26	67,87	28,92	186,96
<b>Información médica recibida</b>					
Nada/algo	56,18	27,30	63,94	29,55	176,96
Bastante/mucho	56,45	27,54	67,41	29,90	181,30
<b>Antecedentes familiares</b>					
Sí	58,13	26,88	70,38	27,50	182,88
No	56,25	27,52	66,18	29,96	179,91
<b>Nivel educativo</b>					
Primarios	54,33	26,78	65,10	29,78	175,99
Secundarios	54,71	27,11	66,49	28,37	176,68
Superiores	61,08	26,83	64,92	29,42	182,25
<b>Satisfacción con la cirugía</b>					
Sí	53,53	26,60	66,27	29,56 (0,011)	175,95 (0,035)
No	47,87	22,60	57,53	23,80	151,80
<b>Necesidad de apoyo psicológico</b>					
Sí	57,79	26,88	58,30 (0,000)	27,05 (0,010)	170,02 (0,030)
No	58,94	28,92	65,01	31,34	184,21

Nota: Las variables con diferencias estadísticamente significativas aparecen con el valor de significación (p) entre paréntesis.

**Tabla III. Valores F y significación de las características sociodemográficas y clínicas en las dimensiones del IBDQ en el análisis multivariante**

	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Sexo</b>		
Síntomas intestinales	1,388	0,224
Síntomas sistémicos	2,609	0,048*
Funcionamiento emocional	3,733	0,009**
Funcionamiento social	1,618	0,193
IBDQ global	2,106	0,150
<b>Tratamiento</b>		
Síntomas intestinales	4,117	0,007**
Síntomas sistémicos	2,981	0,018*
Funcionamiento emocional	1,089	0,135
Funcionamiento social	2,126	0,035*
IBDQ global	3,924	0,050*
<b>Manifestaciones extradigestivas</b>		
Síntomas intestinales	2,770	0,102
Síntomas sistémicos	5,648	0,016*
Funcionamiento emocional	4,587	0,043*
Funcionamiento social	1,525	0,272
IBDQ global	1,238	0,150

**Tabla III (continuación)**

	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Fumador</b>		
Síntomas intestinales	1,704	0,197
Síntomas sistémicos	2,364	0,112
Funcionamiento emocional	0,375	0,543
Funcionamiento social	0,407	0,521
IBDQ global	1,954	0,175
<b>Satisfacción con la cirugía</b>		
Síntomas intestinales	2,049	0,158
Síntomas sistémicos	2,769	0,102
Funcionamiento emocional	2,604	0,089
Funcionamiento social	5,920	0,018*
IBDQ global	2,256	0,105
<b>Necesidad de apoyo psicológico</b>		
Síntomas intestinales	1,677	0,189
Síntomas sistémicos	1,081	0,215
Funcionamiento emocional	6,494	0,002**
Funcionamiento social	4,189	0,025*
IBDQ global	2,124	0,110

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01.

**Tabla IV. Correlaciones entre las variables demográficas y clínicas continuas y las dimensiones del IBDQ**

	<i>Síntomas intestinales</i>	<i>Síntomas sistémicos</i>	<i>Funcionamiento emocional</i>	<i>Funcionamiento social</i>	<i>IBDQ global</i>
Edad	0,058	0,156	0,149	0,120	0,125
Duración enfermedad	-0,051	-0,045	0,015	-0,053	-0,044
Número de recaídas con hospitalización	-0,256**	-0,354**	-0,351**	-0,374**	-0,369**
Número de recaídas sin hospitalización	-0,266**	-0,201*	-0,133	-0,218*	-0,238**

\*p &lt; 0,05; \*\*p &lt; 0,01.

de síntomas sistémicos ( $p = 0,048$ ) y en funcionamiento emocional ( $p = 0,009$ ), siendo las mujeres las que peor calidad de vida presentaban en las dimensiones mencionadas (Fig. 1B). Del mismo modo, las manifestaciones extradigestivas resultaban significativas en las dimensiones de síntomas sistémicos ( $p = 0,016$ ) y en el funcionamiento emocional ( $p = 0,043$ ). Por su parte el estar satisfecho con la intervención quirúrgica seguía influyendo en la dimensión de funcionamiento social ( $p = 0,018$ ). Igualmente, la necesidad de apoyo psicológico mantenía su influencia en la dimensión de funcionamiento emocional ( $p = 0,002$ ) y social ( $p = 0,025$ ) (Fig. 1C).

Por otra parte, para analizar la relación entre las variables continuas y las dimensiones del IBDQ se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. Los resultados se exponen en la tabla IV.

Se observa que el número de recaídas sufridas por los pacientes durante el último año se encuentra relacionado con las dimensiones del IBDQ. Parece más relevante el haber necesitado ingreso hospitalario a consecuencia de la recaída, ya que muestra correlaciones significativas con todas las dimensiones del IBDQ y con su puntuación global.

## DISCUSIÓN

A pesar de los numerosos estudios llevados a cabo, sigue habiendo dudas acerca de cuáles son las variables que más influyen en la CVRS en la EII. Los resultados obtenidos en el presente estudio, de forma similar a otros previos (4,16), confirman que diversas características sociodemográficas (sexo) y clínicas (tipo de tratamiento, presencia de manifestaciones extradigestivas, número de recaídas y satisfacción con la cirugía) influyen significativamente en la CVRS de la EII.

Uno de los aspectos sobre los que más controversia hay en relación con la CVRS en pacientes con EII, es si esta difiere entre la CU y la EC. En nuestro estudio la CVRS no está influida por el tipo de diagnóstico, puesto que no se apreciaron diferencias significativas en las dimensiones del IBDQ, entre pacientes con CU y EC. Los resultados presentados se hallan en consonancia con los encontrados en el estudio de Casellas y cols. (17), donde la puntuación en las dimensiones del IBDQ fue similar para ambas enfermedades. En uno de los estudios sobre

CVRS en pacientes con EII, se confirmó que el diagnóstico no influía en ninguna de las dimensiones del IBDQ (18), aunque existen otros estudios que muestran que en general, la CVRS es peor en pacientes con EC, que en los que presentan CU (7,16).

Al igual que en el estudio de Casellas y cols. (4), los factores relacionados con la severidad de la enfermedad, como por ejemplo el número de recaídas o el tipo de tratamiento sufrido, eran factores fuertemente relacionados con la CVRS. En el presente estudio, aquellos pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente, mostraban peor calidad de vida en comparación con los pacientes que habían sido sometidos a tratamiento exclusivamente médico. Estos datos contrastan con los obtenidos por Casellas y cols. (8) quienes encontraron que en una muestra de pacientes con EC, la CVRS no se encontraba influida por el tipo de tratamiento al que eran sometidos los enfermos. Una de las variables asociadas con el tratamiento, la satisfacción con la intervención quirúrgica, ha demostrado ser un factor influyente en el funcionamiento emocional del paciente.

Otro de los factores que ha sido identificado como influyente en la CVRS, a diferencia de investigaciones previas (19), ha sido el número de recaídas durante el último año. El número de recaídas correlacionaba de forma negativa con las puntuaciones en el IBDQ. A pesar de que la población del presente estudio la constituían pacientes en régimen ambulatorio, nos interesaba tratar de observar el impacto de la necesidad de hospitalización, ya que afecta negativamente a la CVRS (4). Por ello, se diferenció entre recaídas con o sin necesidad de hospitalización. En este sentido, los resultados indican que si la recaída conlleva la necesidad de ingreso hospitalario, influye más significativamente sobre la CVRS.

A diferencia de otros trabajos (20), el consumo de tabaco no parece estar influyendo en la CVRS de los pacientes (4), pues a pesar que en el análisis univariado los fumadores mostraban peor CVRS, dicho efecto desapareció tras la realización del análisis multivariado.

En cuanto a la necesidad de apoyo psicológico expresada por algunos pacientes, parece ser una variable influyente en la CVRS en pacientes con EII, específicamente en sus aspectos emocionales y sociales. Este hallazgo se halla en consonancia con estudios previos, que indican la importancia de determinadas variables psicológicas, tales como la expresión de las emociones (21,22) o las estrategias de afrontamiento (23) en el curso de la EII.

Aparte de las variables clínicas mencionadas, los resultados mostraron que ciertas variables sociodemográficas como el sexo, también incidían en la percepción sobre la CVRS. Pocos estudios han mostrado el efecto del sexo en la percepción de la CVRS en pacientes con EII, aunque en general los resultados tienden a coincidir en que las mujeres obtienen puntuaciones ligeramente menores que los hombres (24,25). En nuestro estudio, el análisis multivariante indicó que los hombres obtenían mayores puntuaciones en todas las dimensiones del IBDQ, resultando significativas en los síntomas sistémicos y el funcionamiento emocional. Esta relación inversa entre el sexo femenino y la CVRS ha sido encontrada en otras enfermedades como el cáncer de recto (26). En el presente estudio, la influencia de los demás factores sociodemográficos estudiados (edad, nivel de estudios, y estado civil) sobre la percepción de la CVRS no fue significativa. Queremos destacar que uno de los factores que tradicionalmente se han relacionado de forma significativa en la percepción de la CVRS en estos pacientes ha sido el nivel de educación (6,27). En un estudio con muestra española, se mostró que aquellos sujetos con estudios universitarios mostraban mejor CVRS que los pacientes con estu-

dios primarios (28). Sin embargo estos datos no se confirmaron en nuestro estudio.

En síntesis, los resultados nos permiten concluir que tanto el tipo de tratamiento, como el sexo, las manifestaciones extradigestivas, la satisfacción con la cirugía, la necesidad de apoyo psicológico y el número de recaídas sufridas durante el último año (con o sin hospitalización), están asociados con la CVRS de los pacientes estudiados. El conocimiento e identificación de las variables relacionadas con la CVRS en pacientes con EII puede resultar muy útil para orientar y modificar factores específicos en la actuación con estos enfermos.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al Hospital Universitario Ramón y Cajal, y a la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa, por la ayuda prestada durante el estudio y a todos los pacientes por su participación desinteresada en el mismo.