



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

Enfermedad inflamatoria intestinal

Dom027

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A REMISIÓN TRANSMURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

D. F. Cafaggi-Padilla, N. N. Parra-Holguín, D. A. García-Alonso, R. Sosa-Martínez, E. Goudet-Vértiz, M. V. Ramos-Gómez, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) pertenece al grupo de los trastornos inflamatorios intestinales y se caracteriza por tener un origen autoinmunitario, ser segmentaria y transmural y afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Los estudios de imagen son esenciales en su seguimiento, ya que hasta un 50% de los pacientes con colonoscopia normal puede mostrar inflamación transmural en estudios de imagen y esta se acompaña de complicaciones. Debido a su característica transmural se ha propuesto la remisión transmural (RT) como un objetivo terapéutico, ya que se vincula con una menor incidencia de complicaciones. De modo adicional, la RT ha reducido el consumo de recursos financieros en las instituciones de salud.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la RT en pacientes con EC en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Material y métodos: Es un estudio de tipo transversal, retrolectivo, descriptivo y secundariamente analítico con pacientes con EC que contaran con estudios de enterorresonancia (MRE) y endoscopia. Para considerar la RT se utilizó la escala de MaRIA.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes con diagnóstico de EC, 55% correspondiente al sexo femenino y con una edad promedio de 52 ± 14 años. El fenotipo de la enfermedad más frecuente fue el tipo B2 (estenosante) con 52% (16), seguido por el B1 (inflamatorio) con 29% (9) y el B3 (fistulizante)

con 19% (6). En cuanto a la cronicidad de la enfermedad, 9 (29%) tenían menos de cinco años de diagnóstico, 11 (35,5%) 6 a 10 años y 11 (35,5%) más de 10 años de diagnóstico. Siete individuos (22,6%) contaban con el antecedente de más de 10 hospitalizaciones por actividad de la enfermedad y 24 (77,4%) menos de 10 ocasiones. La prevalencia de la RT fue de 42%, mientras que el 90% (28) experimentó remisión clínica, 61% (19) remisión endoscópica, 52% (16) remisión histológica y 68% (21) remisión bioquímica. Se observó una relación entre la presencia de RT y la remisión endoscópica, además de la presencia de enfermedades crónicas degenerativas ($p = 0,045$ y $0,025$).

Conclusiones: La prevalencia de RT, en este centro hospitalario, es mayor a la notificada en estudios internacionales; sin embargo, es importante destacar que un número significativo de pacientes no logra la RT. Por lo anterior, dentro del seguimiento de los pacientes con EC es elemental la realización de MRE para determinar si tienen o no RT y así confirmar el éxito del tratamiento establecido.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom028

FRECUENCIA Y ANÁLISIS DE LA REMISIÓN PROFUNDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria del colon y el recto caracterizada por periodos de exacerbación

y remisión. La remisión profunda, definida como la ausencia de síntomas clínicos, normalización de marcadores inflamatorios y curación endoscópica, es un objetivo terapéutico crucial. Los avances en la comprensión de la CUCI han permitido desarrollar estrategias terapéuticas para inducir y mantener la remisión profunda. Sin embargo, identificar los factores que determinan esta remisión es todavía un área de investigación relevante debido a la variabilidad en la respuesta al tratamiento y la presentación clínica de la CUCI.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la remisión profunda en pacientes con CUCI y analizar los factores demográficos y clínicos vinculados con dicha remisión.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 94 pacientes con CUCI atendidos de forma consecutiva en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Los datos se recopilaron de expedientes clínicos e incluyeron variables demográficas y clínicas como edad, género, extensión de la enfermedad, edad al diagnóstico, presencia de manifestaciones extraintestinales (MEI) y tratamientos recibidos. La gravedad de la enfermedad se evaluó mediante la escala de Truelove y Witts (clínica), la subclasificación de Mayo (endoscópica) y el índice de Riley (histológico). Se consideró en remisión profunda a los pacientes que tenían remisión clínica, endoscópica e histológica, además de normalización de los marcadores bioquímicos (proteína C reactiva y calprotectina fecal). Los análisis estadísticos se realizaron mediante las pruebas ji cuadrada y t para evaluar las diferencias entre pacientes con y sin remisión profunda, mediante el software SPSS versión 29.

Resultados: De los 94 pacientes con CUCI estudiados, 18 (19,1%) lograron remisión profunda. En términos de sexo, el 38,9% de los pacientes con remisión profunda correspondió a hombres y el 61,1% a mujeres, sin diferencias significativas en comparación con los pacientes sin remisión profunda ($p = 0,425$). La edad media de los pacientes con remisión profunda fue mayor ($46,11 \pm 13,26$ años) en comparación con los pacientes sin remisión profunda ($40,66 \pm 12,55$ años), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,091$). La edad al diagnóstico fue similar entre ambos grupos ($35,83 \pm 14,04$ años vs. $34,76 \pm 12,23$ años, $p = 0,785$). La mayoría de los pacientes en ambos grupos se clasificó como E3 según la clasificación de Montreal, sin diferencias significativas ($p = 0,774$). El uso de tratamiento convencional fue similar en ambos grupos ($77,7\%$ vs. $64,4\%$, $p = 0,423$), mientras que la terapia biológica fue más frecuente en pacientes sin remisión profunda ($35,5\%$ vs. $22,2\%$, $p = 0,217$). Las manifestaciones extraintestinales fueron más comunes en pacientes con remisión profunda ($38,9\%$ vs. $26,3\%$, $p = 0,306$). En la Tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio. (Dom028)

Variable	n = 94	
	Pacientes con remisión profunda (n = 18)	Pacientes sin remisión profunda (n = 76)
Género, n (%)		
Masculino	7 (38,9)	37 (48,.)
Femenino	11 (61,1)	39 (51,.)
Edad (media \pm DE)	46,11 \pm 13,26	40,66 \pm 12,55
Edad al diagnóstico (media \pm DE)	35,83 \pm 14,04	34,76 \pm 12,23
Clasificación de Montreal, n (%)		
E1	1 (5,6)	8 (10,5)
E2	5 (27,8)	21 (27,6)
E3	12 (66,.)	47 (61,8)
Tratamiento convencional, n (%)		
5-ASA oral	14 (100)	49 (100)
5-ASA tópico	8 (57,1)	18 (36,7)
5-ASA combinado	4 (28,5)	4 (8,1)
5-ASA + inmunomodulador	1 (7,1)	9 (18,3)
5-ASA + esteroide	1 (7,1)	10 (20,4)
5-ASA + esteroide	0 (0)	8 (16,3)

Tratamiento biológico,		
n (%)	4 (100)	27 (100)
Anti-TNF	0 (0,0)	2 (7,4)
Antiinterleucina 12-23	0 (0,0)	3 (11,1)
Antiintegrina	4 (100)	22 (81,4)

MEI, n (%)		
Positivas	7 (38,9)	20 (26,3)

DE, desviación estándar; 5-ASA, 5-aminosalicilatos; anti-TNF, anticuerpos antifactor de necrosis tumoral; MEI, manifestaciones extraintestinales; n, número de casos; E1, proctitis; E2, colitis del lado izquierdo; E3, pancolitis.

Conclusiones: En este estudio, el 19,1% de los pacientes con CUCI logró una remisión profunda. No se identificaron diferencias significativas en factores demográficos o clínicos, como sexo, edad, edad al diagnóstico, presencia de MEI, clasificación de Montreal y tipo de tratamiento médico entre los pacientes con y sin remisión profunda. Estos hallazgos sugieren que los factores evaluados no se relacionaron en grado significativo con la remisión profunda en esta cohorte, lo cual destaca la necesidad de investigar otros posibles determinantes de remisión en CUCI.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom029

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SUJETOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

H. R. Ordaz-Álvarez, J. K. Yamamoto-Furusho, B. A. Priego-Parra, J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, M. Y. Carmona-Castillo, M. Philippe-Ponce, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los trastornos del sueño (TS) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se relacionan con trastornos gastrointestinales mediante la interacción del eje microbiota-intestino-cerebro y la regulación de las vías orexigénicas, anorexigénicas, ciclo circadiano y alimentación.

Objetivo: Comparar la prevalencia de TS y TCA y su efecto en la calidad de vida en individuos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y síndrome de intestino irritable (SII).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal y analítico en el que se comparó a individuos con diagnóstico de EII y SII que contestaron los cuestionarios HADS, cuestionario S-EDE-Q, cuestionario ORTO-11-ES, índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-12 V2.

Resultados: Se incluyó a 200 sujetos con SII (mediana de edad de 25 años [18-69], 69,5% de mujeres) y 106 con EII (mediana de edad de 45 años [18-69], 62,3% de mujeres). Al comparar a los individuos con SII y EII se observó que los sujetos con SII tuvieron valores más altos de ansiedad (10 [6-12] vs. 5 [2-8], $p \leq 0,0001$) y depresión (5 [3-8] vs. 3 [1-6], $p = 0,001$) que los individuos con EII. La prevalencia de TCA fue mayor en SII (14,5% vs. 3,8%, $p = 0,004$) en comparación con los sujetos con EII, al igual que las puntuaciones de las subescalas restricción alimentaria ($p = 0,041$), preocupación por comer ($p \leq 0,0001$), preocupación por la figura ($p \leq 0,0001$), preocupación por el peso ($p \leq 0,0001$) y la puntuación global del cuestionario S-EDE-Q ($p \leq 0,0001$). En la evaluación de los TS se encontró que los individuos con SII tuvieron mayor puntuación en el PSQI (10,5 [8-13] vs. 7 [5-10], $p \leq 0,0001$), mala calidad de sueño (42,5% vs. 26,5%, $p = 0,022$), menor duración de sueño menor de 4 horas (53,5% vs. 7,5%, $p \leq 0,0001$), y menor eficiencia del sueño (54% vs. 25,5%, $p \leq 0,0001$) en comparación con los individuos con EII. Por último, se identificaron diferencias en las perturbaciones del sueño ($p = 0,004$) y disfunción diurna; las personas con SII fueron el grupo más afectado. Al preguntarles sobre cómo consideraban su estado de salud, se observó que un mayor número de individuos con EII considera tener peor estado de salud ($p = 0,022$) en comparación con los sujetos con SII. En la valoración del estado de salud con el cuestionario SF-12v2, las personas con EII consideraron tener peor salud en general ($p < 0,0001$), menor puntuación en el índice sumario físico (PCS-12, $p \leq 0,0001$) y

menor puntuación total ($p \leq 0,0001$) del cuestionario en comparación con los sujetos con SII. Los individuos con SII tuvieron mayor probabilidad de sufrir ansiedad (OR 3,6; IC95% 2,2-5,9; $p \leq 0,0001$), depresión (OR 1,8; IC95% 1-3,3; $p = 0,034$), coexistencia de ansiedad y depresión (OR 2; IC95% 1-3,7; $p = 0,023$) y diagnóstico de algún TCA (OR 4,3; IC95% 1.4-12,6; $p = 0,004$).

Conclusiones: Los individuos con SII tienen mayor prevalencia de TS, TCA,

ansiedad, depresión y peor calidad de vida en comparación con las personas con EI. Estos resultados sugieren realizar el escrutinio de TS y TCA en pacientes con EI y SII para identificarlos oportunamente y realizar un abordaje multidisciplinario. Se propone continuar las investigaciones para comprender mejor los trastornos del sueño y la conducta alimentaria.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación de variables entre individuos con síndrome de intestino irritable e individuos con enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom029)

Variable	Enfermedad inflamatoria intestinal n = 106	Síndrome de intestino irritable n = 200	Valor de p
Ansiedad (HADS) (RIC)	5 (2-8)	10 (6-12)	< 0,0001
Depresión (HADS) (RIC)	3 (1-6)	5 (3-8)	0,001
Restricción (RIC)	0 (0-1)	1,2 (0,2-2,8)	0,041
Preocupación por comer (RIC)	0 (0-1)	0,8 (0-2)	< 0,0001
Preocupación por la figura (RIC)	0,4 (0-0,3)	2,6 (1-4)	< 0,0001
Preocupación por el peso (RIC)	0,2 (0-1,6)	2 (1-3,8)	< 0,0001
Puntuación global S-EDE-Q (RIC)	0,3 (0,5-1,1)	1,7 (0,6-2,9)	< 0,0001
Algún trastorno de la conducta alimentaria (S-EDE-Q > 4), n (%)	4 (3,8%)	29 (14,5%)	0,004
Algún episodio de restricción dietética, n (%)	10 (9,4%)	77 (38,5%)	< 0,0001
Restricción dietética regular, n (%)	7 (6,6%)	27 (13,5%)	0,068
Algún episodio de atracón objetivo, n (%)	18 (17%)	91 (45,5%)	< 0,0001
Episodios regulares de atracón objetivo, n (%)	9 (8,5%)	68 (34%)	< 0,0001
Algún episodio de atracón subjetivo, n (%)	14 (13,2%)	53 (26,5%)	0,007
Episodios regulares de atracón subjetivo, n (%)	11 (10,4%)	48 (24%)	0,004
Algún episodio de vómito autoinducido, n (%)	0 (0%)	18 (9%)	0,001
Episodios regulares de vómito autoinducido, n (%)	0 (0%)	6 (3%)	0,072
Algún episodio de abuso de laxantes, n (%)	0 (0%)	19 (9,5%)	0,001
Episodios regulares de abuso de laxantes, n (%)	0 (0%)	13 (6,5%)	0,007
Algún episodio de abuso de diuréticos, n (%)	0 (0%)	3 (1,5%)	0,205
Episodios regulares de abuso de diuréticos, n (%)	0 (0%)	2 (1%)	0,302
Algún episodio de ejercicio excesivo, n (%)	22 (20,8%)	99 (49,5%)	< 0,0001
Episodios regulares de ejercicio excesivo, n (%)	9 (8,5%)	37 (18,5%)	0,020
Puntuación total ORTO- 11-ES (RIC)	26,5 (24-28)	25 (23-27)	0,007
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)	7 (5-10)	10,5 (8-13)	< 0,0001
Puntuación global (RIC)			
Calidad subjetiva del sueño, n%			0,022
Muy buena	12 (11,3%)	12 (6%)	
Bastante buena	60 (56,6%)	89 (44,5%)	
Bastante mala	28 (26,4%)	85 (42,5%)	
Muy mala	6 (5,7%)	14 (7%)	
Duración del sueño, n%			< 0,0001
Más de 7 horas	29 (27,4%)	9 (4,5%)	
6-7 horas	48 (45,3%)	47 (23,5%)	
4-5 horas	21 (19,8%)	37 (18,5%)	
Menos de 4 horas	8 (7,5%)	107 (53,5%)	
Eficiencia del sueño, n%			< 0,0001
Más del 85%	47 (44,3%)	45 (22,5%)	
75-84%	24 (22,6%)	31 (15,5%)	
65-74%	8 (7,5%)	16 (8%)	
Menos del 65%	27 (25,5%)	108 (54%)	
Número de trastornos del sueño, n%			0,004
Ningún trastorno	5 (4,7%)	6 (3%)	
1-9 trastornos	58 (54,7%)	117 (58,5%)	
10-18 trastornos	35 (33%)	64 (32%)	
19-27 trastornos	8 (7,5%)	13 (6,5%)	

Disfunción diurna, n%	32 (30,2%)	24 (12%)	< 0,0001
Ninguna vez en el último mes	40 (37,7%)	76 (38%)	
Menos de una vez a la semana			
Una o dos veces a la semana	28 (26,4%)	66 (33%)	
Tres o más veces a la semana	6 (5,7%)	34 (17%)	
Estado de salud general, n%			0,022
Muy malo	2 (1,9%)	0 (0%)	
Malo	14 (13,2%)	30 (15%)	
Ni bueno ni malo	57 (53,8%)	84 (42%)	
Bueno	32 (30,2%)	73 (36,5%)	
Muy bueno	1 (0,9%)	13 (6,5%)	
SF-12 v2-Salud general			< 0,0001
Excelente	2 (1,9%)	13 (6,5%)	
Muy buena	19 (17,9%)	54 (27%)	
Buena	41 (38,7%)	100 (50%)	
Regular	42 (39,6%)	33 (16,5%)	
Mala	2 (1,9%)	0 (0%)	
PCS-12 (RIC)	48 (44,1-55,8)	55,2 (51,8-67,6)	< 0,0001
MCS-12 (RIC)	43,3 (33,5-50,2)	42,7 (33,6-50)	0,761
Puntuación total (RIC)	91 (82,6-100,3)	96,9 (87,9-104,4)	< 0,0001

Dom030

FRECUENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Cervantes-Contreras, G. E. Castro-Narro, L. Meza-López, A. E. Moreno-González, C. I. Zubia-Nevárez, M. Bastida-Osorio, S. E. Martínez-Vázquez, M. A. Hernández-Galindo, J. K. Yamamoto-Furusho, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada. La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) es un espectro diverso de trastornos desde la esteatosis hepática (EH) hasta la esteatohepatitis con inflamación adjunta y puede provocar fibrosis hepática, cirrosis y hepatocarcinoma. Se ha establecido la definición de enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD), para cuyo diagnóstico debe estar demostrada la enfermedad hepática esteatósica por estudio de imagen o biopsia y al menos un factor de riesgo cardiometabólico, sin consumo de alcohol.

Objetivo: Describir la frecuencia de fibrosis y esteatosis hepática no alcohólica, así como de MASLD y los factores relacionados para presentarlos.

Material y métodos: Es un estudio transversal y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de EII sometidos a elastografía hepática transitoria para la obtención de valores de esteatosis y fibrosis hepática; además, se valoró la presencia de criterios de síndrome metabólico para establecer el diagnóstico de MASLD. Se registraron variables demográfica y clínicas de la enfermedad. Para el análisis estadístico se utilizaron el Software R Commander y la aplicación R Studio Desktop.

Resultados: Se incluyó a un total de 136 pacientes con diagnóstico de EII, de los cuales 80 (58,82%) eran mujeres y 56 (41,18%) hombres. La media de edad general fue de 44,83 años (DE \pm 15,78). En cuanto al tipo de EII, 106 (77,9%) pacientes tuvieron el diagnóstico de CUCI, mientras que la EC contó con 30 (22,1%) individuos. Se observó que de los 136 pacientes sometidos a EHT, 90 participantes (66,18%) tenían algún grado de EH: leve (la más común) con 34 pacientes (25%) y 33 (24,26%) mostraban algún grado de fibrosis. En los criterios de síndrome metabólico, un IMC/CC se registró en 75 pacientes (60,98%), seguido de 45 (38,7%) pacientes con HDL bajo, 33 (28,45%) con TGC aumentado, 21 (15,4%) con alguna alteración glucémica y 16 con HTA. Al considerar los criterios anteriores, 76 (55,8%) pacientes tenían MASLD. Se compararon los grupos de pacientes sin esteatosis (SE), pacientes con esteatosis aislada y pacientes con MASLD, y se reconocieron diferencias significativas en los valores de FIT en pacientes con MASLD respecto de SE [138,43 (\pm 397,26) vs. 1 599,19 (\pm 7 813,66), $p = 0,01$] y TGC [136,20 (\pm 64,67), 103

(\pm 52,89) $p \leq 0,05$]. En cuanto a las variables nutricionales se observó que los pacientes con MASLD registraban valores más elevados en comparación con los grupos de SE y EH en peso [67,64 (\pm 15,39) vs. 60,31 (\pm 11,51), $p = 0,02$; 55,21 (\pm 14,39), $p \leq 0,05$], cintura [93,95 (\pm 11,65) vs. 81,96 (\pm 9,14), $p \leq 0,05$]; 81 (\pm 15,32), $p = 0,001$], IMC [26,05 (\pm 4,04) vs. 22,78 (\pm 3,13), $p \leq 0,05$; 22,9 (\pm 4,58), $p = 0,36$] y grasa [23,18 (\pm 7,48) vs. 16,9 (\pm 7,99), $p \leq 0,05$; 22,9 (\pm 4,58), $p = 0,017$]. En cuanto a la actividad de la enfermedad en CUCI por TLW, 84 (79,2%) pacientes se encontraban en remisión y el resto tenía actividad leve a moderada. Con la escala de Mayo para la actividad endoscópica, el 36,9% de los pacientes experimentó remisión. En EC según CDAI, 24 (80%) mostraron remisión. Al usar la calprotectina como referente de actividad bioquímica ($> 250 \mu\text{g/g}$) se observó que el 62,4% la tenía. No se identificaron diferencias significativas entre la presencia de remisión/actividad y la EH.

Conclusiones: En pacientes con EII, la esteatosis hepática no alcohólica es importante y se observó que el 66,18% ($n = 90$) de los pacientes mostraba algún grado de esteatosis. Más de la mitad de los pacientes (76, 55,8%) cumplieron criterios para MASLD.

Financiamiento: No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este manuscrito.

Dom031

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON LA HERRAMIENTA IBDQ-32

M. Soto-Villalpando, F. Martínez-Silva, M. Rivera-Huizar, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, V. M. Mendoza-Martínez, A. Wong-Muñoz, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Se ha reconocido la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud como uno de los objetivos terapéuticos en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tanto para colitis ulcerosa (CU) como para enfermedad de Crohn (EC). Se han diseñado diversas herramientas para su evaluación; una de las más útiles es el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) con 36 reactivos y su versión simplificada con 32 (IBDQ-32), que adaptaron y validaron en la población mexicana Zavala *et al.* El grado de actividad clínica es el factor de riesgo informado con más frecuencia, pero los datos de las publicaciones médicas no son homogéneos.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en una cohorte de pacientes con EII mediante la herramienta IBDQ-32.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con diagnóstico de EII en seguimiento por el servicio de gastroenterología del HE CMN La Raza.

De acuerdo con el índice de Truelove y Witts, en pacientes con CU se definió enfermedad activa con ≥ 11 puntos y remisión si esta puntuación era menor. Los pacientes con EC se evaluaron con el Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CAI); la enfermedad activa se consideró con una puntuación ≥ 150 y remisión si era menor. Se aplicó el cuestionario IBDQ-32 integrado con 32 reactivos que evalúan cuatro aspectos de la vida del paciente: síntomas intestinales (10), síntomas sistémicos (5), área social (12) y área emocional (5). Cada pregunta se responde con una escala tipo Likert puntuada de 1 a 7, con un intervalo de 32 a 224 puntos; las puntuaciones más altas se correlacionan con una mejor calidad de vida. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS v25. La relación entre variables cualitativas se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada; para las variables cuantitativas se empleó la t de Student. Se utilizó como valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 51 pacientes, 35 (69%) con CU y 16 (31%) con EC; 20 (39%) fueron hombres y 31 (61%) mujeres, con edad de $50,9 \pm 12,9$ años. La puntuación total obtenida fue de 149 ± 42 puntos; en el análisis por categorías se obtuvieron 45 ± 12 puntos en relación con los síntomas digestivos, 23 ± 7 puntos en los síntomas sistémicos, 55 ± 16 puntos en la esfera social y 24 ± 7 puntos en la esfera emocional (Figura 1). La actividad de la enfermedad no se vinculó con las puntuaciones conseguidas. Tanto en la puntuación global como en cada una de las categorías de la prueba, las puntuaciones más altas se observaron en hombres en comparación con las mujeres y en pacientes con CU respecto de EC; los enfermos tratados con prednisona o infliximab tuvieron puntuaciones menores que los individuos que recibían otra modalidad farmacológica. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los casos. La edad, peso, albúmina y recuento plaquetario no mostraron relación con la puntuación obtenida en la escala. En los pacientes con CU, la puntuación total más baja se registró en aquellos con extensión de Montreal E2; sin embargo, en la categoría de síntomas digestivos, la puntuación más baja se halló en el

grupo con proctitis, sin ser estadísticamente significativa. En los pacientes con EC, las puntuaciones más bajas se notificaron en aquellos diagnosticados entre los 17 y 40 años (A2), con extensión ileocolónica en comparación con la afectación ileal o colónica aislada y en los pacientes con enfermedad estenosante en comparación con el fenotipo inflamatorio.

Conclusiones: El efecto en la calidad de vida fue mayor en los pacientes con CU respecto de EC; la extensión E1 se vinculó con las menores puntuaciones en el área de los síntomas digestivos. La edad se relacionó con los desenlaces solo en los pacientes con EC. No se encontró nexo con la actividad clínica o el género.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Puntuaciones obtenidas en cada una de las categorías del IBDQ-32. (Dom031)

