



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

**ALIMENTACIÓN Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS  
PERSONAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL  
ATENDIDAS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL  
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS  
“GENERAL SAN MARTÍN” DE LA PLATA.**

*Tesis - Licenciatura en nutrición*

**AUTORA: FIGLIOZZI, SOFÍA  
TUTORAS: GOSPARINI, NADIA  
KARPENKO, INGRID**

**La Plata, Buenos Aires, Argentina.  
Octubre 2020**



## AGRADECIMIENTOS

*Desde el primer momento en el que entré a la carrera de Lic. en Nutrición sabía que mi tesis desarrollaría el tema EII, algo muy personal para mí. Ese invencible e inquebrantable deseo que tuve durante toda la carrera me lleva a estar escribiendo palabras de agradecimientos a aquellas personas que, considero, me ayudaron a llevarlo a cabo. Por este motivo, esta tesis no habría sido posible sin la ayuda de:*

*Mis tutoras de tesina las Lic. en nutrición Ingrid Karpenko y Nadia Gosparini por guiar, dirigir y compartirme sus conocimientos para realizar este trabajo.*

*La Dra. María Verónica Correa por brindarme su apoyo desde el primer momento y su tiempo a lo largo de todo el proceso de elaboración.*

*Todo el equipo de EII del HIGA San Martín de La Plata por permitirme recolectar los datos utilizados para el trabajo. Particularmente a los Dres. Martín Yantorno y Gustavo Correa, gracias por acompañarme y guiarme en el camino de esta enfermedad desde hace casi nueve años.*

*Las profesoras y las autoridades de la Licenciatura en Nutrición, FCM – UNLP, por formarme como profesional y enseñarme a amar esta hermosa carrera todos estos años.*

*Mi mamá, Martha y el papá que me regaló la vida, Guillermo, que me inculcaron el valor del esfuerzo y del trabajo, que han creído en mis capacidades, a veces más allá de lo que yo misma he creído, apoyándome siempre en todas mis decisiones.*

*Mis hermanas, Agustina y Carolina, mis dos alas que me ayudan a volar sin dejarme caer, que en este largo proceso han sufrido mi falta de atención y de paciencia en muchas ocasiones. Nunca me falten por favor...*

*Mis abuelas, Sara y Susana, por estar siempre presente y ser quienes me impulsan a seguir adelante, y mis abuelos Alberto y Pablo por guiarme desde arriba en cada paso que doy.*

*Con este agradecimiento y dedicatoria final al Dr. Carlos Petrelli, quien no solo es responsable de que hoy me encuentre viva, sino también de que prontamente me desarrolle como profesional en el ámbito de la salud, cierro este ciclo como estudiante universitaria.*

**A TODOS... ¡GRACIAS TOTALES!**



## Contenido

LISTADO DE ACRÓNIMOS.....	3
<b>1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....</b>	<b>9</b>
3.1 Definición .....	9
3.2 Clasificación clínica.....	9
3.3 Epidemiología.....	10
3.4 Etiología y Factores de riesgo .....	11
3.5 Fisiopatología .....	12
3.6 Síntomas y Diagnóstico .....	12
3.7 Tratamiento .....	14
3.8 Complicaciones y síntomas extraintestinales .....	15
3.9 Calidad de vida y factores psicosociales .....	16
3.10 Aspectos nutricionales.....	18
3.10.1 Desnutrición y déficit de micronutrientes .....	18
3.10.2 Tratamiento nutricional en el manejo de la EII.....	20
3.10.3 Dietas en la EII.....	21
<b>4. ESTADO DEL ARTE.....</b>	<b>22</b>
<b>5. OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
5.1 Objetivo general.....	24
5.2 Objetivos específicos.....	24
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>25</b>
6.1 Diseño de la investigación.....	25
6.2 Población de estudio y muestra.....	25
6.3 Criterios de Inclusión y exclusión.....	25
6.4 Fuentes, técnicas e instrumentos de análisis de datos.....	25
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
7.1 Características sociodemográficas de la muestra.....	27
7.2 Características clínico-nutricionales de la muestra .....	29
7.3 Calidad de vida en relación a la alimentación.....	42
<b>8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>48</b>
<b>9. PERSPECTIVAS FUTURAS .....</b>	<b>51</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>52</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>58</b>



## LISTADO DE ACRÓNIMOS

CI = Colitis Indeterminada

CU = Colitis Ulcerosa

CV = Calidad de vida

EC = Enfermedad de Crohn

EII = Enfermedad Inflamatoria Intestinal

FR-QoL = Calidad de vida relacionada con los alimentos

HBI = Índice de Harvey-Bradshaw

HIGA = Hospital Interzonal General de Agudos

IMC = Índice de Masa Corporal

MST = Malnutrition Screening Tool

NE = Nutrición enteral

NP = Nutrición parenteral

OMS = Organización Mundial de la Salud

P-SCCAI = Índice de actividad de colitis clínica simple por el paciente



## 1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL TEMA

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica, que produce inflamación recidivante de la mucosa intestinal e incapacidad para regular la respuesta inmune inflamatoria una vez activada (1). Bajo este término se engloban la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC), y la Colitis Indeterminada (CI), las cuales se caracterizan por períodos de exacerbación y de remisión (2). La primera, se define como la inflamación continua y difusa de la mucosa y submucosa del colon, con compromiso rectal (3). La EC, en cambio, es la inflamación transmural comprendiendo todas las capas del intestino, y puede afectar uno o varios segmentos del tracto digestivo, con compromiso predominante en íleon, colon y región perianal. Finalmente la CI, es aquella que no es claramente diagnosticada ni como CU ni como EC (4).

La mayor incidencia se encuentra entre los 15 y los 30 años (5), con una tasa bimodal de incidencia con un modesto segundo aumento en la sexta y séptima década de la vida (6). Las mayores tasas de prevalencia e incidencia se encuentran en Europa Occidental y Norte América (5). Aunque estudios epidemiológicos más recientes sugieren que la incidencia podría estar aumentando rápidamente en América del Sur, Europa del Este, Asia y África (7).

La etiología de la enfermedad no se encuentra totalmente clara, y si bien la importancia de la genética está demostrada (8) existe evidencia de que esta enfermedad se desarrolla por una respuesta inmune descontrolada hacia la microbiota intestinal u otros factores ambientales, en individuos genéticamente susceptibles. Dentro de los factores ambientales se puede incluir el microentorno local (la microflora bacteriana) y el entorno alimenticio (6,9).

Las modificaciones de la dieta, tanto a corto como a largo plazo, pasando de una dieta que comprende principalmente carne, pescado, verduras y frutas a una dieta occidental, con mayor consumo de granos, azúcares refinados y grasas, afectan la microbiota intestinal, y estos cambios en la composición microbiana podrían influenciar el riesgo de enfermedad, además el uso de antibióticos, la colonización intestinal, el estilo de vida y la industrialización, son los factores que probablemente más contribuyeron al aumento de la prevalencia de la EII en el último siglo (10).

El objetivo terapéutico en la EII es la inducción de la remisión clínica, es decir, lograr la desaparición de los síntomas, y la remisión profunda, es decir la cicatrización de la mucosa. En la práctica clínica, tradicionalmente, se ha usado una estrategia de tratamiento escalonado (step-up) que consiste en la indicación progresiva de tratamientos más potentes, cuando las drogas de primera línea o menos tóxicas no logran el éxito dentro de un período, que varía con el estado de la personas y la droga elegida (9).



Con respecto al proceso de cuidado nutricional en las personas con EII se puede destacar que, si bien la desnutrición es una condición común (oscila entre el 20% y el 85% de las personas con EII) y puede reconocerse, por la desnutrición proteico-energética, una composición corporal alterada y las deficiencias de micronutrientes, cuya gravedad dependerá de la actividad, duración y extensión de la enfermedad y, en particular, de la magnitud de la respuesta inflamatoria sistémica (11), la obesidad, considerada una condición rara en la EII, se ha vuelto cada vez más prevalente, principalmente en las últimas dos décadas. Se cree que este estado nutricional estaría relacionado con un mayor riesgo de complicaciones como edad avanzada al diagnóstico, mayor número de recaídas de la enfermedad, incidencia de enfermedad perianal, hospitalizaciones más frecuentes y complicaciones postoperatorias, incluyendo infección de la herida y dehiscencia de anastomosis quirúrgicas (12).

Desde la terapéutica nutricional la evidencia demuestra que al día de la fecha no se puede recomendar una “dieta oral específica de EII” en los estadios de la enfermedad activa ni en los de remisión debido a la falta de ensayos clínicos controlados aleatorizados con respecto a los efectos de dietas experimentales como la de carbohidratos específicos, paleolítica, dieta libre de gluten, dieta FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) (13).

Desde el soporte nutricional (suplementos nutricionales orales, nutrición enteral (NE) y/o nutrición parenteral (NP)) se persigue como objetivo mantener o restaurar el estado nutricional de las personas caracterizadas por una ingesta oral reducida, e incluso en la EC pediátrica la NE exclusiva es utilizada como tratamiento primario para inducir la remisión (14).

Finalmente, está demostrado que la EII tiene un impacto negativo muy importante en la calidad de vida (CV) de las personas. Muchas dimensiones de su vida, e incluso la de sus allegados, se ven afectadas, (15) desde la fase inicial aguda (alteración física, mental y social) hasta la asunción del carácter crónico del mismo (cambios permanentes en mayor o menor medida) (16).

El deterioro de la CV y el malestar psicológico están relacionados, entre otros, con los síntomas gastrointestinales y sistémicos activos, pudor y deterioro social (17). Enfrentar estas preocupaciones necesita estrategias de afrontamiento apropiadas y una buena adaptación (18).

En este marco varios estudios cualitativos demuestran que la EII tiene un impacto significativo en los aspectos psicosociales de los alimentos, denominada calidad de vida relacionada con los alimentos (FR-QoL) que abarca lograr una nutrición adecuada, obtener placer y mantener actividades sociales a través de la comida y la bebida (16–19).



Estos estudios cualitativos demuestran una FR-QoL profundamente deteriorada en la EII y en respuesta a esto que muchas personas realizan cambios importantes en la dieta, como omitir alimentos/grupos de alimentos específicos, o restringir severamente las cantidades consumidas, como mecanismos de afrontamiento para abordar la complejidad de la selección de alimentos y como estrategia de control sobre la enfermedad (17).

Pese a ello y a la importancia que tiene para las personas con EII la nutrición y los aspectos psicosociales de comer y beber, pocos estudios han evaluado formalmente este fenómeno o si la intervención dirigida puede reducir su impacto.

Frente a esto, en el año 2016 se creó y se validó un cuestionario de FR-QoL (17) para medirla sistemática y específicamente en personas con EII, lo que permitió por primera vez medir de forma válida estas construcciones en torno a los aspectos psicosociales de comer importantes para esta población.

En este marco, se implementó este cuestionario en las personas con EII atendidas por un equipo multidisciplinario del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "General San Martín" de La Plata, a fin de medir por primera vez y de forma validada estas experiencias con el objetivo de implementar intervenciones en pos de mejorar la CV.



## 2. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de las últimas décadas, se ha pasado de una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas a una mayor aparición de enfermedades crónicas (20) como es el caso de la EII. Su carácter complejo y multifactorial, su impacto sobre las poblaciones y el hecho de que producen una limitación importante en la CV y el estado funcional de las personas que las padecen, las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, lo político, lo social, lo alimentario y lo personal (21).

La alimentación previa al desarrollo de la enfermedad representa un factor de riesgo importante en la patogénesis de la EII lo que pudiera explicar la tendencia ascendente de su incidencia en los últimos años, justificado por el impacto que ha tenido la dieta occidental (consumo de alimentos procesados, azúcares simples, alto contenido graso y bajo en fibra) en la microbiota intestinal (10).

A su vez, una vez establecida la enfermedad se puede observar que en las personas con EII, es frecuente el riesgo de déficits nutricionales, por un lado, por causas propias de la enfermedad como el aumento de los requerimientos, aumento de las pérdidas por la inflamación de la mucosa, o la malabsorción de nutrientes por diarrea; y por otro por causas propias de las personas con EII. Con respecto a esto último, si bien existe evidencia que no hay una relación directa entre la aparición de la enfermedad o brotes con la alimentación, muchas personas con EII afirman temer que el consumo de determinados alimentos pueda empeorar los síntomas, lo cual lleva a una reducción de la ingesta, evitando nutrientes importantes (11).

Lo anteriormente dicho, demuestra que los factores dietéticos resultan importantes tanto para el desarrollo de la enfermedad como para los resultados una vez establecida y por ello el asesoramiento nutricional idóneo resulta crucial.

Finalmente, si bien la mayoría de las investigaciones que abordan la nutrición en las EII (11–14,19,22,23), se basan principalmente en los impactos clínicos de ésta sobre las personas con EII, no consideran ampliamente lo que respecta a los aspectos psicosociales de la alimentación y la CV siendo solo algunos de ellos (17,18,24–26) los que sí lo informan. Sumado a esto, no se han encontrado otras investigaciones acerca del tema a nivel nacional por lo que la presente investigación tuvo como objetivo abordar esta necesidad parcialmente insatisfecha.

Por otro lado, si bien hay investigaciones previas que indican que la alimentación, la nutrición y las interacciones sociales son de gran importancia para las personas con EII, en la práctica clínica el acceso a los servicios idóneos para el asesoramiento nutricional es limitado. Es por ello que también este estudio pretende ayudar a visibilizar la experiencia o las construcciones de las personas con EII





en relación a los alimentos, identificar áreas de intervención y favorecer el trabajo en equipo multidisciplinario centrado en sus reales necesidades, ya que éstas pueden afectar la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, y, en definitiva, a los resultados generales de su salud.



### 3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*

##### 3.1 Definición

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica, que produce inflamación recidivante de la mucosa intestinal e incapacidad para regular la respuesta inmune inflamatoria una vez activada (1). Bajo este término se engloban la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC), y la Colitis Indeterminada (CI), las cuales se caracterizan por períodos de exacerbación y de remisión (2). La primera, se define como la inflamación continua y difusa de la mucosa y submucosa del colon, con compromiso rectal (3). La EC, en cambio, es la inflamación transmural comprendiendo todas las capas del intestino, y puede afectar uno o varios segmentos del tracto digestivo, con compromiso predominante en íleon, colon y región perianal. Finalmente la CI, es aquella que no es claramente diagnosticada ni como CU ni como EC (4).

##### 3.2 Clasificación clínica

En el año 2005, la Organización Mundial de Gastroenterología consensuó en Montreal una nueva clasificación de las formas clínicas de la CU (Tabla 1) y la EC (Tabla 2), modificada a partir de la Clasificación previa de Viena, y que tiene en cuenta:

- La edad al diagnóstico (en el caso de la EC).
- La localización (EC) o extensión (CU) de la afectación inflamatoria.
- El comportamiento (EC) o gravedad (CU) de la enfermedad desde el punto de vista clínico (27).

*Tabla 1 - Clasificación de las formas clínicas de la colitis ulcerosa (CU) según la Organización Mundial de Gastroenterología (Montreal, 2005)*

<b>Extensión (Extent)</b>	<b>E1. Proctitis Ulcerosa</b>
	<b>E2. CU izquierda o distal</b>
	<b>E3. CU extensa o pancolitis</b>
<b>Gravedad (Severity)</b>	<b>S0. Remisión clínica</b>
	<b>S1. Leve: 4 o menos deposiciones diarias, ausencia de síntomas sistémicos y marcadores de inflamación normales</b>
	<b>S2. Moderada: 5 o más deposiciones diarias, con mínimos signos de afectación sistémica</b>
	<b>S3. Grave: al menos 6 deposiciones diarias, taquicardia, fiebre, anemia y elevación de la VSG (velocidad de sedimentación globular)</b>

Fuente: Hacia una Clasificación Clínica, Molecular y Serológica Integrada de Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Informe de un Grupo de Trabajo del Congreso Mundial de Gastroenterología de Montreal 2005



Tabla 2 - Clasificación de las formas clínicas de la enfermedad de Crohn (EC) según la Organización Mundial de Gastroenterología (Montreal, 2005)

<b>Edad al diagnóstico (Age)</b>	<b>A1. Hasta los 16 años</b>
	<b>A2. Entre los 17 y los 40 años</b>
	<b>A3. Por encima de 40 años</b>
<b>Localización (Location)</b>	<b>L1. Íleon distal, incluyendo ciego por contigüidad</b>
	<b>L2. Colon</b>
	<b>L3. Ileocólica</b>
	<b>L4. Se añade a las anteriores si hay afectación del tubo digestivo alto (boca-íleon proximal)</b>
<b>Comportamiento (Behaviour)</b>	<b>B1. No estenosante, no perforante (inflamatorio)</b>
	<b>B2. Estenosante</b>
	<b>B3. Perforante</b>
	<b>p. Se añade a las anteriores en caso de enfermedad perianal</b>

Fuente: *Hacia una Clasificación Clínica, Molecular y Serológica Integrada de Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Informe de un Grupo de Trabajo del Congreso Mundial de Gastroenterología de Montreal 2005.*

### 3.3 Epidemiología

La mayor incidencia se encuentra entre los 15 y 30 años de edad, siendo más frecuente la CU en hombres y la EC en mujeres (5). Algunas cohortes han sugerido una tasa bimodal de incidencia con un modesto segundo aumento entre la sexta y séptima década de la vida (6).

En países occidentales estas tasas de incidencias se sitúan alrededor de 2/100.000 para la CU y de 4.5/100.000 para la EC, y la prevalencia global se estima en el 0.4%. Las mayores tasas de prevalencia e incidencia se encuentran en Europa Occidental y Norte América (5), aunque estudios epidemiológicos más recientes sugieren que la incidencia podría estar aumentando rápidamente en América del Sur, Europa del Este, Asia y África (7).

La creciente incidencia de la EII entre las poblaciones con un estilo de vida occidental y países en desarrollo durante los últimos 50 años apunta hacia el cambio en los hábitos alimentarios, con un marcado aumento de consumo de proteínas, grasas y azúcares junto con una disminución del consumo de verduras y fibra y la producción de alimentos, como un factor desencadenante clave para el desarrollo de la enfermedad (28). Se vio un similar aumento de la incidencia en las poblaciones urbanas a diferencia de las rurales (6) por lo que se cree que la EII está asociada a la industrialización de las naciones (29,30).



Si bien en Argentina es considerada una enfermedad poco frecuente, actualmente no se dispone de datos nacionales oficiales sobre la incidencia y prevalencia de la EII (9). Pero se estima que más de 20.000 personas viven con esta patología.

### 3.4 Etiología y Factores de riesgo

La etiología de la enfermedad no se encuentra totalmente clara, si bien la importancia de la genética está demostrada existe evidencia de que esta enfermedad se desarrolla por una respuesta inmune descontrolada hacia la microbiota intestinal u otros factores ambientales, en individuos genéticamente susceptibles. Los factores ambientales pueden incluir el microentorno local (la microflora bacteriana) y el entorno alimenticio (8).

Como se mencionó anteriormente, en individuos con una predisposición genética a la EII, la alimentación juega un papel central en la patogenia de la enfermedad debido a que las modificaciones de la dieta, tanto a corto como a largo plazo, pasando de una dieta que comprende principalmente carne, pescado, verduras y frutas a una dieta occidental, con mayor consumo de granos, azúcares refinados y grasas, afectan la microbiota intestinal, y estos cambios en la composición microbiana podrían influenciar el riesgo de enfermedad, como también el uso de antibióticos, la colonización intestinal, el estilo de vida y la industrialización (6,9).

Uno de los elementos más contrastantes de la dieta occidental es la diferente proporción de PUFA n-6 y n-3 (ácidos grasos poli-insaturados), al compararla con la dieta paleolítica. Esta última tenía un equilibrio perfecto, mientras que la dieta occidental está profundamente desequilibrada a favor de los PUFA n-6. El excesivo consumo de PUFA n-6 tiene un efecto pro-inflamatorio y además se ha asociado con cambios en la microbiota intestinal (10).

El consumo de hidratos de carbono refinados (azúcares), también son una característica de la dieta occidental. Éstos son capaces de cambiar la microbiota intestinal hacia un patrón pro-inflamatorio, haciendo más susceptible a los individuos genéticamente susceptibles a adquirir la enfermedad (10).

El tabaquismo activo tiene un efecto protector sobre la presentación de CU (9). La exposición temprana al humo y al tabaquismo pasivo tiene efectos similares (6). El riesgo de desarrollar una CU en fumadores es aproximadamente la mitad que en los no fumadores. Contrariamente, los fumadores tienen un riesgo aumentado de desarrollar EC, cercana al doble que los no fumadores (9).

El uso de antibióticos disminuye la diversidad de la microbiota aumentando el riesgo de EII. La probabilidad de desarrollar EC aumenta de forma dependiente de la dosis, principalmente cuando se usan antibióticos en el primer año de vida (10).



Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) no selectivos se han considerado portadores de un riesgo significativo de agravar la CU. (9) Los AINEs alteran la composición del moco al inhibir la secreción de bicarbonato y prostaglandinas e inhiben la secreción de fosfolípidos, alterando la permeabilidad intestinal (10).

El estrés, la ansiedad y la depresión han demostrado que empeora el curso de la EII. Se desconoce si la comorbilidad psicológica es un verdadero factor de riesgo para el desarrollo de la EII, sin embargo, la EII empeora la depresión y se asocia con la resistencia al tratamiento (10).

### 3.5 Fisiopatología

Los factores ambientales y/o infecciones inducen cambios en la función de barrera del epitelio, con la consiguiente pérdida de tolerancia inmune a los antígenos intestinales. Esto lleva a la activación de las células dendríticas (funcionando como presentadoras de antígenos) que median el transporte de los mismos a los ganglios linfáticos mesentéricos, donde promueven la diferenciación de linfocitos T naïve a células TH-1, TH-2, TH-17 o linfocitos T reguladores que a su vez producen citoquinas proinflamatorias y quemoquinas. Seguidamente, ingresan al intestino células circulantes efectoras y reguladoras a través de mecanismos altamente selectivos para la migración de tales células que involucran diversas interacciones con el endotelio vascular mediante moléculas de adhesión, proceso que concluye en la diapédesis de tales células a través de la pared vascular y migración hasta la lámina propia de los segmentos gastrointestinales afectados por el proceso inflamatorio. Diversas mutaciones genéticas específicas pueden causar una desregulación de la respuesta inmunitaria innata (9).

### 3.6 Síntomas y Diagnóstico

El diagnóstico de CU (Tabla 1) o EC (Tabla 2) se realiza según la definición internacional de Lennard Jones (31), que incluye cuatro grupos de criterios diagnósticos: clínicos, radiológicos, endoscópicos y anatomopatológicos. Para el diagnóstico de la CU, se requieren, al menos, la presencia de dos criterios, siendo el anatomopatológico el definitivo. Los criterios antes mencionados definen la EC como la presencia de una histología con granulomas en asociación con otro criterio. En ausencia de granulomas, con la suma de dos criterios se considera como probable la enfermedad, requiriéndose en ese caso tres criterios para definirla (9).



Tabla 3 – Criterios diagnósticos de Colitis Ulcerosa de Lennard Jones

<b>Criterios clínicos</b>	<b>Rectorragia</b>
	<b>Diarrea crónica (Aunque en un 10% de los casos puede haber estreñimiento)</b>
	<b>Dolor abdominal</b>
	<b>Manifestaciones extraintestinales</b>
<b>Criterios radiológicos</b>	<b>Cambios mucosos: mucosa granular, úlceras especulares o en botón de camisa, pseudopólipos</b>
	<b>Cambios de calibre: estrechamiento de la luz (aumento del espacio recto sacro), acortamiento del colon, pérdida de haustración</b>
<b>Criterios endoscópicos</b>	<b>Mucosa eritematosa, granular, edematosa y o friable</b>
	<b>Exudado o ulceraciones</b>
	<b>Hemorragia al roce o espontánea</b>
	<b>Pseudopolipos y pólipos</b>
	<b>Lesiones continuas y con afectación casi constante del recto</b>
<b>Criterios anatomopatológicos</b>	<b>Mayores: inflamación exclusiva de la mucosa, úlceras superficiales, distorsión de las criptas, microabscesos, depleción de células caliciformes</b>
	<b>Menores: infiltrado inflamatorio crónico difuso, aumento de la vascularización mucosa, metaplasia de las células de Paneth, atrofia mucosa, hiperplasia linfoide</b>

Fuente: Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. Vol 49 Supl. Nº2 año 2019. SAGE

Tabla 4 – Criterios diagnósticos de Enfermedad de Crohn de Lennard Jones

<b>Criterios clínicos</b>	<b>Dolor abdominal recurrente</b>
	<b>Diarrea crónica</b>
	<b>Pérdida de peso</b>
	<b>Masa abdominal</b>
	<b>Fiebre/Febrícula</b>
	<b>Enfermedad perianal</b>
	<b>Fistulas</b>
	<b>Manifestaciones extraintestinales</b>
<b>Criterios radiológicos</b>	<b>Cambios mucosos (úlceras aftoides, lineales o en espina dorsal, úlceras longitudinales, pólipos inflamatorios, edema de válvulas conniventes)</b>
	<b>Cambios de calibre (estenosis, dilatación, fistulas, asimetría de las lesiones)</b>
<b>Criterios endoscópicos</b>	<b>En afectación del colon: presencia de aftas, ulceraciones lineales profundas o serpiginosas, aspecto de empedrado, estenosis, orificios fistulosos, pseudopólipos y pólipos, lesiones segmentarias de extensión variable, y con recto frecuentemente no afectado</b>
	<b>En afectación de íleon: aftas, úlceras y/o estenosis</b>
<b>Criterios anatomopatológicos</b>	<b>Mayores: Inflamación transmural, granulomas no caseificantes, agregados linfoides</b>
	<b>Menores: Inflamación de la submucosa con arquitectura epitelial conservada, retención de moco con inflamación mínima, fisuras</b>

Fuente: Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. Vol 49 Supl. Nº2 año 2019. SAGE



### 3.7 Tratamiento

El tratamiento de la EII es complejo y muy variable de una persona a otra, por lo que requiere un enfoque muy individualizado. Debe adaptarse a la severidad (leve, moderada, grave), segmento intestinal afectado, historia evolutiva, estado nutricional y existencia de complicaciones (32). El objetivo terapéutico en la EII es la inducción de la remisión clínica, es decir, lograr la desaparición de los síntomas, y la remisión profunda (cicatrización de la mucosa). Aún al momento del diagnóstico, es esencial considerar cómo se mantendrá la remisión después de lograr la inducción clínica. Los aspectos relevantes son prevenir las complicaciones y mejorar la CV de las personas (9).

En la práctica clínica, tradicionalmente, se ha usado una estrategia de tratamiento escalonado (step-up) que consiste en la indicación progresiva de tratamientos más potentes, cuando las drogas de primera línea o menos tóxicas no logran el éxito dentro de un período, que varía con el estado de la persona y la droga elegida (9).

Existen dos tipos de tratamiento, el que se utiliza para controlar la clínica en los brotes de actividad, para que desaparezcan los síntomas y evitar complicaciones, y el tratamiento de mantenimiento para lograr mantener la enfermedad inactiva y evitar la reaparición de síntomas (9).

Los tratamientos disponibles para la EII incluyen:

**Salicilatos:** Los aminosalicilatos están disponibles en diferentes formulaciones para administración, en forma oral (comprimidos, gránulos) y tópica (enema, espumas o supositorios) (9). Se pueden utilizar en la etapa de inducción a la remisión, mantenimiento y recaídas leves a moderadas tanto en EC como en CU, a pesar de tener un modesto efecto antiinflamatorio y poca influencia en la evolución de la enfermedad (32)

**Corticoides:** Son compuestos que tienen un gran poder para disminuir la inflamación, además de un efecto inmunosupresor. Se utilizan en las fases de brotes o empeoramiento de la enfermedad. Tanto la EC como la CU de intensidad moderada o grave, responden en más de un 80% de los casos a los esteroides (33). El uso a largo plazo y sin un adecuado control conlleva al desarrollo de complicaciones que pueden superar a los efectos benéficos, por lo tanto nunca se utilizan para mantener la remisión (34).

**Inmunosupresores:** Inhiben la respuesta inmune alterada por la enfermedad. Las indicaciones aceptadas internacionalmente para su uso son: EC fistulizante, corticodependencia y mantenimiento de la remisión en ambas formas de EII (32).

**Terapia biológica:** Se utiliza cuando han fracasado los tratamientos convencionales, como los corticoides e inmunosupresores. Los fármacos biológicos son un tipo de medicamento producidos



a partir de un organismo vivo que modifica de forma selectiva el sistema inmunitario, actuando frente a la molécula llamada TNF (35). Las metas de la terapia biológica incluyen la inducción y el mantenimiento de la remisión clínica, la inducción y el mantenimiento del cierre de fístulas, la cicatrización de la mucosa, y el ahorro de uso de esteroides (36). El tratamiento con agentes biológicos consigue aumentar la tasa de remisión en la fase aguda de las EII (37).

Cirugía: Un porcentaje importante de las personas con EII requerirán tratamiento quirúrgico en un momento determinado de su evolución (38). Las indicaciones quirúrgicas electivas son la enfermedad refractaria al tratamiento médico (39).

### 3.8 Complicaciones y síntomas extraintestinales

A pesar de los avances en el tratamiento médico, la EII, a menudo, se presenta con complicaciones intestinales que pueden requerir una intervención quirúrgica (40) (Tabla 5).

Tabla 5 - Complicaciones intestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal que requieren cirugía

<b><i>Colitis Ulcerosa</i></b>	<b><i>Enfermedad de Crohn</i></b>
<b><i>Hemorragia aguda</i></b>	<b><i>Obstrucción intestinal</i></b>
	<b><i>Perforación del peritoneo</i></b>
<b><i>Megacolon tóxico</i></b>	<b><i>Absceso</i></b>
	<b><i>Fístula</i></b>

Los síntomas extraintestinales pueden afectar prácticamente a cualquier sistema de órganos con un impacto potencialmente perjudicial sobre el estado funcional y la calidad de vida de la persona. Se pueden dividir en 2 grupos: manifestaciones extraintestinales y complicaciones extraintestinales (41).

Las complicaciones extraintestinales son causadas principalmente por la enfermedad en sí e incluyen afecciones como la malabsorción con las consiguientes deficiencias de micronutrientes, osteoporosis, neuropatías periféricas, cálculos renales, cálculos biliares y efectos secundarios relacionados con la EII (41).

En cuanto a las manifestaciones extraintestinales, la prevalencia oscila entre el 6-47% de personas con EII, y afectan con mayor frecuencia a las articulaciones, la piel, el tracto hepatobiliar y el ojo (Tabla 6), y con menor frecuencia también afectan los pulmones, el corazón, el páncreas o el sistema vascular. Pueden ocurrir múltiples manifestaciones extraintestinales concomitantemente, y la presencia de una sola confiere una mayor probabilidad de desarrollar otras (41).





Ciertas manifestaciones extraintestinales como la artritis pauciarticular, las úlceras aftosas orales, el eritema nudoso o la epiescleritis, suelen producirse con una mayor actividad de la enfermedad intestinal, otras manifestaciones, como la espondilitis anquilosante y la uveítis, suelen seguir un curso independiente de la actividad de la EII. Y finalmente, la aparición de colangitis esclerosante primaria y el pioderma gangrenoso pueden o no estar relacionados con la actividad de la enfermedad (41).

Tabla 6 - Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal

<b><u>Manifestaciones extraintestinales relacionadas a las articulaciones</u></b>	<b><u>Manifestaciones extraintestinales relacionadas a la piel</u></b>	<b><u>Manifestaciones extraintestinales relacionadas al tracto hepatobiliar</u></b>	<b><u>Manifestaciones extraintestinales relacionadas al ojo</u></b>
<b>Artropatías periférica</b>	<b>Eritema nudoso</b>	<b>Colangitis esclerosante primaria</b>	<b>Episcleritis</b>
	<b>Pioderma gangrenoso</b>		
<b>Artropatías axiales</b>	<b>Síndrome de Sweet</b>		<b>Uveítis</b>
	<b>Estomatitis aftosa</b>		

### 3.9 Calidad de vida y factores psicosociales

A la hora de hablar de CV, se aborda desde tres aspectos fundamentales: el subjetivo, el contextual y el funcional; para de esta forma tomar en cuenta las expectativas de la persona con relación a su enfermedad, el apoyo social percibido-recibido y la capacidad de la persona de funcionar socialmente (16).

En el contexto de una enfermedad crónica, la evaluación subjetiva está basada primeramente en el funcionamiento psicológico y en el grado de daño del funcionamiento físico (15).

Existen diversas definiciones para el concepto de CV, Hornquist (Hornquist, 1990) definió la CV como “la percepción global de satisfacción en un determinado número de áreas o dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo” (42).

Por su parte, La Organización Mundial De La Salud (OMS) en 1994 definió el concepto de CV como: "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus



inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Está demostrado que la EII tiene un impacto negativo muy importante en la CV de las personas. Muchas dimensiones de su vida, e incluso la de sus allegados, se ven afectadas, (15) desde la fase inicial aguda (alteración física, mental y social) hasta la asunción del carácter crónico del mismo (cambios permanentes en mayor o menor medida) (16).

Varios estudios realizados (1, 43,44) mostraron elevadas tasas de estrés crónico en EII y se las asoció a una peor CV y a un incremento de la actividad de la enfermedad, además de llevar a un mayor consumo de recursos sanitarios (8).

El estrés psicosocial es un elemento implicado en los trastornos digestivos, lo que resulta discutible es dilucidar cuál es su papel, ya sea como consecuencia o como causa en la aparición o en la recidiva de las EII. Por otro lado, las personas que padecen de una EII perciben un déficit funcional a nivel laboral, trastornos en las relaciones sociales, limitaciones en la actividad sexual y alteraciones de orden psicológico y del sueño (15).

Sumado a esto, el impacto económico de las EII es bastante grande, considerando a la par los gastos tanto directos como indirectos que éstas traen a quienes la padecen. Los gastos directos están relacionados con el sistema de salud, muy particularmente a la atención médica repetitiva, y a los innumerables gastos entre fármacos y exámenes que son indicados por el especialista. En cuanto a los costos indirectos de las EII, estos se encuentran relacionados a la disminución de la productividad, entre ellas la laboral (16).

Estudios realizados (1,45) sobre cómo, la EII, puede influir en muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas (incluidas las actividades y relaciones sociales y familiares, y la libertad de disfrutar del tiempo libre y participar en actividades profesionales y académicas), han encontrado que incluso en personas con la enfermedad "controlada", ésta ha tenido una marcada influencia negativa, informando la necesidad de tener un baño cerca donde se realicen actividades de ocio planeadas, y como ha influido el tipo de actividad a realizar, hasta algunos afirmaron haber dejado de participar en actividades recreativas o profesionales debido a la EII. Consideraban sus síntomas "controlados / casi controlados" y aún experimentaban una marcada prevalencia como: diarrea, urgencia, sangrado rectal, flatulencia, fatiga, dolor abdominal y dolor en las articulaciones. La mayoría de las personas informaron que su enfermedad había causado la ausencia del trabajo y hasta la pérdida del mismo, y que la EII tuvo un impacto negativo en el rendimiento educativo (45).



Existe una creciente evidencia de que la EII tiene un impacto significativo en la FR-QoL, que abarca el logro de una nutrición adecuada, obtener placer y mantener las actividades sociales a través de la comida y la bebida, en base a ello y a la importancia que tiene para las personas con EII los aspectos psicosociales de comer y beber, se creó y validó en el año 2016 el cuestionario FR-QoL-29, que es un breve cuestionario de autoinforme que ha demostrado una buena fiabilidad y validez en la medición de los aspectos psicosociales de la alimentación y la bebida en la EII (17).

El cuestionario incluye 29 ítems, medidos en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que va de 1 [definitivamente de acuerdo] a 5 [definitivamente en desacuerdo], la suma total de los 29 ítems es el puntaje general, siendo el mínimo de 29 puntos, asociado a una baja FR-QoL, ascendiendo hasta un máximo de 145 asociado a una alta FR-QoL (17).

### 3.10 Aspectos nutricionales

#### 3.10.1 Desnutrición y déficit de micronutrientes

La desnutrición es una condición común entre las personas con EII, la prevalencia informada oscila entre un 20% a un 85% y puede reconocerse por la desnutrición proteico-energética, la composición corporal alterada y las deficiencias de micronutrientes. Si bien la malnutrición ocurre tanto en la CU como en la EC, la prevalencia de desnutrición proteico-energética y de micronutrientes específicos parece ser mayor en la EC debido a que, a diferencia de la CU que está restringida al colon y tiene pocos efectos directos de mala absorción (13), puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal y, principalmente, el intestino delgado (11). Además, las personas con EC generalmente desarrollan desnutrición durante un largo período de tiempo, mientras que las personas con CU tienden a presentar una deficiencia nutricional precipitada durante un brote agudo severo de la enfermedad o en caso de hospitalización (14).

Los mecanismos subyacentes a la desnutrición incluyen diversas causas, como son la ingesta reducida de alimentos por vía oral, la mala absorción de nutrientes, la pérdida de nutrientes entéricos, el aumento de las necesidades de energía debido a la inflamación sistémica y, en ocasiones, los factores iatrogénicos (relacionados con las drogas y la cirugía) (14).

Esta situación de malnutrición es uno de los factores más importantes asociados a un mal resultado clínico, ya que empeora el pronóstico de la EII debido a que altera la función del sistema inmune, retrasa la curación de las mucosas y disminuye la funcionalidad de la persona (14), además la mala nutrición en la EII infantil contribuye al desarrollo puberal interrumpido y la velocidad de crecimiento deteriorada que puede conducir a una baja estatura en la edad adulta (13).



Otro aspecto importante de la desnutrición en las personas con EII se relaciona con la composición corporal, en particular la alteración de la masa grasa y la masa magra. Esta alteración en la composición corporal puede afectar el curso de la EII, la capacidad de respuesta a los tratamientos, los resultados de la cirugía y la CV. Una pérdida progresiva y generalizada de la masa muscular asociada con una disminución del rendimiento físico genera un síndrome denominado sarcopenia, que impacta significativamente en la CV, causa discapacidad física y se asocia con una mayor necesidad de cirugía y malos resultados quirúrgicos en la EII (11).

La gravedad del cuadro de malnutrición depende de la actividad, duración y extensión de la EII y, en particular, de la magnitud de la respuesta inflamatoria sistémica mediada por citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral (TNF) -  $\alpha$  y las interleucinas - 1 y - 6, que pueden aumentar el catabolismo y provocar anorexia (11).

Las deficiencias de micronutrientes más prevalentes en personas con EII son las del hierro, calcio, selenio, zinc, magnesio, vitaminas solubles en agua, en particular, B12 y ácido fólico, y vitaminas liposolubles, como A, D y K (11). Estas deficiencias se pueden deber a una ingesta deficiente, malabsorción, un exceso de utilización de los micronutrientes debido a la inflamación de la mucosa y la interacción con medicamentos (13).

La anemia es la complicación sistémica extra intestinal más frecuente de la EII con una prevalencia entre 36% a un 90%, generalmente complica el curso tanto en la CU como en la EC. Sus causas más comunes son la ingesta inadecuada de hierro en la dieta y la pérdida continua de sangre, generada por las úlceras de la mucosa intestinal en una fase de inflamación activa (11). Se recomienda la administración de suplementos de hierro en todos los pacientes con EII, independientemente de su edad, cuando la anemia por deficiencia de hierro está presente, debido a que la CV mejora con la corrección de la anemia, y esta mejora es independiente de la actividad clínica (13).

A menudo, las personas con EII, suelen excluir de su dieta la leche o los productos lácteos, generando una baja ingesta de calcio. La deficiencia de este micronutriente es de aproximadamente 13% en personas con EC y 10% en personas con CU, mientras que hasta el 70% de las personas con EC y hasta el 40% con CU presentan niveles bajos de vitamina D (11). Debido a esto, se recomienda evaluar la deficiencia de vitamina D y garantizar siempre un suministro adecuado de calcio y vitamina D, especialmente en personas con EII tratadas con esteroides (13).



### 3.10.2 Tratamiento nutricional en el manejo de la EII

La decisión sobre la ruta óptima del tratamiento nutricional en el manejo de la EII puede ser compleja e involucrar varios aspectos, incluida la capacidad de la persona para comer, la capacidad de absorción del tracto gastrointestinal, el estado nutricional que tenga la persona y los objetivos terapéuticos (13).

La NE, con suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda, tiene como objetivo mantener o restaurar el estado nutricional de las personas caracterizadas por una ingesta oral reducida (11). Si bien los suplementos de nutrición oral son el primer paso para un manejo en el tratamiento nutricional, generalmente son una terapia de apoyo menor que se usa además de la alimentación oral convencional. Cuando no es posible la alimentación oral, se debe considerar alimentar a la persona a través de una sonda nasogástrica o nasoentérica, la NE debe considerarse en pacientes con un tracto gastrointestinal funcional pero que no pueden tragar de manera segura (13).

Mientras que en la CU el manejo nutricional es básicamente de soporte nutricional (14), se ha demostrado la eficacia de la NE como tratamiento en personas con EC en fase aguda con tasas de remisión del 20% al 84,2%, aunque sus mecanismos de acción siguen siendo desconocidos. Se ha especulado que los nutrientes pueden modular la microflora comensal y la respuesta inmune intestinal al reducir la exposición al antígeno. En consecuencia, la NE parece ejercer un efecto antiinflamatorio en la mucosa intestinal al reducir la producción de IL-6 y aumentar la producción de factor de crecimiento similar a la insulina (IGF) -1 y podría considerarse a la NE exclusiva como una terapia de primera línea en niños, debido a su buena eficacia para provocar remisión, ya que tiene, además efectos beneficiosos sobre el crecimiento y efectos adversos limitados (11).

La NE siempre debe tener preferencia sobre la NP, a menos que esté completamente contraindicada, como en isquemia intestinal, íleo, estado de shock severo, fístulas intestinales de alto gasto o hemorragia intestinal severa. Una de las indicaciones más relevantes para la NP en personas con EII es el síndrome de intestino corto con malabsorción severa de nutrientes y / o líquidos que no se pueden manejar con la NE. La NP también está indicada en personas con enfermedad obstructiva, cuando no hay posibilidad de colocar una sonda de alimentación más allá del segmento de obstrucción o cuando este procedimiento ha fallado. En el período perioperatorio, el soporte nutricional debe administrarse temprano porque, independientemente de la vía de administración, disminuye el riesgo de complicaciones postoperatorias (11).



### 3.10.3 Dietas en la EII

Si bien se recomienda que durante la fase de remisión se mantenga una alimentación libre, pueden presentarse problemas nutricionales debido a una dieta de exclusión de ciertos alimentos realizada por las personas con EII, ya que tienen ideas preconcebidas respecto a la alimentación, en este sentido, es frecuente que asocien la leche y productos lácteos, especias, hierbas, alimentos fritos, productos generadores de gas y ricos en fibra con una agudización de la enfermedad, pese a que hasta la fecha no se ha encontrado evidencia científica de que estos alimentos se asocien a recidivas de la enfermedad. Tampoco se puede recomendar una “dieta oral para la EII” en los estadios activos de la enfermedad debido a la falta de datos de ensayos clínicos (13).

Además de la dieta de exclusión, se han propuesto otras dietas para aliviar los síntomas y / o llevar a la enfermedad a un estadio de remisión, como por ejemplo, la dieta de carbohidratos específicos que es un enfoque novedoso basado en la restricción de carbohidratos complejos y azúcar refinada, (la razón de este plan de dieta es que los azúcares y los carbohidratos complejos son mal absorbidos y podrían causar alteraciones en la composición de la microbiota, lo que contribuye a la inflamación intestinal), la dieta paleolítica, el consumo de alimentos sin gluten, dieta baja en oligo-, di- y monosacáridos, y polioles de baja fermentación (FODMAP), o una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados omega 3, sin embargo aún no se han podido validar científicamente (11).



## 4. ESTADO DEL ARTE

Las EII son enfermedades crónicas que causan una gran afectación de la salud, que se evidencia en forma de cambios en las actitudes y conductas a nivel físico, emocional y social (16).

El deterioro de la CV y el malestar psicológico están relacionados, entre otros, con los síntomas gastrointestinales y sistémicos activos, pudor y deterioro social (17). Una vez que se desarrolla la EII, la imprevisibilidad, la incertidumbre y el curso crónico de la enfermedad pueden causar una amplia gama de preocupaciones psicológicas e interpersonales a las personas. Estos incluyen pérdida de control del intestino, fatiga, deterioro de la imagen corporal, miedo a consumir ciertos alimentos, aislamiento social y preocupación por no alcanzar todo el potencial.

La EII tiene un impacto significativo en los aspectos psicosociales de los alimentos, denominada FR-QoL (17). Además de numerosos roles biológicos, la comida satisface una gran cantidad de necesidades sociales y psicológicas, como ser una fuente de placer, un mecanismo de afrontamiento y comunicar la pertenencia de un individuo a grupos sociales y culturales particulares. Estos importantes roles psicosociales pueden verse dramáticamente alterados en personas con EII, especialmente porque puede afectar a personas de todas las edades y géneros.

Comer y beber también son fundamentales para muchas interacciones sociales con familiares, amigos y colegas y, por lo tanto, la EII puede inhibir la socialización de algunas personas, y aunque la evidencia que respalda el papel de los alimentos y bebidas en la etiología de la EII y la exacerbación de los síntomas es mixta, las personas tienen fuertes creencias sobre el papel de los “alimentos/bebidas desencadenantes”. En respuesta, muchas personas realizan cambios importantes en la dieta, como omitir alimentos/grupos de alimentos específicos, o restringir severamente las cantidades consumidas, como mecanismos de afrontamientos para abordar complejidad de la selección de alimentos (18) y en un intento de obtener algo de control sobre la enfermedad (19).

El impacto de la restricción alimentaria y la retirada social tiene una relevancia particular en la EII, donde el diagnóstico a menudo ocurre cuando las personas están formando nuevas relaciones y formándose profesionalmente (17). Incluso después de muchos años de vivir con la enfermedad, la comida sigue siendo una fuente de incertidumbre (24).

Recientemente se han realizado tres estudios donde se ha utilizado el cuestionario validado FR-QOL 29, “Patrones dietéticos e intolerancias en enfermedad inflamatoria intestinal, calidad de vida y consumo de calcio / vitamina D” (26), “Prevalencia y factores asociados a la calidad de vida relacionada con los alimentos en 1223 personas con EII” (25) y “Calidad de vida relacionada con los



alimentos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome del intestino irritable”  
(46)

El primero, realizado en 67 personas con EII, observó la evitación de alimentos en el 97% de las personas, con un número medio de alimentos evitados en 6. Se evitaron las verduras en el 60% de las personas, seguido de productos a base de trigo en el 56% de las personas. El 82% de las personas informaron que su EII estaba activa. La calidad de vida relacionada con los alimentos fue deficiente en personas con enfermedad inflamatoria intestinal y la actividad de la enfermedad se correlacionó significativamente con 16 de las 29 declaraciones. El 60% informó que los alimentos tienen asociación con la actividad de la enfermedad. El 89% tenía miedo de comer un alimento en particular con el temor de que pudiera desencadenar sus síntomas de EII. El estudio concluyó que la calidad de vida relacionada con los alimentos en la EII fue pobre y que evitar los alimentos plantea un importante factor de riesgo para una deficiencia nutricional.

En cuanto a los resultados del segundo estudio mencionado, la puntuación media de FR-QoL fue de 80, considerablemente menor en comparación con los voluntarios sanos medidos previamente, que fue de 123. Los cuatro elementos calificados como los más graves (Totalmente de acuerdo / De acuerdo) fueron 'evitar la comida y la bebida que sé que no está de acuerdo con mi EII' (71%), 'estar más consciente de lo que estoy comiendo debido a mi EII' (70%), "ciertos alimentos han desencadenado síntomas de mi EII" (69%) y "el disfrute de un alimento o bebida en particular se ha visto afectado por el conocimiento de que podría desencadenar los síntomas de EII" (67%).

Con respecto al tercer estudio realizado en Estados Unidos, 2019, con una muestra poblacional de 95 personas con EII, se informó un puntaje promedio del FR-QoL de 82. Al momento de comparar los resultados del cuestionario FR-QoL con el estado de la enfermedad (activa frente a remisión), las personas con EII en remisión demostraron una FR-QoL más alta que las personas con EII con enfermedad activa (remisión de EII: 91.2, frente a EII activa: 67). En cuanto al género, se pudo observar que no hubo diferencias significativas en la FR-QoL.

A su vez, también se observó que el uso simultáneo de múltiples dietas ocurrió en el 33% de los pacientes con EII. Menos de la mitad de los sujetos informaron haberse reunido alguna vez con un nutricionista por el tratamiento dietético para su enfermedad, sin embargo, reunirse con un nutricionista no se tradujo en una mejora de la FRQoL.





## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

“Determinar la puntuación de CV en relación a los alimentos de las personas con EII atendidas por el equipo multidisciplinario del HIGA San Martín de La Plata”

### 5.2 Objetivos específicos

1. Describir las características socio-demográficas de la muestra en estudio.
2. Conocer las características clínicas-nutricionales de las personas con EII en estudio.
3. Aplicar el cuestionario de FR-QoL en la muestra en estudio.



## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Diseño de la investigación

La presente investigación es un estudio cualitativo de tipo observacional, descriptivo. Se buscó conocer mediante autoinforme la alimentación y el impacto de la misma en la calidad de vida de las personas con EII.

Se realizó un diseño de investigación transversal y retrospectivo, debido a que se extiende en el tiempo desde el momento del diagnóstico de EII en la persona hasta el 2020. Los datos se recogieron mediante el formato de encuestas Google.

### 6.2 Población de estudio y muestra

La población de la investigación fueron personas con diagnóstico confirmado de EII, atendidos por el equipo multidisciplinario del HIGA San Martín de La Plata.

Muestra: personas con diagnóstico de EII, mayores de 18 años, atendidos por el equipo multidisciplinario del HIGA San Martín de La Plata que al momento del estudio respondieron en tiempo y forma el cuestionario enviado.

### 6.3 Criterios de Inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión:

- Personas con diagnóstico confirmado de EII.
- Personas de cualquier género, de 18 años (edad considerada por el Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 26.579, para definir la mayoría de edad) y sin límite superior de edad.
- Capacidad de ingerir “alimentos sólidos o de uso común” al menos en las últimas dos semanas.

#### Criterios de exclusión:

- Personas con de algún trastorno psicológico/psiquiátrico antes del diagnóstico de EII.
- Personas que se alimentan con nutrición enteral total o parenteral total en las últimas dos semanas.
- Personas que no puedan o no quieran responder la encuesta.

### 6.4 Fuentes, técnicas e instrumentos de análisis de datos.

Fuentes: Para llevar a cabo la investigación, se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones en varios repositorios académicos online (SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, Lilacs, Medline, como principales páginas consultadas). Se utilizaron términos de referencia como \*Enfermedad



inflamatoria intestinal, \*Colitis Ulcerosa, \*Enfermedad de Crohn, \*Aspectos psicosociales de la EII, \*Tratamientos de la EII, \*Diagnóstico de EII, \*Factores de riesgo de EII, \*Calidad de vida en EII.

De los artículos encontrados, publicados en revistas científicas o libros, se incorporaron aquellos cuya fecha de publicación fue desde el año 2010 en adelante, con excepción de algunos artículos previos a la fecha mencionada que fueron de relevancia para aclarar los criterios utilizados para el diagnóstico de las EII.

Técnica de recolección de datos: Se administró un cuestionario estructurado de treinta y nueve preguntas cerradas y abiertas, de forma online a través de Formularios Google en el mes de agosto del año 2020 (ver anexo).

Instrumento: Para la evaluación de la FR-QoL se utilizó un cuestionario validado de CV relacionada con los alimentos (FR-QOL - 29), que consta de 29 afirmaciones. Cada afirmación se responde en una escala Likert de cinco puntos que va de 1 [Totalmente de acuerdo] a 5 [Totalmente en desacuerdo] de acuerdo a las sensaciones en las dos semanas precedentes. La suma de los cuales es el puntaje general. El puntaje mínimo es 29 (Baja calidad de vida relacionada a los alimentos) y máximo 145 (Alta calidad de vida relacionada con los alimentos) (17).

Si bien hasta el momento en que se realizó el cuestionario FR-QOL no ha sido validado en español, para esta investigación, personas idóneas han traducido una por una las preguntas.

Para evaluar el estado de actividad de la EII en personas con EC, se utilizó el Índice de Harvey-Bradshaw (HBI) que se basa en variables subjetivas y clínicas; evalúa los parámetros en las 24 horas precedentes y consta de 5 indicadores: bienestar general, dolor abdominal, sensación de masa abdominal, deposiciones líquidas o blandas y complicaciones, con un puntaje inferior a 5 para la remisión, entre 5 – 7 enfermedad leve, entre 8 – 16 para la enfermedad moderada y superior a 16 en aquellos con enfermedad grave (47).

Se evaluó el grado de actividad de la CU/CI con el The Patient Simple Clinical Colitis Activity Index (P-SCCAI), que consta de 12 indicadores tenidos en cuenta en la semana anterior a la encuesta, y son deposiciones diurnas y nocturnas, retención de heces por 15 minutos o más, ajustes a actividades para tener un baño cerca, sangre en ropa interior, sangre en heces, bienestar general y complicaciones; con un puntaje inferior a 5 para una enfermedad inactiva y mayor o igual a 5 para aquellos con enfermedad activa (48).

Análisis de los datos: Para el análisis de los datos se utilizó el paquete de Microsoft Excel 2013.

## 7. RESULTADOS

El propósito fundamental de esta investigación fue describir la CV relacionada a la alimentación considerando las variables sociodemográficas, clínicas nutricionales y de CV.

En el siguiente apartado se mostrarán los resultados obtenidos a partir de la encuesta realizada.

Del total de personas atendidas por el equipo multidisciplinario del HIGA San Martín, han respondido a la encuesta 111 personas, de las cuales 18 encuestas fueron descartadas por presentar datos incompletos o erróneos, quedando un total de 93 encuestas respondidas de forma correcta.

### 7.1 Características sociodemográficas de la muestra

A las 93 personas con EII que respondieron la encuesta correctamente, se las clasificó según el género, edad y zona de residencia a nivel provincial y ciudad.

Hubo un predominio de los participantes de la encuesta del género femenino con el 68% del total, mientras que el 31% correspondió al género masculino y solo un 1% a otros géneros (gráfico 1).

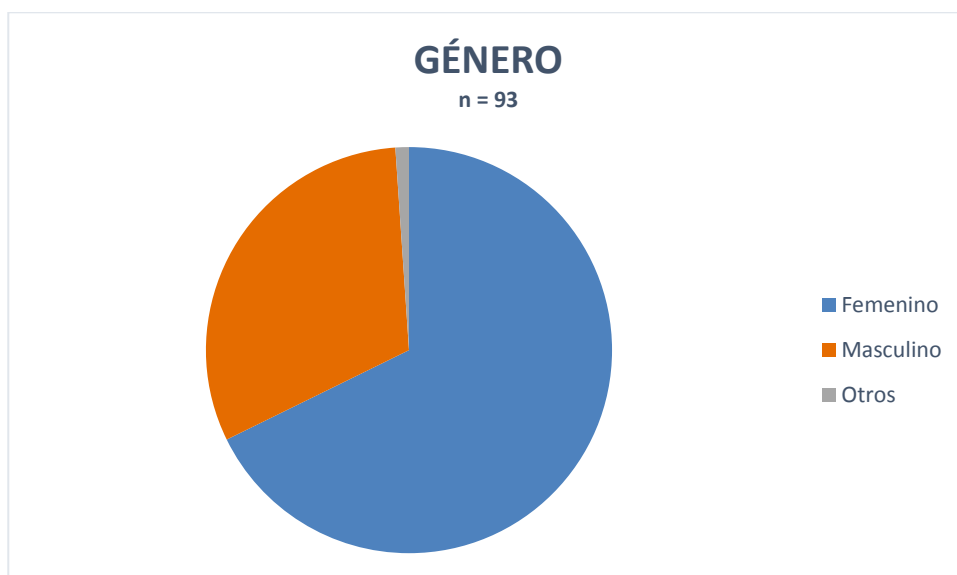


Gráfico 1 - Distribución del género de personas con EII

En cuanto a las edades de las personas se las clasificó en intervalos, observándose que el 30% de la muestra pertenecía al intervalo entre 29 – 39 años, el 26% al de 40 – 50 años, el 18% tenía entre 18 – 28 años y el 14% y 12% restante a edades entre 51 – 62 y mayor a 63 años respectivamente. Se identificó una edad mínima de 19 y una máxima de 77 con un promedio general de 41, 97 años (gráfico 2).

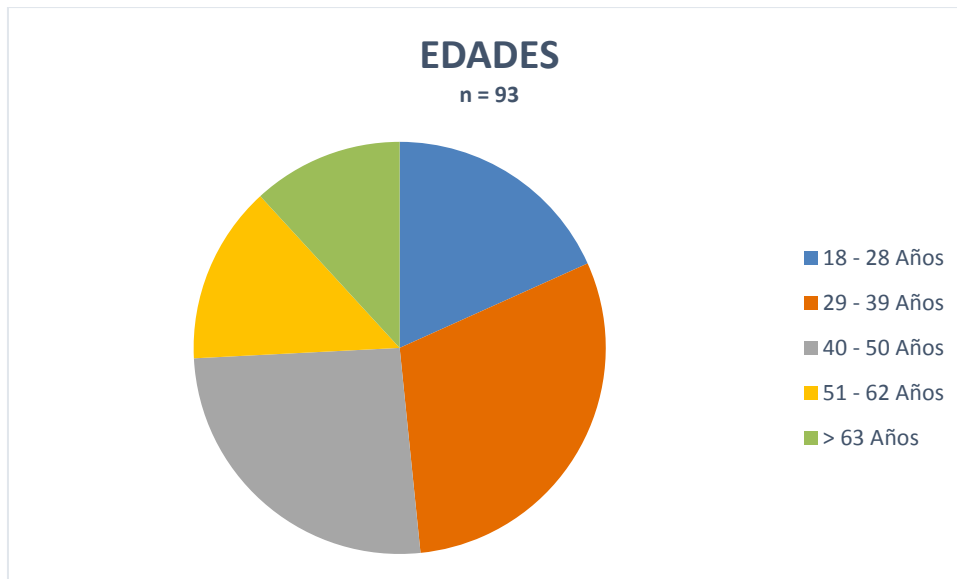


Gráfico 2 - Edades en intervalos de años cumplidos de las personas con EII

Al analizar la provincia de residencia de la muestra obtenida, se observó que un elevado porcentaje, 98% de las personas que respondieron correctamente la encuesta, pertenecía a la Provincia de Buenos Aires, siendo solo un 1% perteneciente a la Provincia de Entre Ríos y otro 1% a la provincia de Neuquén (gráfico 3).

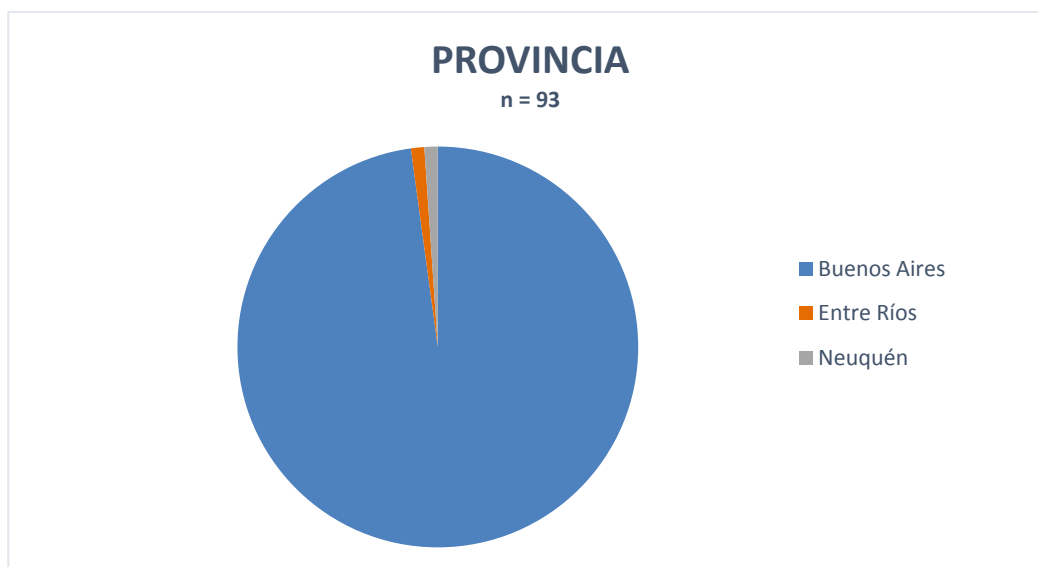


Gráfico 3 - Provincia de residencia de las personas con EII

La ciudad de residencia donde se ubicó el mayor porcentaje de la muestra, 60% fue La Ciudad de La Plata, seguida por Berazategui con un 4%, Berisso, Ensenada y Trenque Lauquen con un 3% cada una, Bahía Blanca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Coronel Pringles, Lincoln y Magdalena con 2% cada una y el resto de las ciudades con un porcentaje de muestra de residencia en las mismas de un 1% cada una (gráfico 4).

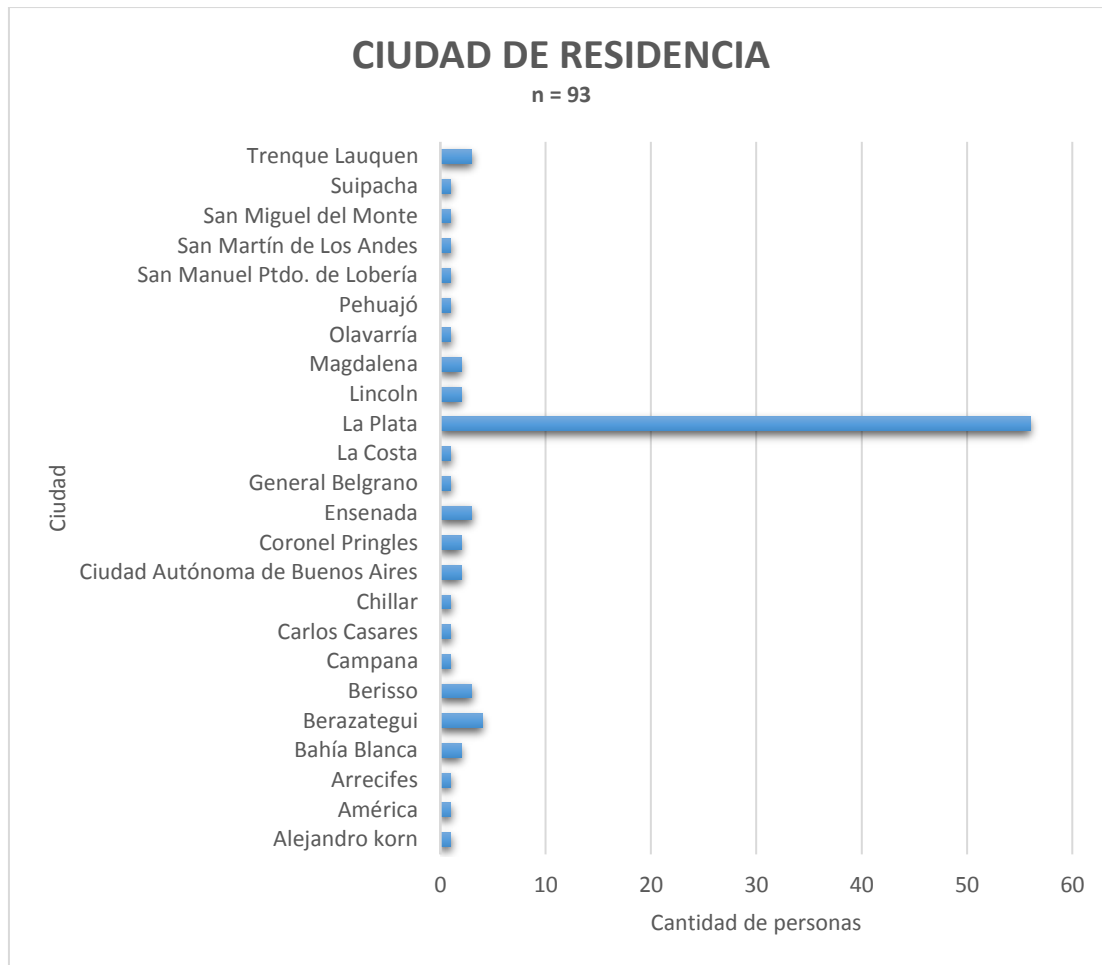


Gráfico 4 - Ciudad de residencia de las personas con EII

## 7.2 Características clínico-nutricionales de la muestra

A las 93 personas con EII que respondieron la encuesta correctamente se las clasificó según el IMC que presentaban, el riesgo de presentar desnutrición con el instrumento MST, su EII diagnosticada y se investigó tanto la edad de inicio de los síntomas como la edad en la cual se les realizó el diagnóstico, a su vez, también se investigó acerca de antecedentes de cirugías relacionadas con la EII, y el grado de actividad de la enfermedad, con el HBI para personas con EC y el P-SCCAI para personas con CU y CI (página 24).

Se indagó sobre el asesoramiento nutricional en el último año, dietas que realizaron con anterioridad y dietas realizadas actualmente, alimentos que fueron evitados y que estaban siendo evitados al momento de responder.

Como se mencionó anteriormente, a las personas se las clasificó según el IMC de la OMS en tres categorías, aquellas con IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> presentaban desnutrición, las que tenían una IMC entre 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup> mantenían un normopeso y las que tenían un valor superior o igual a 25kg/m<sup>2</sup> fueron clasificadas con sobrepeso/obesidad.



Se observó que el 52% de la muestra, presentaba un IMC entre 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup> al momento de responder la encuesta, el 45% tenía un IMC igual o superior a 25 kg/m<sup>2</sup> y solo el 3% presentaba un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> (gráfico 5).

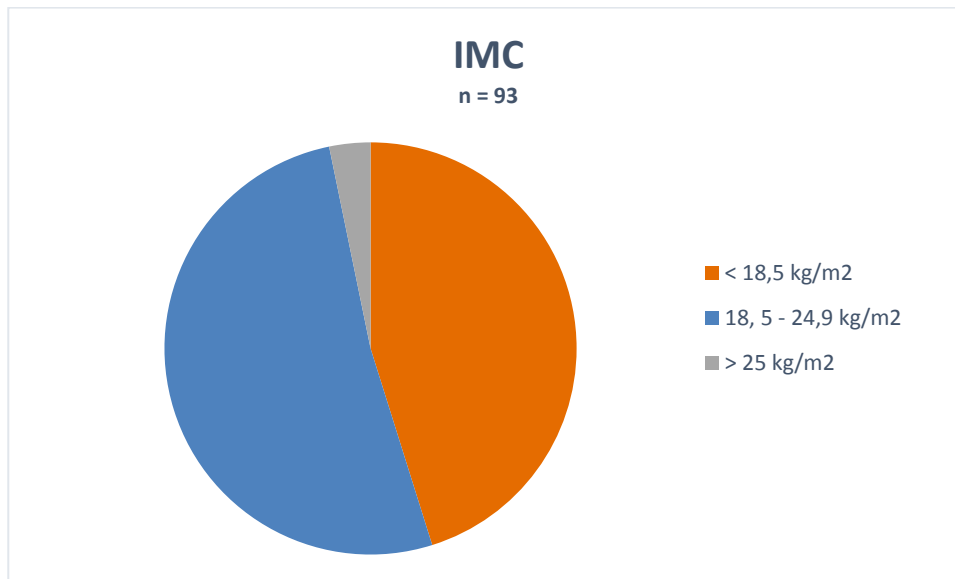


Gráfico 5 - Índice de masa corporal según la OMS

En cuanto al riesgo de desnutrición mediante el instrumento de screening nutricional MST, el 78% de la muestra se encontraba, al momento de realizar la encuesta, sin riesgo de desnutrición, mientras que el 22% restante se encontraba con riesgo de desarrollar desnutrición (gráfico 6).

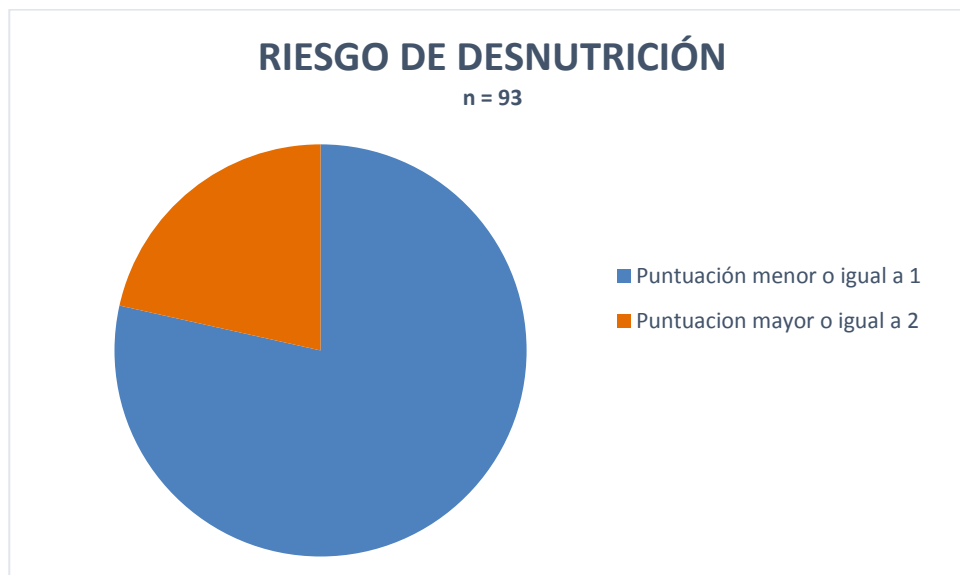


Gráfico 6 - Evaluación del riesgo de desnutrición con el instrumento de screening nutricional MST

A continuación se muestra la distribución del tipo de EII diagnosticada, se presentó un mayor porcentaje de personas diagnosticadas con CU, 60%, seguidos de un 32% diagnosticadas con EC y un mínimo porcentaje diagnosticado con CI 8% (gráfico 7).

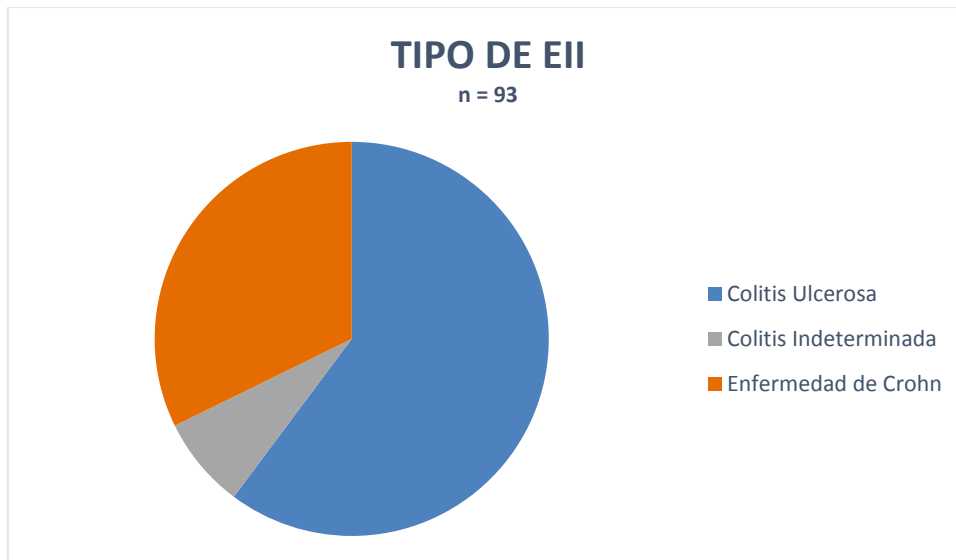


Gráfico 7 - Distribución del tipo de EII diagnosticada

Al analizar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la EII hasta la fecha en la que respondieron la encuesta, clasificando los años en intervalos, se observó que el 33% de la muestra fue diagnosticada hace 6 – 10 años, el 27% tuvo una confirmación del diagnóstico menor a un tiempo de dos años, seguido de un 17% que refirió haber sido diagnosticado hace 3 – 5 años, mientras que el 14% y 9% fue diagnosticado hace 11 – 15 años atrás y hace más de 15 años respectivamente (gráfico 8) .

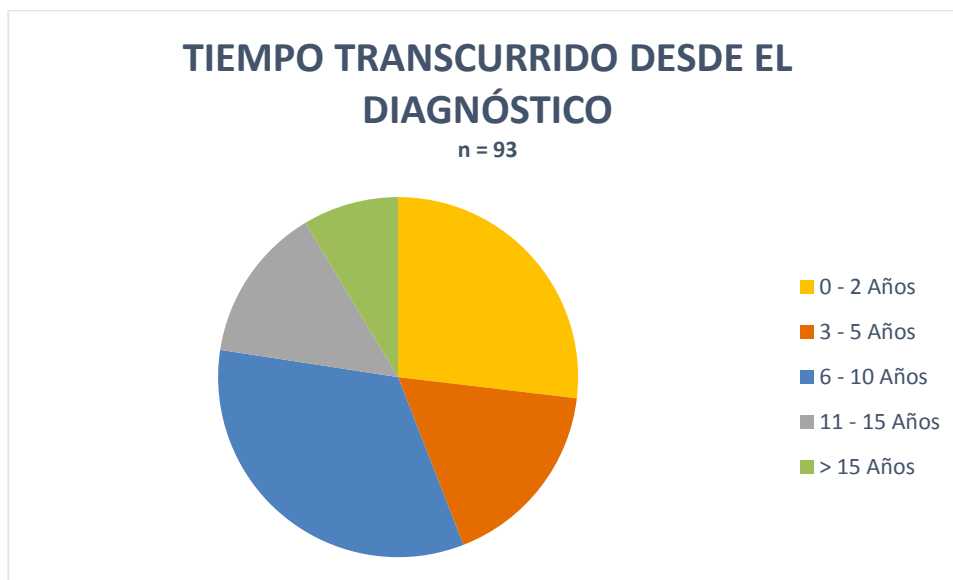


Gráfico 8 - Tiempo transcurrido desde el diagnóstico a la fecha de la investigación, clasificados en intervalos de años

Al evaluar los antecedentes de cirugías relacionadas con la EII, se observó que un 87% de la muestra no tenía antecedentes de cirugía como consecuencia de la EII mientras que solo un 13% si contaba con cirugías realizadas relacionadas con la enfermedad (gráfico 9).



Del 13% de la muestra que si contaba con cirugías al 58% se le había realizado una cirugía intestinal con ostomía, el 25% tenía una cirugía de reconstrucción intestinal y solo un 17% había sido operado por enfermedad perianal (gráfico 10).

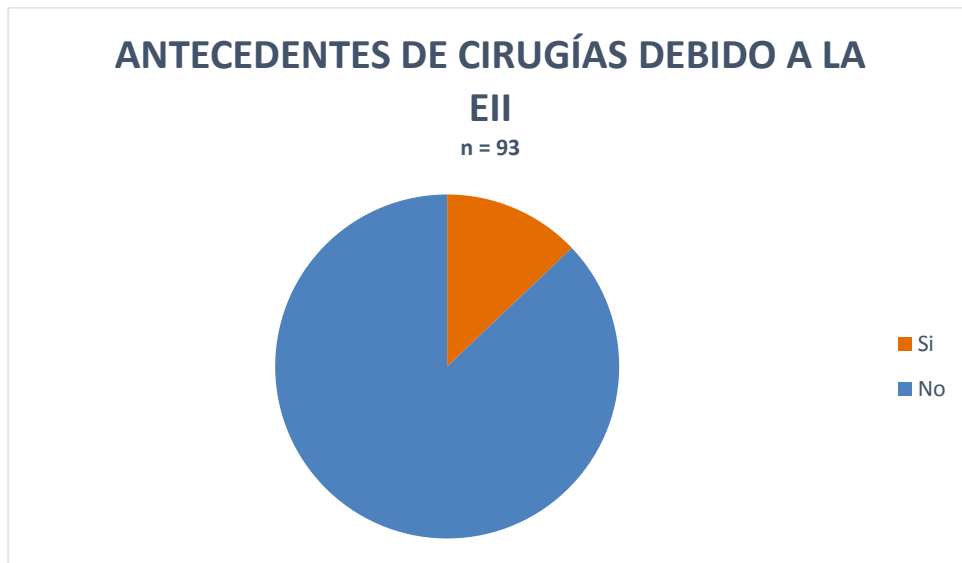


Gráfico 9 - Antecedentes de cirugías relacionadas a la EII

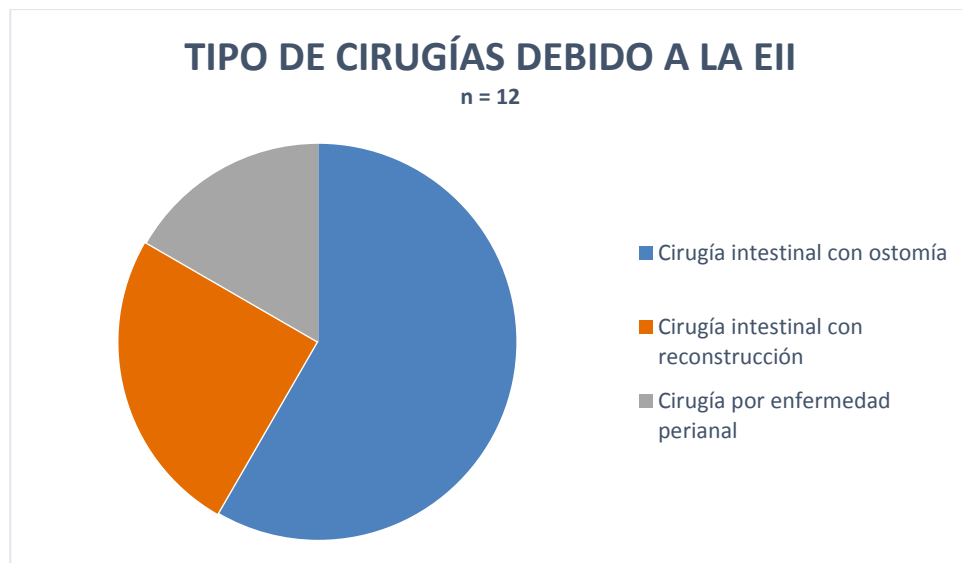


Gráfico 10 - Tipo de cirugías relacionadas a la EII

De la muestra con EC que respondió este apartado para evaluar el estado de actividad de la enfermedad según el HBI, fueron excluidas aquellas personas a las que se les practicó una ostomía, debido a que este instrumento no contempla esa situación clínica. El 70% se encontraba en estado de remisión, el 17% al momento de responder la encuesta se encontraba con una actividad leve y el 13% cursaba la enfermedad con actividad moderada. Ninguna persona se encontraba con actividad grave de la enfermedad al momento de responder la encuesta (gráfico 11).

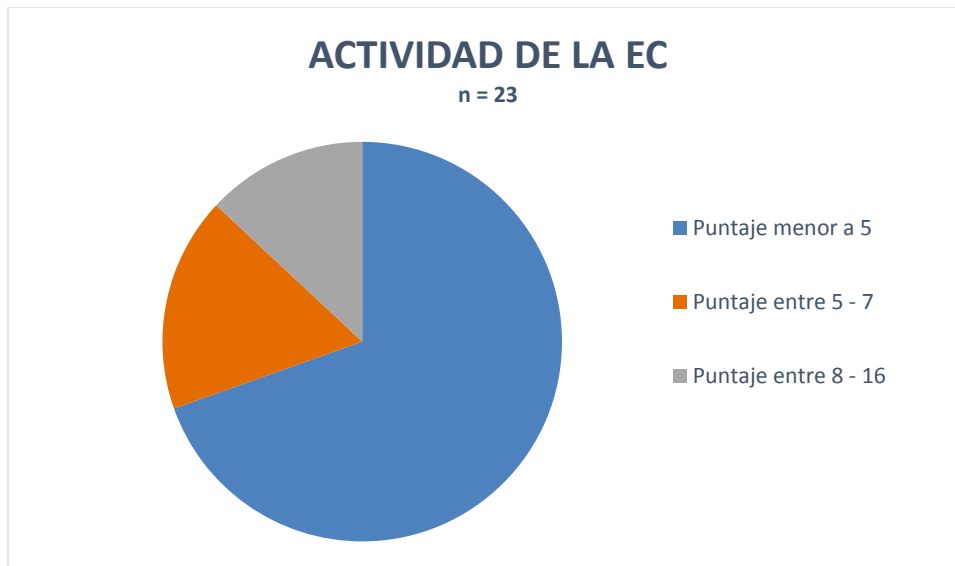


Gráfico 11 - Estado de actividad de la EC según HBI

Al momento de evaluar el estado de actividad de la enfermedad en las personas con CU y CI, se eligió utilizar el instrumento P-SCCAI que si bien es exclusivo para CU y CI, no contempla en su evaluación aquellas a las que se les practicó una ostomía; en este estudio, ninguna personas con CU o CI contaba con dicha intervención quirúrgica.

En la evaluación del estado de actividad de la CU, el 82% de la muestra, al momento de realizar la encuesta se encontraba en estado de remisión. No así el 18% restante que mantenía la enfermedad activa (gráfico 12).

En el caso del estado de actividad para los pacientes con CI, el 57% de la muestra se encontraba en estado de remisión mientras que el 43% restante se encontraba cursando un estado activo de la enfermedad (gráfico 13).

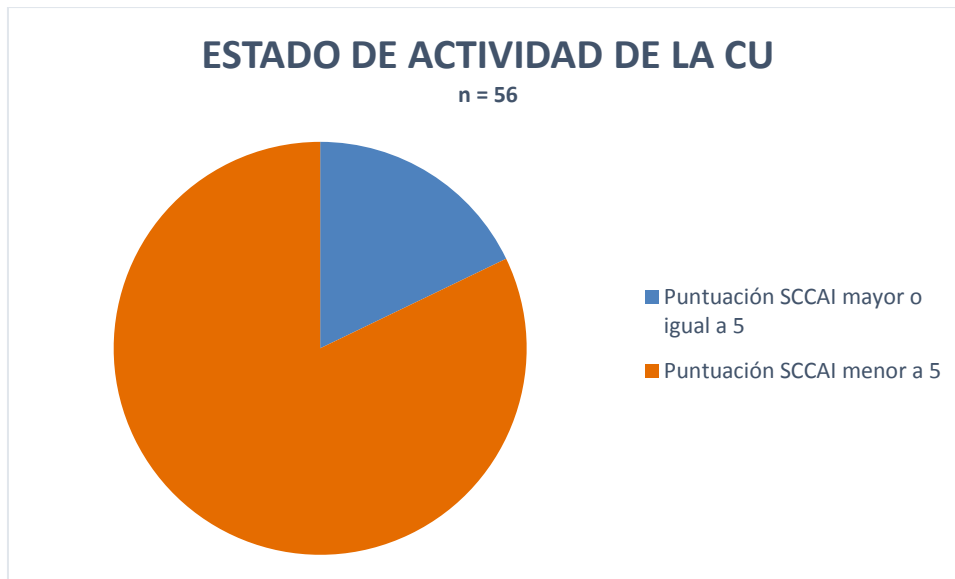


Gráfico 12 - Estado de actividad de la CU según P-SCCAI

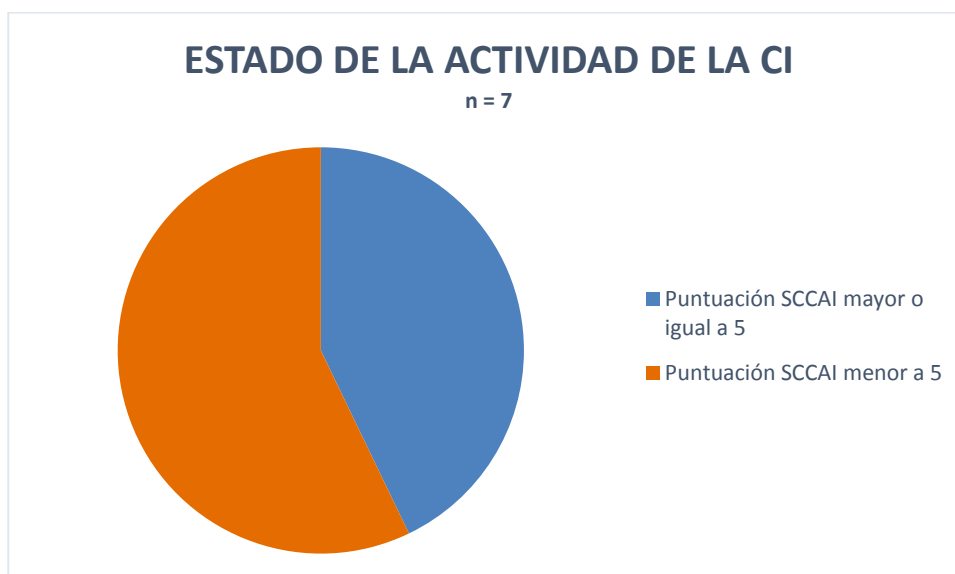


Gráfico 13 - Estado de actividad de la CI según P-SCCAI

Al evaluar el asesoramiento nutricional recibido durante el último año, el 46% de la muestra aseguró haber tenido asesoramiento, mientras que el 51% refirió no haber consultado con un licenciado en nutrición. El resto de la muestra, 3% no recordaba si tuvo o no asesoramiento nutricional (gráfico 14).

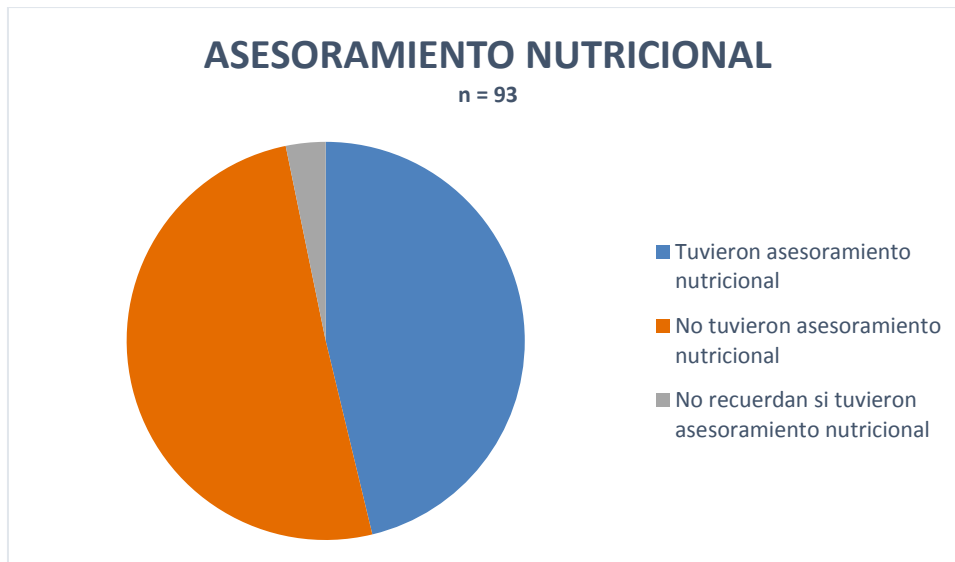


Gráfico 14 - Asesoramiento nutricional relacionado a la EII en el último año

Al consultar sobre el hecho de haber realizado algún tipo de dieta por cuenta propia anteriormente, el 55% respondió haber realizado dietas por su propia cuenta, mientras que un 44% de la muestra refirió no haber realizado dietas. El porcentaje restante de la muestra no recordaba si realizó o no dietas por cuenta propia anteriormente (gráfico 15).

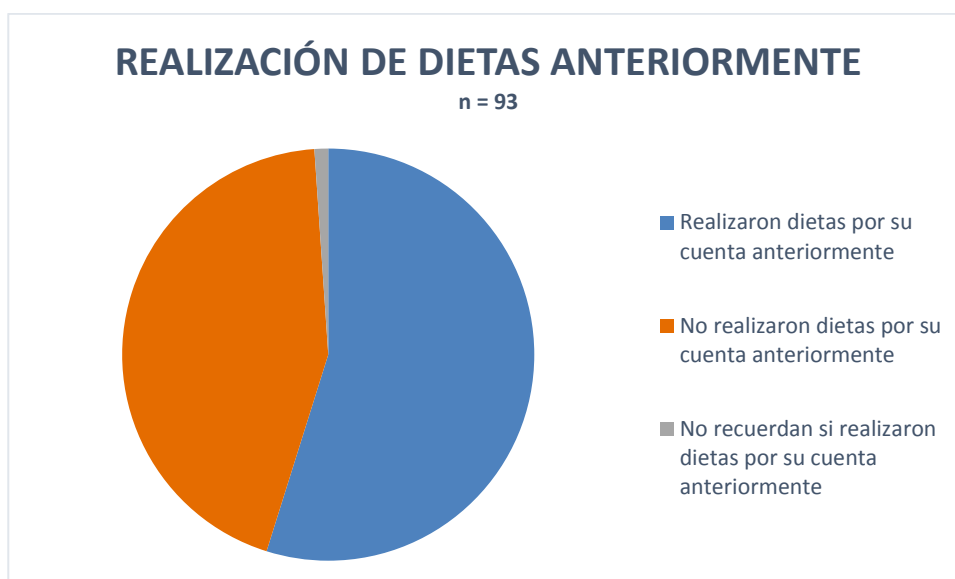


Gráfico 15 - Dietas realizadas por cuenta propia anteriormente

También se preguntó si realizaban dietas por cuenta propia al momento de responder la encuesta, un 67% de la muestra respondió que no se encontraban realizando dietas en dicho momento, pero un 30% si refirió estar haciendo algún tipo de dieta. Solo un 3% no sabía si realiza o no dietas en la actualidad (gráfico 16).

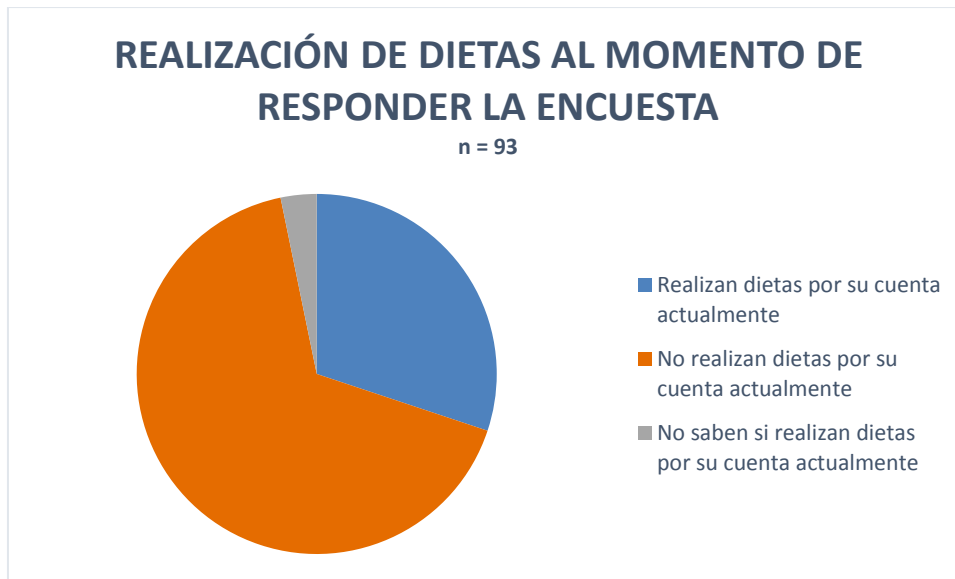


Gráfico 16 - Dietas realizadas por cuenta propia al momento de responder la encuesta

Al indagar sobre si las personas de la muestra evitaron alimentos anteriormente a causa de la EII, el 74% refirió que evitó alimentos, mientras que el 17% no han evitado alimentos. El 9% restante no recordaban si evitaron o no alimentos en el pasado (gráfico 17). En cuanto al gráfico 18, se muestran los porcentajes en función de los alimentos evitados.

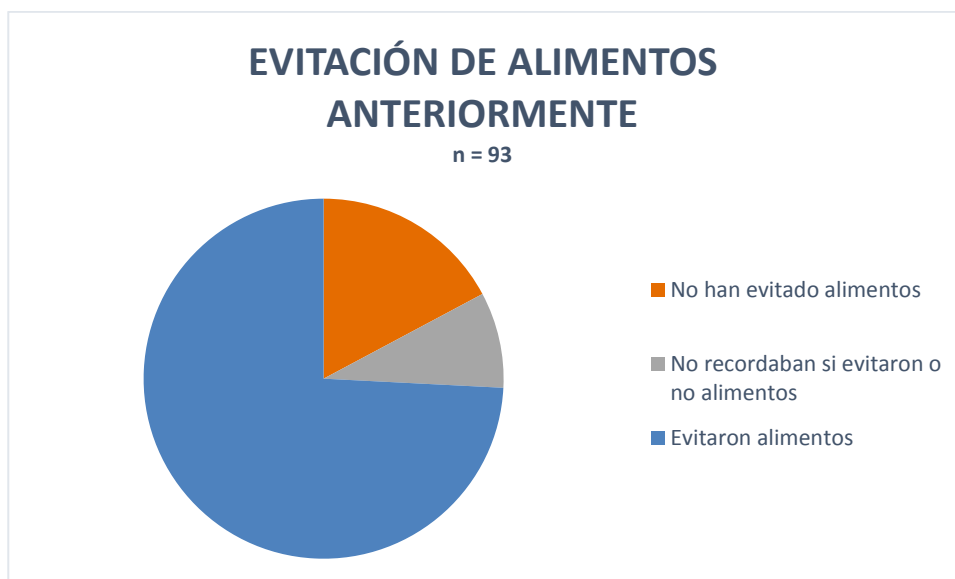


Gráfico 17 - Evitación de alimentos por cuenta propia anteriormente a causa de la EII

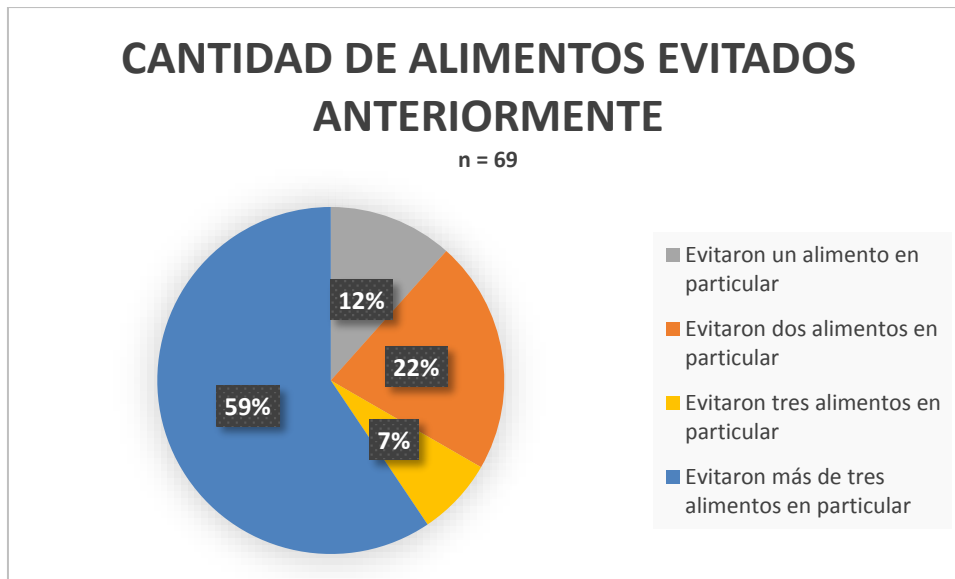


Gráfico 18 - Cantidad de alimentos evitados por cuenta propia anteriormente a causa de la EII

En cuanto a los grupos de alimentos que han evitado anteriormente solo el 85% de la muestra respondió a esta pregunta, de los cuales los grupos de alimentos mayormente evitados fueron los vegetales por un 17%, los lácteos por un 14% y cereales y derivados por un 13% (gráfico 19).

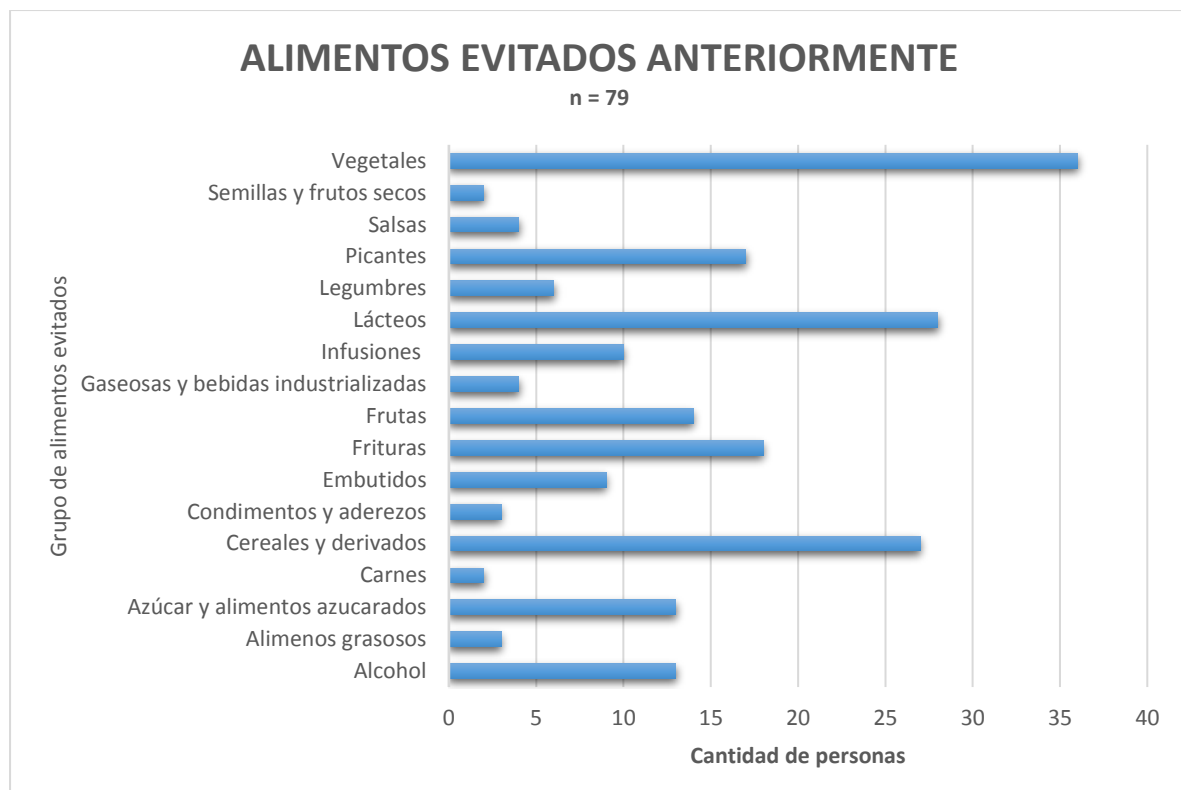


Gráfico 19 - Grupos de alimentos evitados anteriormente

Del total de la muestra que evitó los vegetales se observó que el 42% evitó vegetales de hojas verdes, seguido de un 31% de vegetales en general, y un 22% vegetales crudos (gráfico 20).

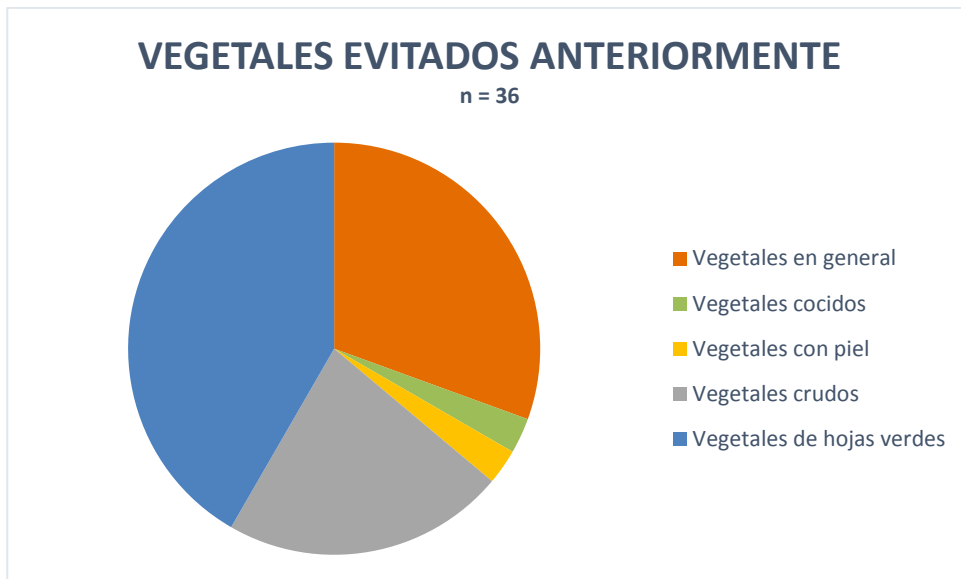


Gráfico 20 - Distribución de vegetales evitados anteriormente

Como se mencionó anteriormente, otro grupo de alimentos mayormente evitado fueron los lácteos, siendo los lácteos en general evitados por el 46%, la leche por el 39% y el yogur por el 14% (gráfico 21).

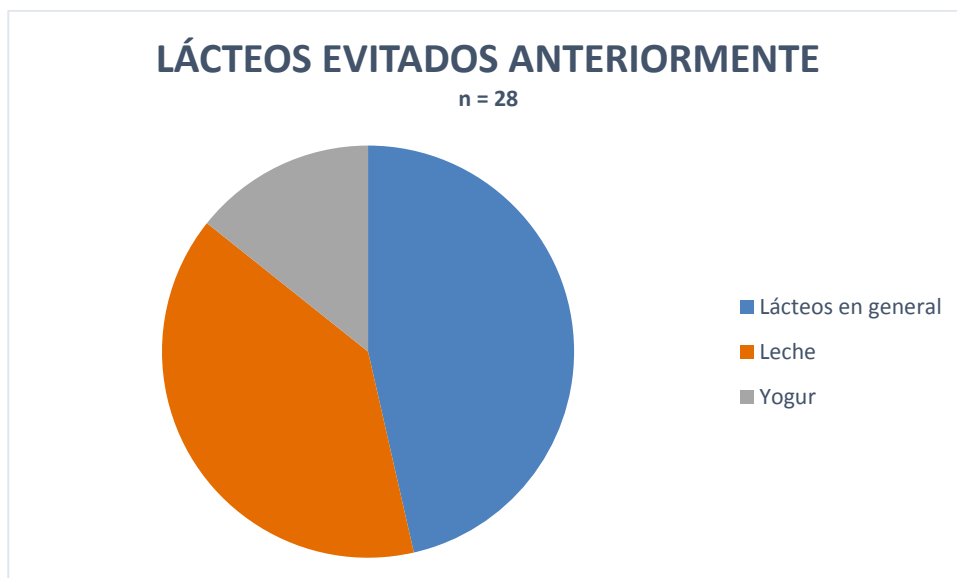


Gráfico 21 - Distribución de lácteos evitados anteriormente

Siguiendo con los grupos de alimentos que los participantes de la encuesta evitaron anteriormente, del porcentaje que evitó los cereales y derivados, el 67% evitó harinas en general, el 22% solo alimentos integrales y un 11% avena (gráfico 22).

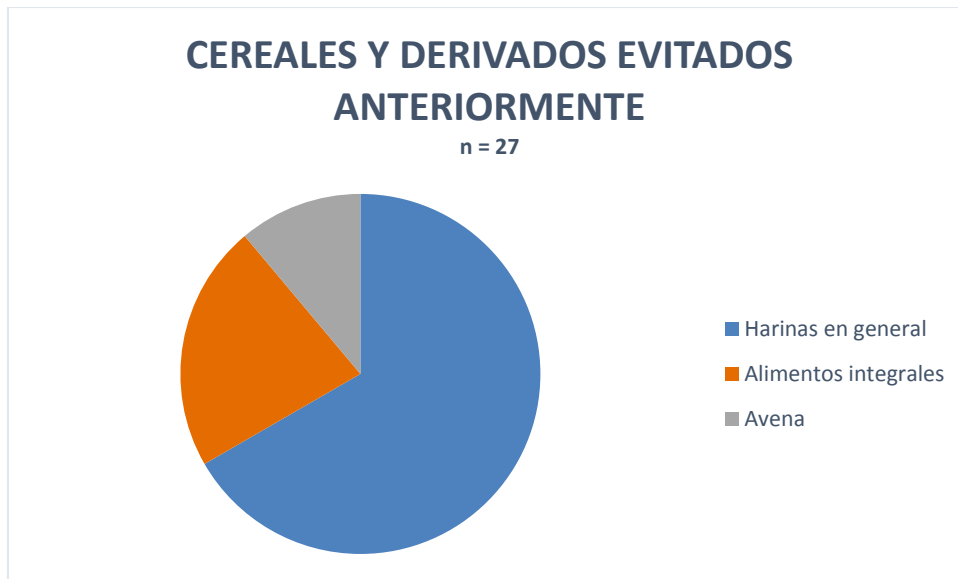


Gráfico 22 - Distribución de cereales y derivados evitados anteriormente

La siguiente pregunta que se realizó en el cuestionario fue acerca de la evitación de alimentos al momento de responder la misma. El 61% refirió estar evitando alimentos, mientras que un 35% no se encontraba evitando ningún alimento. El 3% no recordaba si evitaban o no alimentos cuando se realizó la encuesta (gráfico 23). En el gráfico 24, se muestran los porcentajes en función de los alimentos evitados al momento de realizar la encuesta.

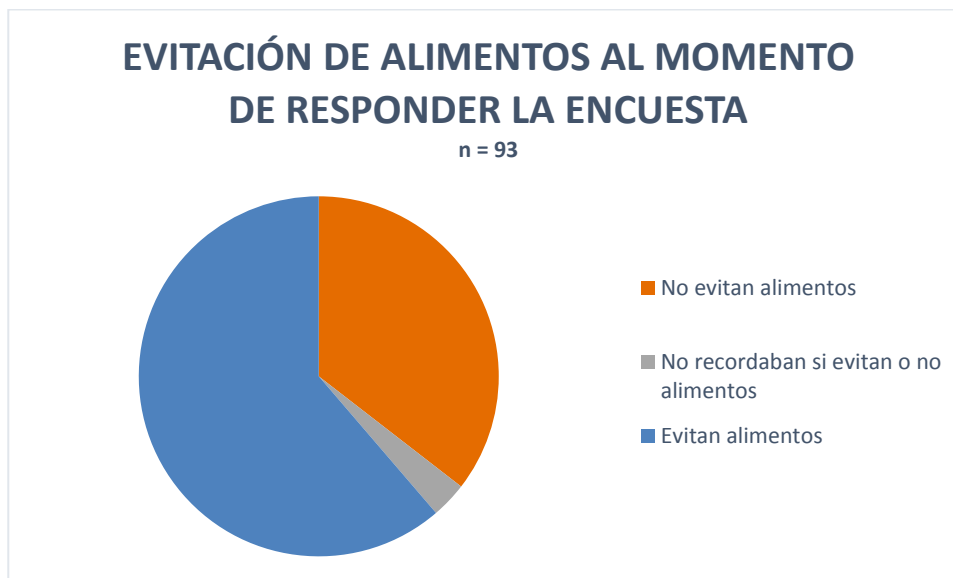


Gráfico 23 - Evitación de alimentos por cuenta propia en la actualidad a causa de la EII



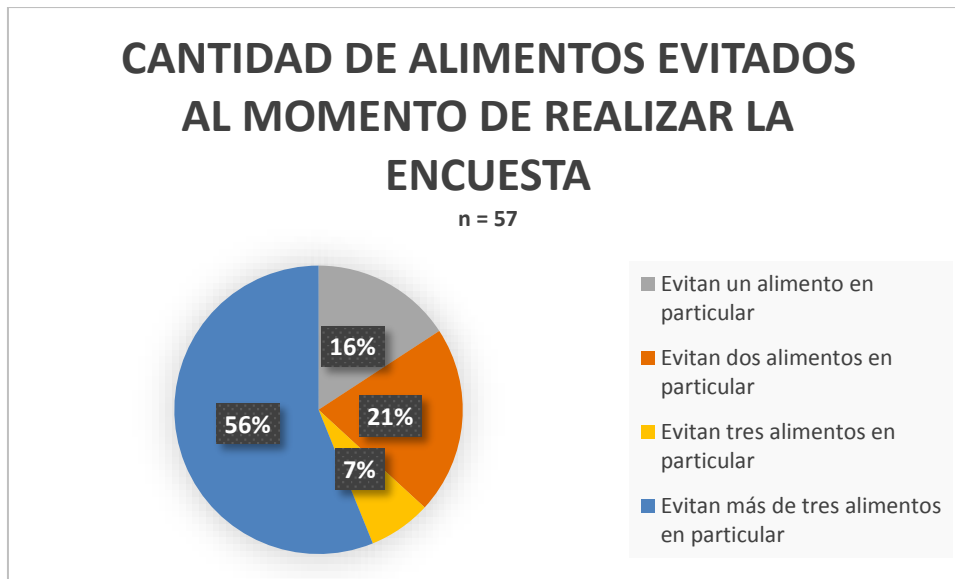


Gráfico 24 - Cantidad de alimentos evitados por cuenta propia al momento de responder la encuesta a causa de la EII

En cuanto a los grupos de alimentos que se encontraban evitando al momento de responder la encuesta, solo el 67% de la muestra respondió a esta pregunta, de los cuales los grupos de alimentos mayormente evitados fueron los vegetales por un 17%, los lácteos por un 13% y cereales y derivados por un 9% (gráfico 25).

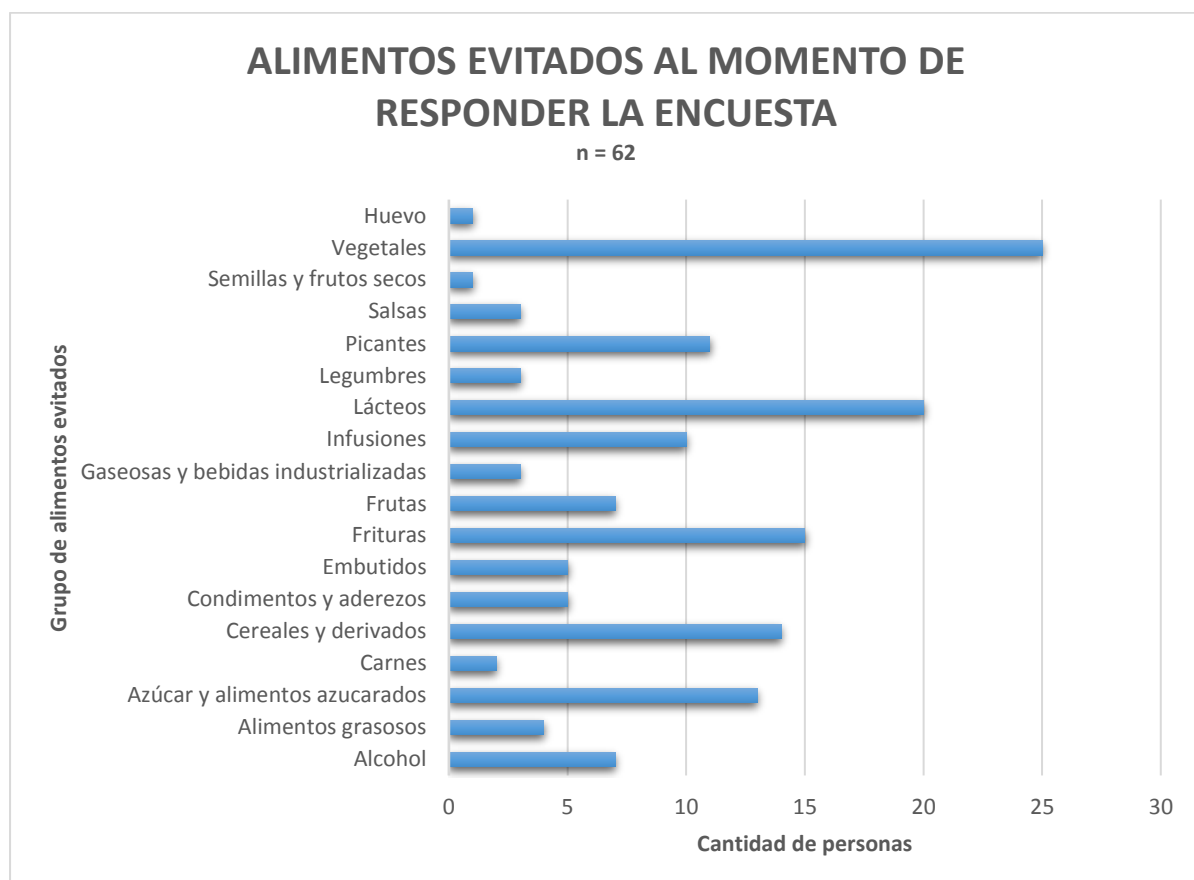


Gráfico 25 - Grupo de alimentos evitados al momento de responder la encuesta

En cuanto a los vegetales evitados, el 52% refirió estar evitando vegetales de hoja verde, el 24% se encontraba evitando vegetales en general, el 12% vegetales crudos, mientras que el 8% y 4% evitaban vegetales cocidos y vegetales con piel respectivamente (gráfico 26).

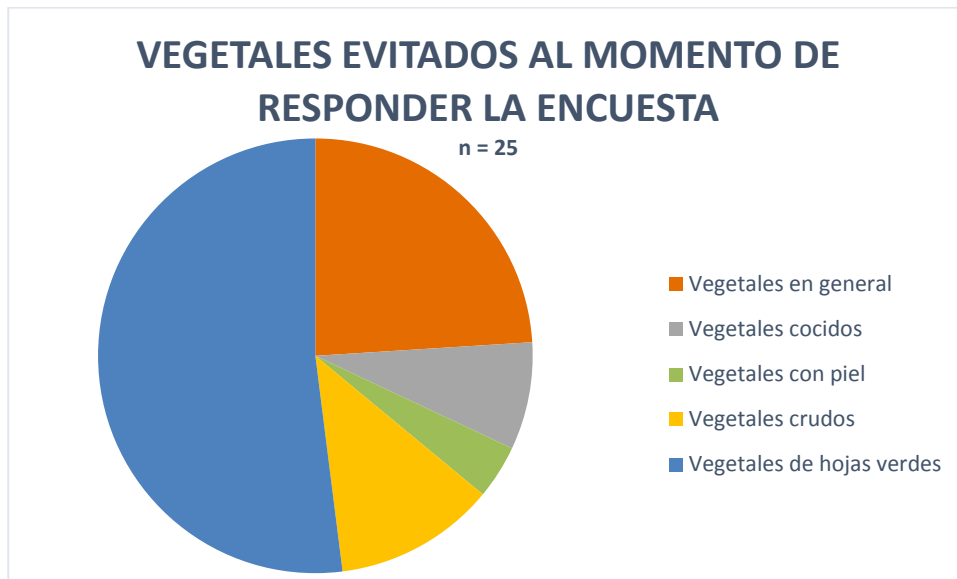


Gráfico 26 - Distribución de vegetales evitados al momento de responder la encuesta

Al evaluar el porcentaje de muestra que se encontraba evitando lácteos en ese momento, se mantuvo como uno de los grupos más evitados con un 13%. En este caso, también se mantuvieron los mismos tres lácteos, con un 20% para el yogur y un 40% tanto para lácteos en general como para leche (gráfico 27).

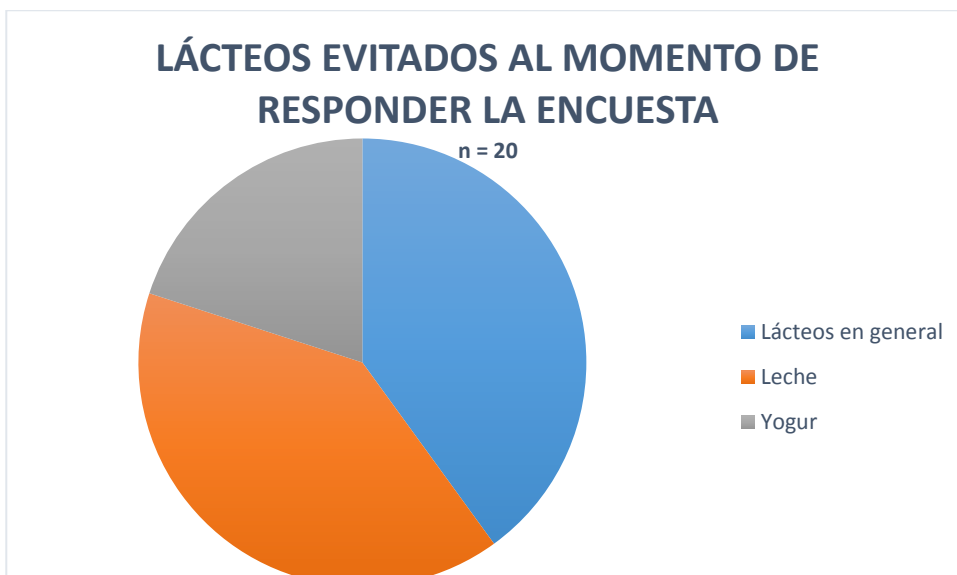


Gráfico 27 - Distribución de lácteos evitados al momento de responder la encuesta

En el caso de las frituras, azúcar y alimentos azucarados y cereales y derivados, el porcentaje de muestra que los evitó fue de un 10% para el primero y un 9% cada uno de los dos grupos de

alimentos restantes. Al analizar la distribución de los cereales y derivados evitados, se encontró que no se evitaban alimentos integrales como anteriormente lo hacían, pero sí se mantuvieron como principales cereales evitados las harinas en general en un 86% y la avena con el 14% (gráfico 28).



Gráfico 28 - Distribución de cereales y derivados evitados al momento de responder la encuesta

### 7.3 Calidad de vida en relación a la alimentación

En los siguientes párrafos, se describirán los resultados obtenidos a partir del cuestionario de calidad de vida relacionada a la alimentación (FR-QoL-29) (página 24).

Se evaluó, además, la puntuación del cuestionario de FR-QoL en los tipos de EII, el género, el estado de actividad de la enfermedad de las personas, los intervalos de edades, los intervalos de años transcurridos desde el inicio de los síntomas, en los intervalos de años transcurridos desde el diagnóstico y las características clínico nutricionales como el IMC y el riesgo de desnutrición. Además se destacaron las 4 afirmaciones calificadas como las más graves (Totalmente de acuerdo / De acuerdo) según la muestra de estudio.

En cuanto a los resultados del cuestionario de FR-QoL-29 la media de las 93 personas con EII fue de 70,16, observándose un puntaje mínimo de 29 y un máximo de 133 (tabla 7).

Tabla 7 - Media del puntaje del cuestionario FR-QoL

CUESTIONARIO	MEDIA
FR-QoL	70,16 [29;133]



En cuanto a las puntuaciones del FR-QoL, la media para la EC fue de 64,27; en el caso de la CU, la media fue de 73,75 y las puntuaciones de la CI, la media fue de 66,71 (gráfico 29).

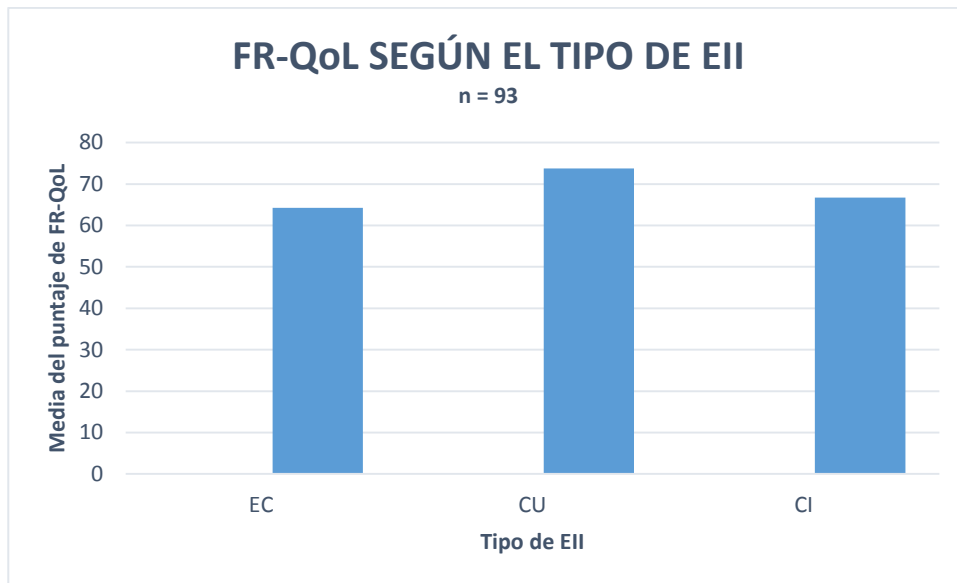


Gráfico 29 - Medias del puntaje del cuestionario FR-QoL según el tipo de EII

Respecto a la media del género femenino fue de 66,67, en el género masculino, la media fue de 78,17, en cuanto a la clasificación de otros géneros, una sola persona se ubica en la misma con un puntaje de 58.

Para analizar los valores obtenidos en el cuestionario de CV relacionada con la alimentación y el estado de actividad de la enfermedad, este último se obtuvo de los instrumentos HBI para personas con EC y P-SCCAI para CU/CI, con lo cual, no se pudo obtener el estado de actividad de aquellas personas que al momento de realizar la encuesta contaban con una ostomía.

La media de las personas con el estado de enfermedad activo fue de 52,05, para el caso de la enfermedad inactiva la media del FR-QoL fue de 76,16 (gráfico 30).

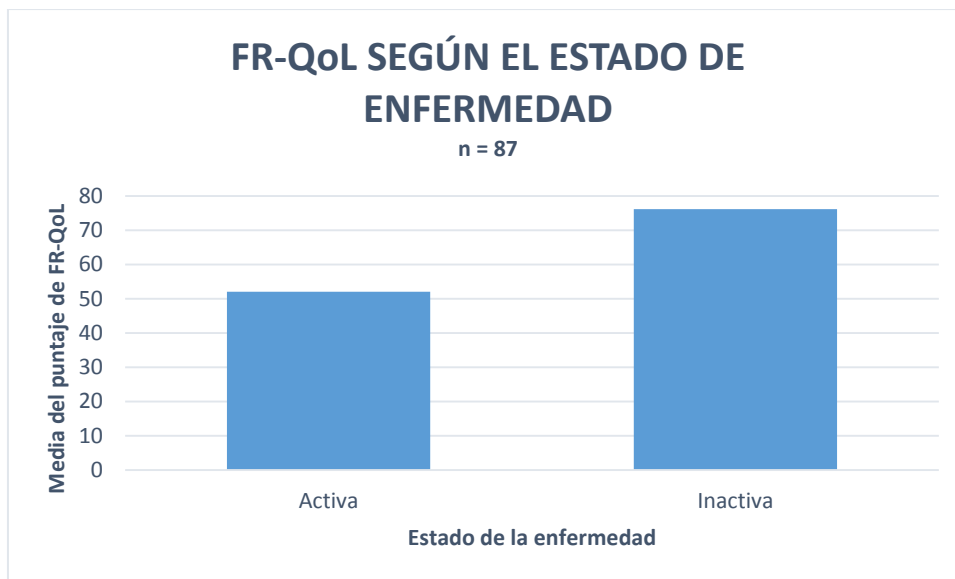


Gráfico 30 - Medias del puntaje del cuestionario FR-QoL según el estado de la enfermedad

Para las puntuaciones del FR-QoL, la media para el intervalo 18 – 28 años fue de 77,24; para el intervalo 29 – 39 años la media fue de 73,39, en cuanto al intervalo 40 – 50 años la media fue de 63, siguiendo con el intervalo 51 – 62 años, la media fue de 69,31; en el último intervalo de edad, los mayores de 63 años se encontró una media de 67,09 (gráfico 31).

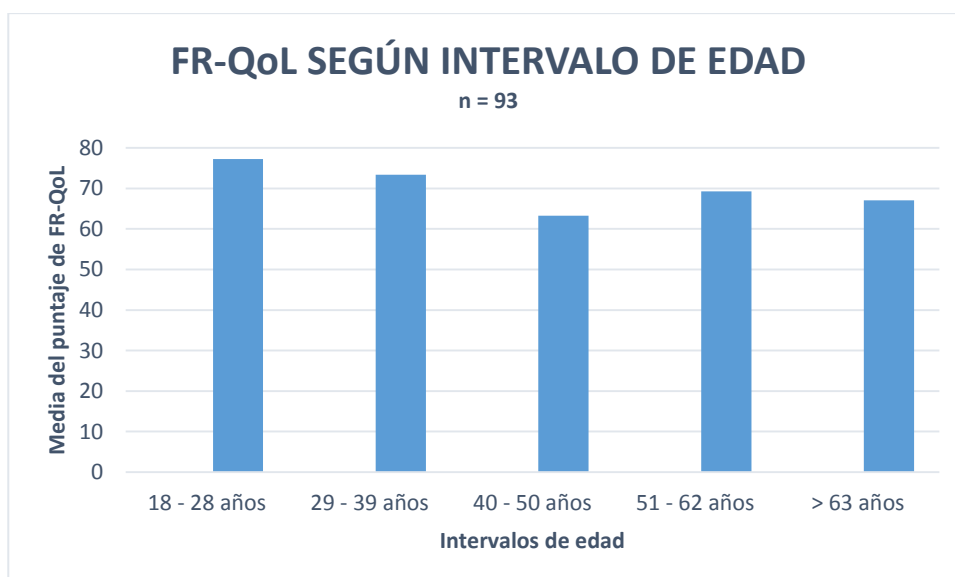


Gráfico 31 - Medias del puntaje del cuestionario FR-QoL según el intervalo de edad

En cuanto a los puntajes del FR-QoL en tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la media para el intervalo 0 – 2 años fue de 73,68; el siguiente intervalo, de 3 – 5 años la media fue de 76; en el intervalo de 6 – 10 años, la media se ubicó en 67,40; la puntuación media del intervalo de 11 – 15 años fue de 68,46; para finalizar, la media correspondiente al intervalo de más de 15 años transcurridos desde el diagnóstico fue de 59,88 (gráfico 32).

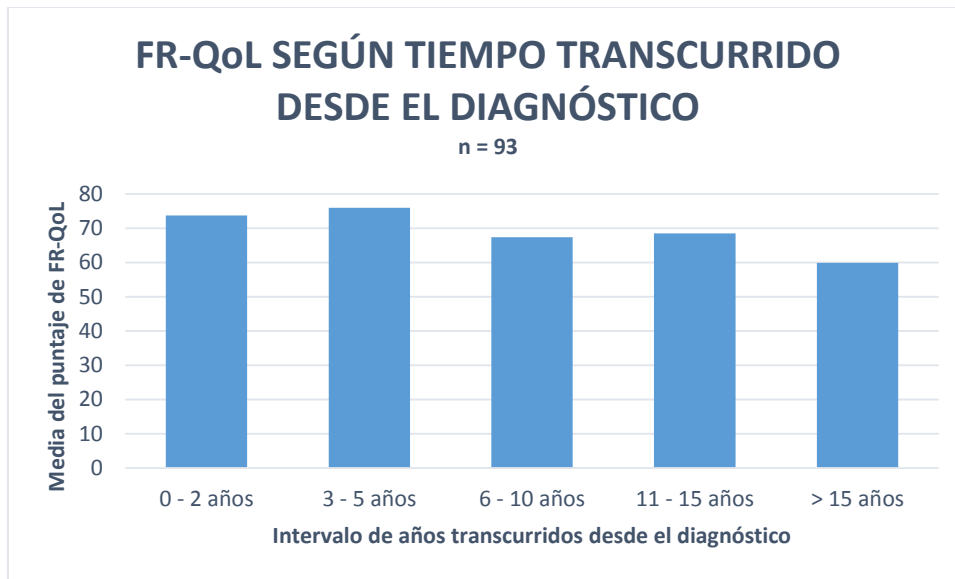


Gráfico 32 - Medias del puntaje del cuestionario FR-QoL según el intervalo años transcurridos desde el diagnóstico

Al analizar las puntuaciones del cuestionario en relación a los antecedentes de cirugía derivada de la EII, se ubicó una media de 66,58 para aquellas personas que sí contaban con antecedentes de cirugía y de 70,69 para los que no se habían sometido a intervenciones quirúrgicas (gráfico 33).

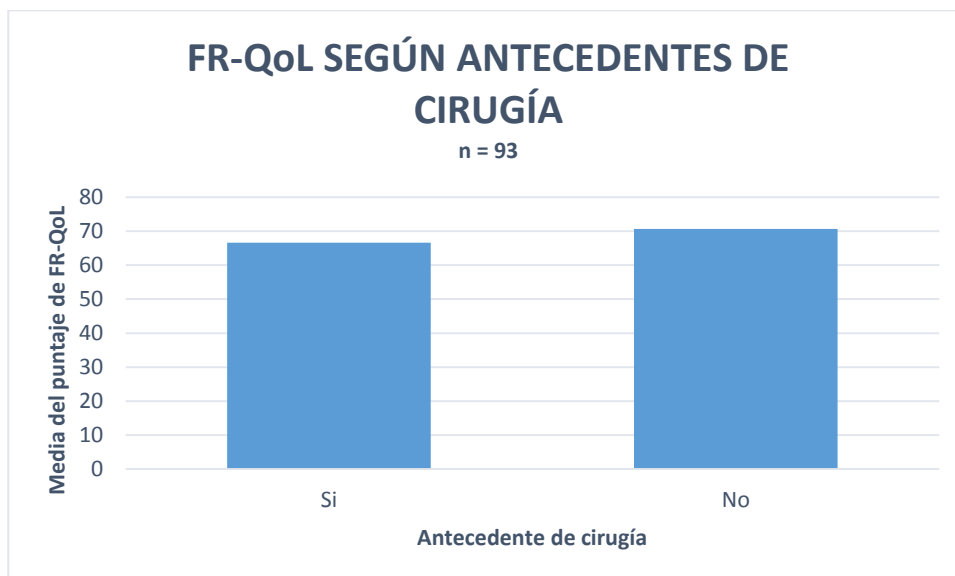


Gráfico 33 - Medias del puntaje del cuestionario FR-QoL según la presencia de antecedentes de cirugía a causa de la EII

De aquellos que debido a la EII, debieron realizarse alguna cirugía, la FR-QoL tuvo una media de 69,66 para aquellos que tuvieron una cirugía de reconstrucción intestinal, una media de 69 las personas que fueron operadas por enfermedad perianal y los que tuvieron una cirugía intestinal con ostomía tuvieron una media de 64,85 (gráfico 34).

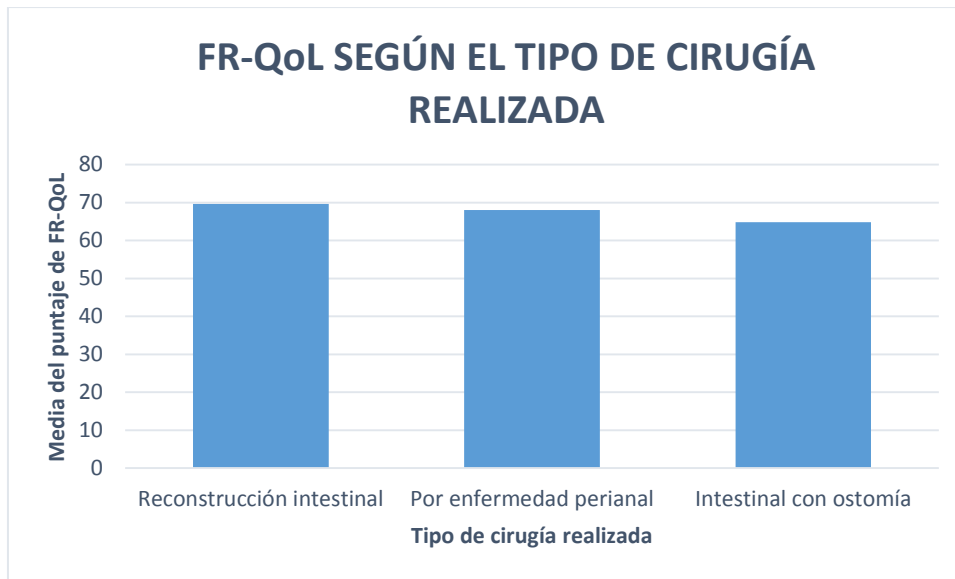


Gráfico 34 - Medias del puntaje del cuestionario FR-QoL según el tipo de cirugía realizada a causa de la EII

Finalmente, las cuatro afirmaciones señaladas por la mayoría como Totalmente de acuerdo / De acuerdo, fueron “Evité comer y beber alimentos que no son compatibles con mi EII” (41%), “Me sentí en control de lo que comí y bebí en relación con mi EII” (41%), “Tuve que ser más consciente de lo que estoy comiendo, debido a mi EII” (40%) y “Extrañé ser capaz de comer o beber lo que quiera, debido a mi EII” (40%) (gráfico 35).

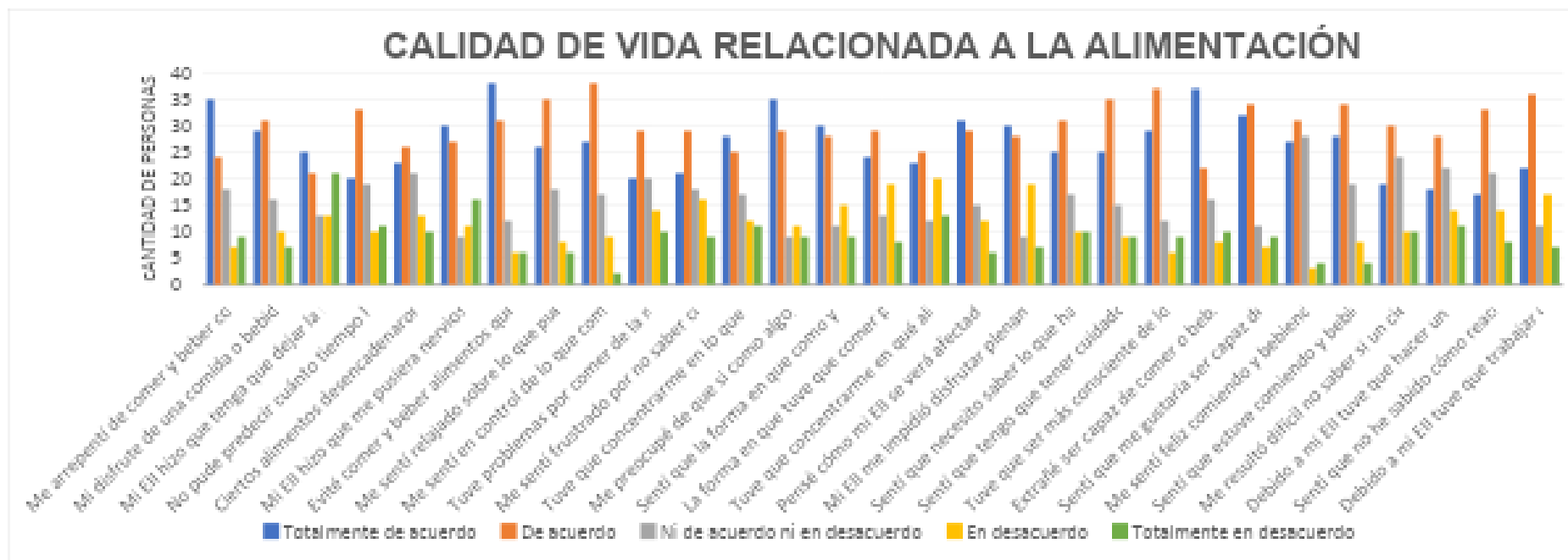


Gráfico 35 - Resultados del cuestionario FR-QoL-29





## 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La vivencia de la EII en una persona se fundamenta principalmente en la dimensión subjetiva de la misma, es decir, en cómo construye esa experiencia vital. El control relacionado a la alimentación que realizan las personas que tienen esta enfermedad por su propia cuenta podría ser un mecanismo a través del cual afrontan diversas situaciones cotidianas.

Este estudio se llevó a cabo con la finalidad de conocer el impacto de la alimentación en la CV de las personas con EII atendidas por el equipo multidisciplinario del HIGA San Martín de La Plata y establecer si poseen una baja o alta FR-QoL.

### Características clínicas-nutricionales

En el estado nutricional según el IMC, se observó que un poco más de la mitad de la muestra, más específicamente un 52%, mantenía un normopeso, mientras que un 45% se incluyó dentro de la clasificación sobrepeso/obesidad, lo cual representa un mayor riesgo de complicaciones como mayor número de recaídas de la enfermedad, incidencia de enfermedad perianal, hospitalizaciones más frecuentes y complicaciones postoperatorias, incluyendo infección de la herida y dehiscencia de anastomosis quirúrgica. Solo un pequeño porcentaje de la muestra, el 3% restante, se clasificó como desnutrido, lo que coincide, a su vez, con la evaluación de riesgo nutricional según el MST donde se encontró a un 78% de la muestra sin riesgo y solo un 22% con riesgo de desnutrición.

Respecto al estado de la enfermedad, en la EC se observó que el 70% se encontraba en remisión, mientras que el 17% mantenía una actividad leve y sólo el 13% tenía una actividad moderada de la enfermedad. En la CU el 82% estaba cursando la enfermedad de manera inactiva y el 18% restante mantenía la enfermedad activa. Finalmente en la CI el 57% estaba en un estado de enfermedad inactivo mientras que el 43% cursaba un estado de brote de la enfermedad.

En cuanto a la realización de dietas autodirigidas, se registró un descenso significativo entre la muestra que anteriormente las realizaba, el 55%, y aquellos que al momento de responder la encuesta se encontraban realizándolas, siendo esta última el 30%. También se observó que el 74% de las personas encuestadas evitaron alimentos en el pasado, mientras que al momento de responder la encuesta el 61% se encontraban evitando alimentos. En un estudio realizado por Krishnamoorthy R y colaboradores (26) en Reino Unido, en 2019, se observó la evitación de alimentos en el 97% (n: 65) de las personas. Es decir, que la evitación es frecuente en las personas con EII. De forma similar al mencionado estudio donde se evitaron las verduras en el 60% de las personas, seguido de productos a base de trigo en el 56% de las personas, el 17% la muestra de investigación de este estudio que respondió a esta pregunta, al momento de responder la encuesta,



se encontraba evitando verduras pero a ese grupo de alimentos le siguieron los lácteos con un 13% de la muestra. El hecho de evitar alimentos, como las verduras, frutas y ciertos lácteos como la leche o yogur, que son de baja densidad calórica, podría estar asociado al sobrepeso/obesidad de la muestra de este estudio.

### Características de la calidad de vida relacionada a la alimentación

Con esta investigación se halló una puntuación de FR-QoL media de 70,16 (para un mínimo de 29 y un máximo de 145), menor que en el estudio realizado en 2019 por Wladyslawa Czuber-Dochan y colaboradores (25) en Reino Unido que reportó una puntuación media de FR-QoL de 80 en una muestra conformada por 1223 personas con EII y del estudio de Guadagnoli L y colaboradores (46), del mismo año realizado en Estados Unidos, con una muestra de 95 personas, donde se obtuvo un promedio del FR-QoL de 82.

Al evaluar la FR-QoL en los diferentes tipos de EII, se encontró que la FR-QoL fue más baja en aquellas personas que fueron diagnosticadas con EC, siendo la media de 64,27, a diferencia de las personas con CU que la puntuación media fue la más alta entre los tipos de EII siendo ésta de 73,75, considerándose el tipo de EII con mejor FR-QoL.

En cuanto al género, la FR-QoL más alta fue del género masculino con una media de 78,17 en comparación al género femenino que obtuvo una media de 66,67.

Las personas con EII activa presentaron una FR-QoL más baja que aquellas que personas con la enfermedad inactiva (EII activa: 52,05, frente a EII inactiva: 76,16), resultados similares se hallaron en el estudio de Guadagnoli L y colaboradores (46) realizado en Estados Unidos, 2019, con una muestra poblacional de 95 personas con EII, donde se informó que las personas con la enfermedad activa obtuvieron un puntaje de 67, frente a una media de 91,2 de quienes estaban con la enfermedad inactiva.

Con respecto a la edad, se observó que aquellos que integraron el intervalo de 40 – 50 años tuvieron una FR-QoL inferior al resto de las edades, siendo la media de 63,25 y el intervalo comprendido por las edades de 18 – 28 años tuvo la FR-QoL más elevada siendo la media de 77,24.

Al evaluar la FR-QoL con respecto a los años transcurridos desde el diagnóstico se observó que quienes tuvieron la FR-QoL más baja, con media de 59,88, fueron quienes llevaban más de 15 años con diagnóstico confirmado. Y quienes tuvieron una FR-QoL más alta, fueron los que llevaban entre 3 – 5 años con diagnóstico confirmado.



Las personas con cirugía presentaron una FR-QoL de 66,58, más baja que aquellos que no se realizaron intervenciones quirúrgicas debido a la EII, quienes tuvieron una media de 70,19. Dentro de las personas con cirugías, quienes presentaron la media más baja de 64,85 fueron quienes tenían una ostomía, seguido de los que tuvieron cirugía por enfermedad perianal quienes tuvieron una media de 68 y aquellas personas con una reconstrucción intestinal fueron quienes presentaron una media de FR-QoL más alta siendo esta de 69,66.

Al analizar las cuatro afirmaciones señaladas por la mayoría como “Totalmente de acuerdo” / “De acuerdo” fueron “Evité comer y beber alimentos que no son compatibles con mi EII” y “Tuve que ser más consciente de lo que estoy comiendo, debido a mi EII”, “Me sentí en control de lo que comí y bebí en relación con mi EII” y “Extrañé ser capaz de comer o beber lo que quiera, debido a mi EII”, de las cuales las dos primeras coincidieron con las afirmaciones consideradas como graves en el estudio realizado por Czuber-Dochan W y colaboradores, 2019 en Reino Unido (25).

Si bien el presente estudio brinda información valiosa acerca de la puntuación de la calidad de vida vinculada con la alimentación en personas con EII atendidas en el hospital San Martín de La Plata, presenta algunas limitaciones a considerar en investigaciones futuras como es el tipo de estudio, sumar el análisis de las diferentes variables planteadas y su asociación estadística con la puntuación FR-QoL; además sería necesario realizar estudios multicéntricos, prospectivos que involucren una mayor cantidad de personas y mayor tiempo de seguimiento. A su vez, se necesita la evaluación de otros factores más allá de lo alimentario, que puedan influir en la FR-QoL, como son los factores psicológicos, sociales y relacionados a la propia EII. Otras limitaciones que presenta este estudio son, el hecho de que se reclutó información en línea, no pudiendo verificar definitivamente el diagnóstico de las personas, y la naturaleza inherente de los cuestionarios de autoevaluación, como el de actividad de la enfermedad, que puede dar resultados erróneos de medición que incluyen fatiga y respuesta en línea recta.

La limitación específica del cuestionario FR-QoL-29 es que si bien fue traducido por personas idóneas no está validado en español.



## 9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Respecto a las líneas de investigación futura, se plantea la necesidad de que se realicen más estudios con el objetivo de seguir analizando la influencia de la alimentación en la CV de personas con EII, a fin de identificar áreas de intervención en pos de la mejora de la CV de estas personas.

Para ello creo muy interesante las siguientes líneas de trabajo:

1. Replicar este estudio con un tamaño muestral mayor y muestras de múltiples centros hospitalarios a nivel tanto provincial como nacional.
2. Comprobar si existe asociación entre FR-QoL y las variables planteadas en el presente estudio
3. Analizar la asociación entre FR-QoL y otros factores como psicológicos, sociales y relacionados a la propia EII.
4. Considerando el estado nutricional de la muestra estudiada y los grupos de alimentos evitados, se sugiere la intervención nutricional a fin de fortalecer los grupos de alimentos excluidos con aporte de nutrientes esenciales.
5. Implementar como práctica rutinaria de la evaluación nutricional de las personas con EII atendidas en el hospital San Martín de La Plata, la realización del cuestionario FR-QoL29.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Lönnfors S, Luciana L, Peñaloza E. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la calidad de vida : resultados de la encuesta de pacientes” IMPACT II – Argentina 2015” de la Federación Europea de Asociaciones de Crohn y Colitis Ulcerosa (EFCCA) y Fundación Mas Vida de Crohn & C. 2015;
2. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn’s and Colitis Organisation. Revista de Gastroenterología de Mexico. 2017;82(1):46–84.
3. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. Journal of Crohn’s and Colitis [Internet]. 2017 Feb 2;11(6):649–70. Available from: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx008>
4. Aguirre D, Archila PE, Carrera J, Castaño R, Escobar CM, García Duperly R, et al. Consenso Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Revista Colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2012 [cited 2020 May 12]; 27:s1–44. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572012000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572012000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
5. Collia Avila, Karina; Graziano, Alfredo; Gutierrez, Alejandro; Lumi CM. Colitis Ulcerosa Y Enfermedad De Crohn. Revista Argentina de Coloproctología [Internet]. 2017; 28(1):1–3. Available from: <https://www.sacp.org.ar/revista/index.php/8-numeros-anteriores/173-volumen-28-numero-1-indice>
6. Ananthakrishnan AN. Epidemiology and risk factors for IBD. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology [Internet]. 2015;12(4):205–17. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.34>
7. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. The Lancet [Internet]. 2017 Dec 23 [cited 2020 May 14];390(10114):2769–78. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32448-0/fulltext?rss=yes#](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32448-0/fulltext?rss=yes#)



8. García-López S. Epidemiología, seguimiento, monitorización y otros aspectos de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2015;38(Supl 1):32–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705\(15\)30017-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705(15)30017-0)
9. Sambuelli AM, Negreira S, Gil A, Goncalves S. Manejo de la enfermedad in amatoria intestinal. 2019;49. Available from: <http://actagastro.org/manejo-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-revision-y-algoritmos-de-tratamientos/>
10. Meligrana NE, Quera R, Figueroa C, Lubascher J, Kronberg U, Flores L, et al. Factores ambientales en el desarrollo y evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal. 2019; 212–20.
11. Balestrieri P, Ribolsi M, Guarino MPL, Emerenziani S, Altomare A, Cicala M. Nutritional aspects in inflammatory bowel diseases. Vol. 12, *Nutrients*. MDPI AG; 2020.
12. Volver Ivi Ribeiro, Marcon Sonia Silva, Gaino Natalia Moreno, Vulcano Daniela Salate Biagioni, Dorna Mariana de Souza, Sasaki Ligia Yukie. Composición corporal en pacientes con enfermedad de crohn y colitis ulcerativa. *arq. gastroenterol.* [Internet]. Junio de 2017 [consultado el 18 de octubre de 2020]; 54 (2): 109-114. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0004-28032017000200109&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0004-28032017000200109&lng=en). Publicación electrónica 16 de marzo de 2017. <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201700000-02>.
13. Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X, Kłęk S, Krznicar Z, Schneider S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical Nutrition*. 2020 Mar 1;39(3):632–53.
14. Martínez Gómez MJ, Melián Fernández C, Romeo Donlo M. Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutricion Hospitalaria*. 2016; 33:59–62.
15. Urzúa M. A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*. 2010;138(3):358–65.
16. Gonzalez M. Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino. *Gen* [Internet]. 2016; 70:28–40. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-35032016000100006&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032016000100006&nrm=iso)
17. Hughes LD, King L, Morgan M, Ayis S, Direkze N, Lomer MC, et al. Food-related Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: Development and Validation of a Questionnaire. *Journal of Crohn's and Colitis* [Internet]. 2015 Oct 27;10(2):194–201. Available from: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv192>



18. Czuber-Dochan W, Morgan M, Hughes LD, Lomer MCE, Lindsay JO, Whelan K. Perceptions and psychosocial impact of food, nutrition, eating and drinking in people with inflammatory bowel disease: a qualitative investigation of food-related quality of life. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2020;33(1):115–27.
19. Prince A, Whelan K, Moosa A, Lomer MCE, Reidlinger DP. Nutritional problems in inflammatory bowel disease: The patient perspective. *Journal of Crohn's and Colitis* [Internet]. 2011 Oct 1;5(5):443–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2011.04.016>
20. Sánchez AP, Caballo Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: Poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*. 2017 Apr 1;16(2):281–94.
21. Llanes LL. Enfermedades crónicas y vida cotidiana Chronic diseases and daily life [Internet]. Vol. 37, *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011. Available from: <http://scielo.sld.cu>
22. Belkis M, Valdés N, Ibarrollín Ulloa R. Gaceta Médica Espirituana Microbiota intestinal y la dieta en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal Intestinal microbiota and diet in the treatment of inflammatory bowel disease. 2018; Available from: <http://revgmespirituana.sld.cu>
23. Zallot C, Quilliot D, Chevaux JB, Peyrin-Biroulet C, Guéant-Rodriguez RM, Freling E, et al. Dietary beliefs and behavior among inflammatory bowel disease patients. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2013 Jan;19(1):66–72.
24. Palant A, Koschack J, Rassmann S, Lucius-Hoene G, Karaus M, Himmel W. “And then you start to loose it because you think about Nutella”: The significance of food for people with inflammatory bowel disease - a qualitative study. *BMC gastroenterology* [Internet]. 2015 Jul 30; 15:93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26219642>
25. Czuber-Dochan W, Murrells T, Morgan M, Lomer M, Lindsay JO, Whelan K. Prevalence and factors associated with impaired food-related quality of life in 1223 people with IBD. In: *Nutrition* [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd and British Society of Gastroenterology; 2019 [cited 2020 Jun 16]. p. A173.2-A173. Available from: <http://gut.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gutjnl-2019-BSGAbstracts.331>
26. Krishnamoorthy R, Jeanes Y. Dietary patterns in inflammatory bowel disease-intolerances, quality of life and calcium/vitamin D intake. In: *Small Bowel & Nutrition* [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd and British Society of Gastroenterology; 2018 [cited 2020 Jun 16]. p. A175.2-A176. Available from: <http://gut.bmj.com/lookup/doi/10.1136/gutjnl-2018-BSGAbstracts.349>



27. Silverberg FRCPC MS, Satsangi FRCP FRCPE J, Ahmad MRCP T, Arnott MBChB MRCP ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Vol. 19, Can J Gastroenterol. 2005.
28. Ruellemele FM. Role of Diet in Inflammatory Bowel Disease. Annals of Nutrition and Metabolism. 2016 Jun 1;68(1):33–41.
29. Simian D, Quera R. Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. Revista médica de Chile [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 May 12];144(4):488–95. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
30. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review. Gastroenterology [Internet]. 2012 Jan [cited 2020 May 12]; 142(1):46-54.e42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508511013783>
31. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. Scandinavian journal of gastroenterology Supplement. 1989; 170:2–9.
32. Enfermedad inflamatoria intestinal. In: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. 2012. p. 638–43.
33. López San Román A, Garrido E. [Steroids in inflammatory bowel disease]. Revista española de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva [Internet]. 2015;107(9):573. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26334467>
34. Zamora-Nava L, Torre A. Revista de gastroenterología de México [Internet]. Vol. 75, Revista de Gastroenterología de México. Asociación Mexicana de Gastroenterología; 1997 [cited 2020 May 17]. 299–314. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-indicaciones-corticoesteroides-gastroenterologia-articulo-X0375090610560670>
35. Guerra I, Bermejo F. Fármacos biológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal: Indicación y cuidados. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2015;107(7):454.
36. Kazuo J, Furusho Y. Terapia biológica en la enfermedad inflamatoria intestinal. 2010;2(75):52–5.
37. Gomollón F. Gastroenterología y Hepatología. Gastroenterología y hepatología [Internet]. 2016;39(Supl 1):14–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705\(16\)30170-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705(16)30170-4)





38. De Oca J, Rodríguez-Moranta F, de Lama E, Guardiola J. Manejo perioperatorio de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2020 May 17];14(3):87–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1696780115000767>
39. Collia Avila K. CAPÍTULO 9 Indicaciones quirúrgicas electivas. *Revista Argentina de Coloproctología*. 2017; 28(1):75–83.
40. Bogenberger K., Conrad R. GS. The SAGES Manual of Acute Care Surgery. Springer C, editor. *The SAGES Manual of Acute Care Surgery*. 2020. 247–259.
41. Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M, Lakatos PL, Navarini A, Rogler, G. Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedades inflamatorias del intestino*. 2015; 21 (8), 1982–1992. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000392>
42. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* [Internet]. 2012 Apr [cited 2020 May 12];30(1):61–71. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
43. Knowles SR, Graff LA, Wilding H, Hewitt C, Keefer L, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses—Part I. *Inflammatory Bowel Diseases* [Internet]. 2018 Mar 19;24(4):742–51. Available from: <https://doi.org/10.1093/ibd/izx100>
44. Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses—Part II. *Inflammatory Bowel Diseases* [Internet]. 2018 Apr 23;24(5):966–76. Available from: <https://doi.org/10.1093/ibd/izy015>
45. Calvet X, Argüelles-Arias F, López-Sanromán A, Cea-Calvo L, Juliá B, de Santos CR, et al. Patients' perceptions of the impact of ulcerative colitis on social and professional life: results from the UC-LIFE survey of outpatient clinics in Spain. *Patient preference and adherence*. 2018; 12:1815–23.
46. Guadagnoli L, Mutlu EA, Doerfler B, Ibrahim A, Brenner D, Taft TH. Food-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research*. 2019 Aug 15; 28(8):2195–2205. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02170-4>
47. Monrroy H, Ibáñez P. Clasificación de la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología Latinoamericana*. 2013; 24 (2): 85-90



48. Bennebroek Evertsz F, Nieuwkerk P, Stokkers P, Ponsioen C, Bockting C, Sanderman R, & Sprangers M. The patient simple clinical colitis activity index (P-SCCAI) can detect ulcerative colitis (UC) disease activity in remission: a comparison of the P-SCCAI with clinician-based SCCAI and biological markers. *Journal of Crohn's & colitis*. 2013; 7(11): 890–900. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.11.007>



## 11. ANEXOS

### Instrumento de recolección de datos

#### Calidad de vida y alimentación en personas con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Estimados/as: desde el equipo multidisciplinario de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) del HIGA "Gral. San Martín" de La Plata, el Servicio de Gastroenterología y el Servicio de Alimentación y Dietética, lo/ la invitamos a participar de un trabajo de investigación que tiene como objetivo visibilizar la experiencia de las personas con EII en relación a los alimentos e identificar áreas de intervención para colaborar en la mejora de la calidad de vida.

PARA PARTICIPAR DEL CUESTIONARIO USTED DEBE:

- TENER DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE EII (Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn o Colitis indeterminada),
- SER MAYOR DE 18 AÑOS y
- ALIMENTARSE VÍA ORAL CON "ALIMENTOS SÓLIDOS O DE USO COMÚN" AL MENOS EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

Si usted no tiene diagnóstico confirmado de EII o no es mayor de 18 años o se alimenta o se ha alimentado en las últimas 2 semanas por nutrición enteral total (únicamente por sonda) o parenteral total (únicamente por catéter o vía) le agradecemos desde ya por su tiempo pero no debe completar el cuestionario.

Finalmente, de querer y poder participar del cuestionario usted debe saber previamente que:

- Su participación en esta encuesta es voluntaria y los datos suministrados serán confidenciales y anónimos.
- Este cuestionario debe ser completado por las personas que lo han recibido y no debe compartirse.
- Si decide completar el cuestionario establece su consentimiento.

Agradecen su participación los/las médicos/as Correa Gustavo Javier, Garbi María Laura, Giraudo Florencia y Yantorno Martín; las Lic. en Nutrición Karpenko Ingrid, Gosparini Nadia, Sanchez Tamara y Balistrocchi Andrea.

**\*Obligatorio**

1. Edad \*

\_\_\_\_\_

2. Género \*

Marca sólo un óvalo.

- Femenino  
 Masculino  
 Otros



3. Provincia de Argentina donde reside \*

Marca solo un óvalo.

- Buenos Aires
- Catamarca
- Chaco
- Chubut
- Córdoba
- Corrientes
- Entre Ríos
- Formosa
- Jujuy
- La Pampa
- La Rioja
- Mendoza
- Misiones
- Neuquén
- Río Negro
- Salta
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Antártida e Isla del Atlántico Sur
- Tucumán

4. Ciudad de Argentina donde reside \*

\_\_\_\_\_

5. EII diagnosticada \*

Marca solo un óvalo.

- Enfermedad de Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Colitis indeterminada

6. Edad de inicio de síntomas \*

\_\_\_\_\_

7. Edad de diagnóstico de EII \*

\_\_\_\_\_



8. ¿Se realizó alguna cirugía en relación a su EII? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí, cirugía intestinal con ostomía.
- Sí, cirugía intestinal con reconstrucción.
- Sí, cirugía por enfermedad perianal.
- No, no me han operado por mi EII

9. Mencione su peso actual estimado en kilos \*

\_\_\_\_\_

10. Mencione su altura estimada en metros \*

\_\_\_\_\_

11. ¿Ha perdido peso de manera INVOLUNTARIA recientemente? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí perdí peso, de 1-5 kilos aproximadamente.
- Sí perdí peso, de 6-10 kilos aproximadamente.
- Sí perdí peso, de 11-15 kilos aproximadamente.
- Sí perdí peso, más de 15 kilos aproximadamente.
- Sí perdí peso, pero no estoy segura/o de cuantos kilos aproximadamente.
- No, no perdí peso.
- No estoy segura/a si perdí peso.

12. ¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

13. ¿Tiene o ha tenido asesoramiento con un licenciado en nutrición en el último año? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No recuerdo

14. ¿Ha realizado dietas por su cuenta a causa de la EII? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No recuerdo



15. ¿Se encuentra actualmente realizando dietas por su cuenta a causa de la EII? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 No sé

16. ¿Ha evitado en el pasado algún tipo de alimento en su dieta a causa de su EII? \*

Marca solo un óvalo.

- No  
 No recuerdo  
 Sí, he evitado un alimento particular.  
 Sí, he evitado dos alimentos en particular.  
 Sí, he evitado tres alimentos en particular.  
 Sí, he evitado más de tres alimentos en particular

17. Si usted desea puede detallar brevemente que alimento o alimentos ha evitado

\_\_\_\_\_

18. ¿Evita actualmente algún tipo de alimento en su dieta a causa de su EII? \*

Marca solo un óvalo.

- No  
 No recuerdo  
 Sí, he evitado un alimento particular.  
 Sí, he evitado dos alimentos en particular.  
 Sí, he evitado tres alimentos en particular.  
 Sí, he evitado más de tres alimentos en particular

19. Si usted desea puede detallar brevemente que alimento o alimentos evita

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



20. Marque la opción en función de su grado de acuerdo con las afirmaciones de la izquierda en relación a las últimas dos semanas. \*

Marca solo un óvalo por fila.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Me arrepentí de comer y beber cosas que han empeorado mis síntomas de EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi disfrute de una comida o bebida en particular se vio afectado por el conocimiento de que podría desencadenar mis síntomas de EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi EII hizo que tenga que dejar la mesa mientras estaba comiendo para ir al baño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pude predecir cuánto tiempo le tomará a mi cuerpo responder a algo que comí o bebí, debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciertos alimentos desencadenaron los síntomas de mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi EII hizo que me pusiera nervioso/a porque si comía algo tendría que ir al baño inmediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evité comer y beber alimentos que no son compatibles con mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí relajado sobre lo que puedo comer y beber a pesar de mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí en control de lo que comí y bebí en relación con mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve problemas por comer de la manera que es mejor para mi EII debido a otros compromisos durante el día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí frustrado por no saber cómo reaccionará la comida y la bebida con mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve que concentrarme en lo que comía y bebía debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupé de que si como algo, tendré síntomas de mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que la forma en que como y bebo por mi EII ha afectado mi vida cotidiana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La forma en que tuve que comer por mi EII ha restringido mi estilo de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve que concentrarme en qué alimentos compro debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensé cómo mi EII se verá afectada por lo que como y bebo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Mi EII me impidió disfrutar plenamente de la comida y la bebida que he consumido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que necesito saber lo que hay en la comida que estoy comiendo, debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que tengo que tener cuidado cuando como, debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuve que ser más consciente de lo que estoy comiendo, debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extrañé ser capaz de comer o beber lo que quiera, debido a mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que me gustaría ser capaz de comer y beber como todos los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí feliz comiendo y bebiendo con gente que no conozco a pesar de mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que estuve comiendo y bebiendo normalmente a pesar de mi EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me resultó difícil no saber si un cierto alimento desencadenará los síntomas de la EII.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a mi EII tuve que hacer un esfuerzo para obtener todos los nutrientes que mi cuerpo necesita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentí que no he sabido cómo reaccionará mi EII a la comida o la bebida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debido a mi EII tuve que trabajar duro para ajustar mis hábitos alimenticios en torno a mis actividades durante el día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**¡ATENCIÓN PARA CONTINUAR!**

Si usted es una persona con COLITIS INDETERMINADA O COLITIS ULCEROSA no se olvide de completar estas últimas preguntas del apartado ¡ATENCIÓN PERSONAS CON COLITIS INDETERMINADA O COLITIS ULCEROSA! Son de gran ayuda para finalizar el cuestionario.

Si usted es una persona con ENFERMEDAD DE CROHN NO complete las siguientes preguntas y pase al siguiente apartado ¡ATENCIÓN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE CROHN!

Si usted es una persona con OSTOMIA NO complete las siguientes preguntas, usted ha finalizado con éxito el cuestionario. Por favor vaya al final del cuestionario y:

Deje su email si lo considera necesario o quiere recibir información respecto a su cuestionario y a los resultados obtenidos de ese estudio.

Aprete el botón "Enviar"

¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración!

**¡ATENCIÓN PERSONAS CON COLITIS INDETERMINADA O COLITIS ULCEROSA!**

Complete las siguientes preguntas.





21. Por día en promedio, ¿cuántas veces usó el baño para defecar durante la semana anterior? La evacuación de sangre y moco también se considera defecación.

Marca solo un óvalo.

- 0 a 3 veces  
 4 a 6 veces  
 7 a 9 veces  
 Más de 9 veces

22. Por noche en promedio, ¿cuántas veces se levantó de la cama para usar el baño para defecar durante la semana anterior.

Marca solo un óvalo.

- Nunca  
 1 a 3 veces  
 Más de 3 veces

23. Durante la semana anterior, ¿pudo sostener sus heces por 15 minutos o más, cuando sintió la necesidad de usar el baño?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 No sé

24. Durante la semana anterior, ¿tuvo que hacer ajustes a sus actividades para asegurarse de que hubiera un baño cerca?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 No sé

25. Durante la semana anterior, ¿ha encontrado sangre en su ropa interior?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 No sé



26. Durante la semana anterior, ¿cuántas veces vio sangre en las heces?

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Mucho menos de la mitad de las veces
- Un poco menos de la mitad de las veces
- Más de la mitad de las veces

27. Si tuviera que calificar su bienestar general durante la semana anterior dándole un número, ¿qué número elegiría? (1 = muy malo, 10 = perfecto)

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

28. Durante la semana anterior, ¿tuvo dolor en las articulaciones que fue peor en reposo que después de la actividad?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sé

29. Durante la semana anterior, ¿sus articulaciones estaban rojas o hinchadas?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sé

30. Durante la semana anterior, ¿alguna vez te has despertado del dolor articular?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sé



31. Durante la semana anterior, ¿ha tenido un trastorno de la piel diagnosticado por su especialista en el tratamiento como eritema nodoso?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 Tengo un trastorno de la piel pero no he visto a mi especialista o no sé cómo se llama el trastorno.

32. Durante la semana anterior, ¿ha tenido un trastorno de la piel diagnosticado por su especialista en el tratamiento como pioderma?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 Tengo un trastorno de la piel pero no he visto a mi especialista o no sé cómo se llama el trastorno.

33. ¿Tiene una afección ocular, para la que ha visto a un oftalmólogo y que el especialista lo diagnosticó como uveítis?

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 Tengo una infección ocular pero no he visto a un oftalmólogo o no sé cómo se llama la infección.

Si usted es una persona con COLITIS INDETERMINADA O COLITIS ULCEROSA NO complete las siguientes preguntas, usted ha finalizado con éxito el cuestionario. Por favor vaya al final del cuestionario y:  
Deje su email si lo considera necesario o quiere recibir información respecto a su cuestionario y a los resultados obtenidos de ese estudio.  
Apriete el botón "Enviar"  
(Muchas gracias por su tiempo y colaboración!)

#### ¡ATENCIÓN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE CROHN!

Complete las siguientes preguntas.

34. Si tuviera que referirse a su bienestar general en el día de ayer, lo considera:

Marca solo un óvalo.

- Muy bueno.  
 Ligeramente por debajo del muy bueno.  
 Pobre  
 Muy pobre  
 Terrible

35. Si tuviera que informar acerca del dolor abdominal en el día de ayer, lo informaría como:

Marca solo un óvalo.

- No tuve dolor abdominal  
 Dolor abdominal leve  
 Dolor abdominal moderado  
 Dolor abdominal grave



36. ¿Cuántas deposiciones líquidas/blandas ha presentado en el día de ayer? Coloque un número

\_\_\_\_\_

37. Si tuviera que informar acerca de la "sensación de masa abdominal" (hinchazón o dolor a nivel abdominal) lo informaría como:

Marca solo un óvalo.

- No, no presento esa sensación.
- Dudo si presento esa sensación.
- Sí, definitivamente presento dicha sensación.
- Sí, definitiva y dolorosamente presento dicha sensación.

38. ¿Usted presenta complicaciones relacionadas a la enfermedad?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- No, no presento.
- Sí, el médico me dijo que tengo artralgia (dolor de las articulaciones)
- Sí, el médico me dijo que tengo uveítis (afección ocular con enrojecimiento, dolor y visión borrosa)
- Sí, el médico me dijo que tengo eritema nodoso (afección de la piel, como protuberancias firmes, calientes, rojas y dolorosas en la parte delantera y baja de las piernas)
- Sí, el médico me dijo que tengo úlceras aftosas (lesiones pequeñas y superficiales dentro de la boca, como una llaga dolorosa)
- Sí, el médico me dijo que tengo pioderma gangrenoso (lesiones grandes y dolorosas como una llaga grande o úlcera en la piel, en especial en las piernas)
- Sí, el médico me dijo que tengo fisuras anales (lesión a nivel anal)
- Sí, el médico me dijo que tengo fistula (una conexión anormal entre los órganos)
- Sí, el médico me dijo que tengo absceso( una protuberancia inflamada y dolorosa llena de pus)
- No lo sé

Si usted es una persona con ENFERMEDAD DE CROHN ha finalizado con éxito el cuestionario. Por favor:  
Deje su email si lo considera necesario o quiere recibir información respecto a su cuestionario y a los resultados obtenidos de ese estudio.  
Apriete el botón "Enviar"  
(Muchas gracias por su tiempo y colaboración!)

39. Email de contacto

\_\_\_\_\_

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios