

ARTÍCULOS ORIGINALES

Evaluación de la Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: Un análisis muticéntrico en Latinoamérica

Evaluación de la Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: Un análisis muticéntrico en Latinoamérica.

¹Villa Ovalles K; ²Yapor Colón AH; ³Aguilar Estay N; ⁴Azañedo Barrantes C; ⁵Díaz Espailat OM; ⁶Franco Vásquez R; ⁷García Cárdenas NM; ⁸Núñez Figueroa P; ⁹Ortega Giordanelli L; ¹⁰Pérez Baldioceda J; ¹¹Sánchez Orozco A.

¹Centro de Gastroenterología Dr. Luis Eduardo Aybar,

²Hospital General Docente de la Policía Nacional, República Dominicana, República Dominicana,

³Residente de Postgrado en Gastroenterología, Hospital Vargas de Caracas, Venezuela,

⁴Hospital San Juan de Dios, Chile.

⁵Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS), Rep Dominicana.

⁶Clínica San Pablo, Perú.

⁷Hospital María Auxiliadora, Perú.

⁸Hospital Roosevelt, Guatemala.

⁹Hospital San Borja Arriarán, Chile. ¹⁰Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela.

¹¹Centro Médico Pediátrico Dr. José Gregorio Hernández, Venezuela.

Correspondencia: alenhazsir@gmail.com | **Recibido:** 23 Sept. 2025 | **Aceptado:** 28 Dic... 2026 | **Publicado:** 15 Ene 2026

DOI: 10.1234/rdg.2026.01.01

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) afecta de manera significativa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente en sistemas sanitarios con acceso desigual a terapias avanzadas, como ocurre en varios países latinoamericanos. Si bien los índices clínicos permiten evaluar la actividad inflamatoria, no capturan la experiencia subjetiva del paciente ni el impacto emocional, funcional y social de la enfermedad. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la CVRS en pacientes con EII en cinco países latinoamericanos, evaluar su relación con la severidad clínica y describir diferencias según tipo de enfermedad. **Métodos:** Estudio multicéntrico, transversal, realizado entre julio de 2023 y septiembre de 2024. Se aplicó IBDQ-32 y se evaluó la actividad clínica mediante los índices Harvey-Bradshaw (EC) y Mayo Modificado (CU). Se analizaron asociaciones con variables clínicas, demográficas y psicosociales. **Resultados:** Se incluyeron 149 pacientes. La CU fue la forma predominante (72.48%). Los pacientes con EC mostraron mayor proporción de remisión clínica (58.54%) y mejores puntajes de CVRS, mientras que la CU presentó mayor actividad inflamatoria y afectación emocional. La severidad clínica, el sexo femenino y el tipo de EII se asociaron significativamente con la CVRS. **Conclusiones:** La CVRS depende de múltiples factores

ABSTRACT

Background: Inflammatory Bowel Disease (IBD) significantly affects health-related quality of life (HRQoL), particularly in regions with unequal access to advanced therapies, such as Latin America. Although traditional clinical indices allow assessment of inflammatory activity, they fail to capture the patient's subjective experience and the emotional, functional, and social burden of the disease. **Objective:** To identify factors associated with HRQoL in patients with IBD across five Latin American countries, to assess its relationship with clinical severity, and to describe differences according to disease type. **Methods:** Multicenter, cross-sectional study conducted between July 2023 and September 2024. HRQoL was measured using the IBDQ-32 questionnaire, and clinical activity was evaluated using the Harvey-Bradshaw Index for Crohn's disease (CD) and the Modified Mayo Score for ulcerative colitis (UC). Associations with clinical, demographic, and psychosocial variables were analyzed. **Results:** A total of 149 patients were included. UC was the predominant condition (72.48%). Patients with CD had higher rates of clinical remission (58.54%) and better HRQoL scores, whereas UC was associated with greater inflammatory activity and higher emotional burden. Clinical severity, female sex, and disease type were significantly associated with HRQoL. **Conclusions:** HRQoL

más allá de la actividad clínica. El impacto emocional, las limitaciones funcionales, la incertidumbre ante recaídas y la variabilidad regional en el acceso a tratamientos influyen de forma sustancial en el bienestar global de los pacientes. La integración de PROs debe considerarse un componente esencial en el abordaje de la EII en Latinoamérica.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal; colitis ulcerosa; enfermedad de Crohn; calidad de vida; IBDQ-32; actividad clínica.

in IBD is influenced by factors beyond clinical activity alone. Emotional impact, functional limitations, uncertainty regarding disease flares, and regional variability in access to treatment contribute substantially to overall patient well-being. Incorporating patient-reported outcomes (PROs) should be considered an essential component of IBD management in Latin America.

Keywords: Inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; Crohn's disease; quality of life; IBDQ-32; clinical activity

Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) constituyen un grupo heterogéneo de trastornos crónicos del tracto gastrointestinal caracterizados por una inflamación intestinal recurrente, de etiología multifactorial y curso clínico impredecible, que alterna períodos de actividad y remisión. Las dos entidades principales que conforman este grupo son la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), las cuales, si bien comparten mecanismos fisiopatológicos comunes, presentan diferencias clínicas, endoscópicas e histopatológicas claramente definidas (1,2).

La colitis ulcerosa se caracteriza por una inflamación continua limitada a la mucosa del colon, que se inicia en el recto y se extiende de forma proximal en distinta magnitud, mientras que la enfermedad de Crohn puede comprometer cualquier segmento del tracto gastrointestinal, desde la cavidad oral hasta el ano, afectando de manera transmural la pared intestinal y dando lugar a complicaciones como estenosis, fístulas y abscesos intraabdominales (1–3). Ambas entidades se manifiestan clínicamente con síntomas como diarrea crónica, dolor abdominal, rectorragia, urgencia fecal, tenesmo y pérdida ponderal, acompañados con frecuencia de manifestaciones extraintestinales que afectan piel, articulaciones, ojos y sistema hepatobiliar (4).

Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia y prevalencia de las EII han aumentado de forma sostenida en las últimas décadas, especialmente en países industrializados de Europa Occidental y Norteamérica, donde la prevalencia puede superar los 300 casos por cada 100,000 habitantes (5). Sin embargo, estudios recientes evidencian un incremento significativo en regiones previamente consideradas de baja incidencia, como Asia, África y América Latina, fenómeno que ha sido atribuido a procesos de urbanización, occidentalización de la dieta, cambios ambientales y modificaciones en la microbiota intestinal (6,7). En Latinoamérica, la carga real de la enfermedad probablemente se encuentre subestimada debido a limitaciones diagnósticas y a la escasez de registros poblacionales sistemáticos (8).

A pesar de que las EII no se asocian directamente con una elevada mortalidad, se consideran enfermedades incurables, de evolución prolongada y con inicio frecuente en edades tempranas, particularmente durante la segunda y tercera década de la vida, lo que implica una exposición prolongada a la enfermedad y a sus tratamientos (9). Esta característica confiere a las EII una relevancia particular desde el punto de vista social, económico y sanitario, ya que afectan a individuos en plena etapa productiva, interfiriendo de manera significativa con su desempeño académico, laboral y social (10).

El impacto de las EII trasciende la esfera estrictamente clínica. La presencia de síntomas persistentes o recurrentes, la imprevisibilidad de los brotes, la necesidad de tratamientos prolongados, hospitalizaciones frecuentes y procedimientos quirúrgicos, así como el estigma social asociado a síntomas intestinales, condicionan un deterioro sustancial en la calidad de vida de los pacientes (11). En la enfermedad de Crohn, la aparición de complicaciones como fístulas perianales o estenosis intestinales se asocia con un impacto aún mayor, tanto físico como psicológico, incrementando la carga emocional y el riesgo de trastornos afectivos (12).

En este contexto, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha adquirido una importancia creciente como indicador complementario de los desenlaces clínicos tradicionales. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses (13). La CVRS, por su parte, se centra específicamente en la manera en que la enfermedad y su tratamiento influyen en el bienestar físico, psicológico y social del paciente (14).

La evaluación de la CVRS resulta particularmente relevante en las EII, dado que la actividad inflamatoria objetiva no siempre se correlaciona de manera directa con la percepción subjetiva del paciente. Pacientes en aparente remisión clínica pueden experimentar fatiga persistente, ansiedad, alteraciones del sueño o limitaciones sociales que afectan significativamente su bienestar general (15). De igual manera, factores como el miedo a la recaída, la incertidumbre respecto al futuro y la necesidad de acceso continuo a servicios sanitarios influyen de manera determinante en la percepción de la calidad de vida (16).

Diversos instrumentos han sido desarrollados y validados para evaluar la CVRS en pacientes con EII. Entre los más utilizados se encuentran el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ), el Short Form-36 (SF-36) y, más recientemente, herramientas específicas como el IBD Disk, que permiten una evaluación integral y práctica de los distintos dominios afectados por la enfermedad (17,18). Estos instrumentos han demostrado una adecuada sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos, tanto en contextos de investigación como en la práctica clínica diaria.

La evidencia científica disponible demuestra de manera consistente que la actividad de la enfermedad constituye uno de los principales determinantes del deterioro de la CVRS. Estudios observacionales y ensayos clínicos han evidenciado que los pacientes con enfermedad activa presentan puntuaciones significativamente más bajas en los dominios físicos y emocionales, en comparación con aquellos en remisión (19). No obstante, otros factores como la duración de la enfermedad, el tipo de tratamiento, la presencia de manifestaciones extraintestinales y el apoyo social también desempeñan un papel relevante (20).

El impacto psicológico de las EII merece una atención especial. Se ha documentado una elevada prevalencia de ansiedad y depresión en estos pacientes, con cifras que oscilan entre el 20% y el 40%, dependiendo del método diagnóstico y del contexto clínico (21). Estos trastornos no solo afectan negativamente la calidad de vida, sino que también se asocian con una peor adherencia al tratamiento, mayor utilización de servicios de salud y un incremento en la actividad percibida de la enfermedad (22).

A nivel laboral y económico, las EII representan una carga significativa tanto para los pacientes como para los sistemas de salud. El ausentismo laboral, la disminución de la productividad y la incapacidad temporal o permanente son consecuencias frecuentes, especialmente en pacientes con enfermedad moderada a severa (23). Estudios realizados en Europa y América del Norte han estimado que los costos indirectos asociados a la pérdida de productividad pueden igualar o incluso superar los costos directos del tratamiento médico (24). En el ámbito internacional, la encuesta IMPACT, desarrollada por la Federación Europea de Asociaciones de Crohn y Colitis (EFCCA), evaluó la experiencia de más de 4,600 pacientes con EII en 25 países europeos, evidenciando un impacto profundo de la enfermedad en la vida social, laboral y emocional de los afectados (25).

Resulta fundamental profundizar en el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), identificando los factores clínicos, psicológicos y sociales que inciden en su deterioro, así como las posibles estrategias de intervención orientadas a mejorar su bienestar integral. La evaluación sistemática de la CVRS no solo permite dimensionar con mayor precisión el impacto real de la enfermedad, sino que también constituye una herramienta clave para desarrollar modelos de atención multidisciplinarios centrados en las necesidades del paciente.

En este contexto, el presente estudio busca ampliar el conocimiento disponible sobre la CVRS en personas con EII, generando evidencia que sustente el diseño de estrategias terapéuticas más inte-

grales, enfocadas no solo en el control de la inflamación, sino también en la promoción sostenida del bienestar físico, emocional y social.

El objetivo general fue analizar la relación entre la CVRS y la actividad clínica de la EII en pacientes atendidos en centros hospitalarios de América Latina.

Material y Método

Se realizó un estudio transversal, analítico y multicéntrico en pacientes con EII atendidos en Programas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal pertenecientes a hospitales de Venezuela, Perú, Guatemala, Chile, Nicaragua y República Dominicana. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con EII mayores de 18 años que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron pacientes embarazadas, aquellos sin capacidad física o mental para responder la encuesta y expedientes incompletos.

La recolección de datos se llevó a cabo entre agosto y septiembre de 2024, obteniéndose una muestra final de 149 pacientes. La actividad clínica se evaluó mediante los índices Harvey-Bradshaw (EC) y Mayo Modificado (CU). La calidad de vida se midió con el cuestionario IBDQ-32.

Resultados

Las características sociodemográficas y clínicas de los 149 pacientes incluidos se resumen en la Tabla 1. La edad promedio fue de $46,56 \pm 21,39$ años, lo que refleja una amplia variabilidad etaria en la cohorte. Se observó un predominio del sexo femenino (59,73%), un hallazgo consistente con la epidemiología de las enfermedades autoinmunes y particularmente relevante por la asociación documentada entre sexo femenino, mayor prevalencia de ansiedad y una menor percepción de calidad de vida.

En cuanto al tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, la colitis ulcerosa (CU) representó el 72,48% de los casos, mientras que la enfermedad de Crohn (EC) correspondió al 27,52%. Respecto a la actividad clínica, la mayoría de los pacientes con EC se encontraban en remisión (58,54%). En el grupo con CU, la distribución entre remisión y enfermedad leve fue más equilibrada, aunque la proporción total de pacientes con actividad clínica (leve, moderada o severa) fue mayor en CU (59,27%) que en EC (41,47%).

Estos hallazgos sugieren que la cohorte con EC presentaba mejor control clínico al momento del estudio. Sin embargo, al analizar los puntajes de CVRS se observó un patrón más complejo: aunque los pacientes con EC reportaron mayor proporción de calidad de vida alta (53,65%), los pacientes con CU también mostraron una proporción considerable (41,66%). Además, el grupo con CU presentó un porcentaje mayor de calidad de vida baja (10,18%).

Los resultados obtenidos destacan que la remisión clínica no constituye el único determinante del bienestar del paciente con EII. Factores como el tipo de enfermedad, el sexo y la vivencia emocional influyen de forma significativa en la percepción de calidad de vida. El diseño multicéntrico del estudio permitió identificar variaciones relevantes en el manejo, la percepción y la evolución de la EII entre distintos países latinoamericanos, lo que refuerza la necesidad de adoptar estrategias terapéuticas personalizadas que consideren no solo la actividad inflamatoria, sino también la experiencia integral del paciente.

Este enfoque comparativo regional evidencia que el tratamiento de la EII debe orientarse más allá del control clínico, incorporando intervenciones que respondan a las particularidades individuales —como el género y el tipo de enfermedad— en función del contexto social y sanitario de cada país.

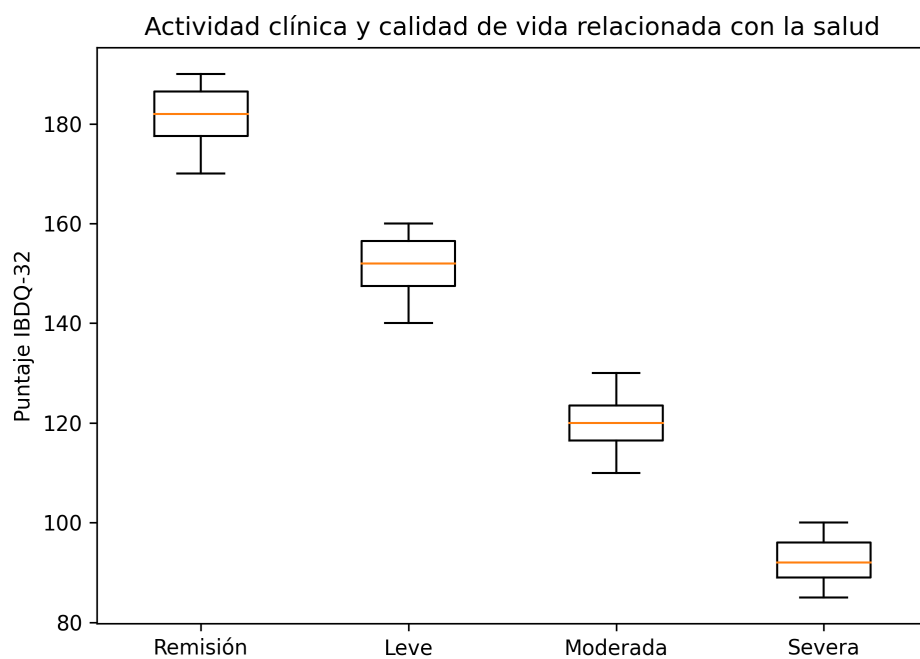
Además, el análisis de los datos sugiere una tendencia general hacia una relación inversa entre la severidad clínica de la enfermedad y la calidad de vida, aunque se identificaron matices relevantes que invitan a un abordaje más fino y multidimensional de esta relación.

Tabla 1. Distribución de pacientes según características basales

Variables	Estadísticos	
N	149	
Edad (años) (*)	46.56 ± 21.39	
Sexo		
Masculino	60	(40,26)
Femenino	89	(59,73)
Tipo de EII		
Enfermedad de Cronh	41	27,52
Colitis ulcerosa	108	72,48
Índice de severidad	CU	EC
Remisión	44 (40,74)	24 (58,54)
Leve	45 (41,67)	12 (29,27)
Moderada	18 (16,67)	4 (9,76)
Severa	1 (0,93)	1 (2,44)
Calidad de Vida según IBDQ32	CU	EC
Baja	11 (10,18)	3 (7,31)
Moderada	52 (48,14)	16 (39,02)
Alta	45 (41,66)	22 (53,65)
Total	108	41

(*) media ± desviación estándar

f (%)

Figura 1. Relación entre la actividad clínica y la calidad de vida relacionada con la salud.

Discusión de los resultados

En este estudio multicéntrico realizado en América Latina se analizó la relación entre variables sociodemográficas, actividad clínica y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los hallazgos obtenidos ofrecen una visión más amplia del impacto de estas enfermedades crónicas en el contexto regional, aportando evidencia relevante para su abordaje integral.

La edad promedio de los participantes fue de 46,56 años, con una amplia variabilidad etaria, lo que refleja la heterogeneidad de la EII y su presencia a lo largo de distintas etapas de la vida. Se observó un predominio del sexo femenino (59,73%), consistente con lo descrito en la literatura, donde se ha documentado una mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes en mujeres. Además, diversos estudios han reportado en este grupo una mayor predisposición a síntomas psicológicos como ansiedad y depresión, factores que inciden negativamente en la percepción de calidad de vida. Esta asociación resulta especialmente relevante al interpretar los puntajes de CVRS, ya que el estado emocional puede influir de manera independiente en la percepción del bienestar, incluso en ausencia de actividad inflamatoria significativa.

En relación con el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, la colitis ulcerosa (CU) fue la forma más frecuente, representando más de dos tercios de la muestra. Esta distribución concuerda con datos epidemiológicos de América Latina, donde la CU continúa siendo más prevalente que la enfermedad de Crohn (EC), a pesar del incremento progresivo en la incidencia de esta última en la última década.

Desde el punto de vista clínico, se identificó una mayor proporción de pacientes con EC en remisión al momento de la evaluación, mientras que en los casos de CU predominó la actividad clínica leve a moderada. Esta diferencia sugiere un control clínico más efectivo en pacientes con EC, posiblemente asociado al uso de estrategias terapéuticas más agresivas o a un monitoreo clínico más riguroso, considerando el curso más impredecible y potencialmente complicado de esta enfermedad.

Sin embargo, al analizar la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario IBDQ-32, se evidenció un patrón más complejo. A pesar de la remisión clínica observada en un mayor número de pacientes con EC, sus puntajes de CVRS no fueron consistentemente más altos, lo que pone en cuestión la premisa de que el control de la inflamación garantiza, por sí solo, una mejor percepción del bienestar. Estos resultados refuerzan la importancia de considerar dimensiones psicosociales en la evaluación integral del paciente con EII.

Si bien los pacientes con EC presentaron una mayor proporción de calidad de vida alta, los pacientes con CU también mostraron una proporción considerable en esta categoría, a pesar de una mayor frecuencia de enfermedad activa. Asimismo, la CU concentró el mayor porcentaje de pacientes con calidad de vida baja, lo que sugiere que esta entidad puede ejercer un impacto más negativo y persistente sobre la percepción del bienestar, incluso en estadios clínicos menos severos.

La Figura 1 refuerza estos hallazgos al mostrar una relación inversa entre la actividad clínica y los puntajes del IBDQ-32, evidenciándose una disminución progresiva de la CVRS a medida que aumenta la severidad de la enfermedad. No obstante, la dispersión observada dentro de cada categoría de severidad indica que existen factores adicionales más allá de la inflamación objetiva que influyen de manera significativa en la experiencia del paciente. Entre estos factores se incluyen el sexo, la carga emocional de una enfermedad crónica, la imprevisibilidad de los brotes, las limitaciones sociales y laborales, así como las diferencias culturales y en el acceso a servicios de salud entre los países participantes. El carácter multicéntrico del estudio permitió captar estas variaciones regionales, aportando una visión más representativa de la realidad latinoamericana, donde las desigualdades en el manejo de la EII pueden amplificar el impacto sobre la calidad de vida.

Los resultados de este estudio mostraron que un alto porcentaje de pacientes se siente limitado en sus actividades cotidianas, experimenta fatiga crónica y percibe una afectación negativa

en sus relaciones interpersonales, incluso en períodos de aparente estabilidad clínica. Investigaciones realizadas en Asia y América Latina han corroborado estos hallazgos. Estudios en Japón han demostrado que la severidad clínica se correlaciona de manera directa con el deterioro de la CVRS, particularmente en los dominios relacionados con el funcionamiento social y el bienestar emocional (26). De forma similar, estudios latinoamericanos, incluyendo investigaciones realizadas en Venezuela, Brasil y Argentina, han reportado una asociación significativa entre la actividad de la enfermedad, la presencia de ansiedad y depresión, y una disminución marcada de la calidad de vida (27–29).

A pesar de estos avances, persisten importantes brechas en el conocimiento, especialmente en países de ingresos medios y bajos, donde los datos epidemiológicos y los estudios centrados en la CVRS son limitados. La heterogeneidad en el acceso a terapias avanzadas, las diferencias en los sistemas de salud y los factores socioculturales propios de cada región pueden influir de manera significativa en la experiencia de los pacientes con EII (30).

En la actualidad, el manejo de las EII ha evolucionado hacia un enfoque centrado en el paciente, en el cual la consecución de la remisión clínica y endoscópica se acompaña de objetivos orientados a mejorar la calidad de vida y el funcionamiento global del individuo. Las guías internacionales, como las de la European Crohn's and Colitis Organisation Bowel Dis (ECCO) y el American College of Gastroenterology (ACG), reconocen explícitamente la importancia de integrar la evaluación de la CVRS en la toma de decisiones terapéuticas (31,32).

Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) constituye un fenómeno multidimensional que no depende exclusivamente del grado de actividad clínica. Si bien se observó una asociación significativa entre control inflamatorio y CVRS, una proporción considerable de pacientes en remisión clínica continuó reportando un deterioro relevante en su bienestar general.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de adoptar un enfoque terapéutico integral, que no solo priorice la remisión inflamatoria, sino que también contemple de forma sistemática los factores psicológicos, sociales y de género que inciden en la experiencia subjetiva de la enfermedad. La inclusión rutinaria de herramientas estandarizadas para la evaluación de la calidad de vida podría favorecer una atención más personalizada, permitiendo intervenciones dirigidas a mejorar dimensiones que impactan de manera directa en los resultados significativos para el paciente.

Particularmente en el contexto heterogéneo de América Latina, donde confluyen múltiples determinantes sociales de la salud, este enfoque multidimensional se vuelve imprescindible para optimizar el manejo clínico de la EII y avanzar hacia modelos de atención verdaderamente centrados en la persona.

Financiamiento

Este estudio no recibió financiamiento.

Divulgación / Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Referencias bibliográficas

1. 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. *Lancet*. 2017 Dec 23;390(10114):2769–78.
2. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet*. 2017;389(10080):1741–55.

3. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017;389(10080):1756–70.
4. Vavricka SR, Rogler G, Pittet V, Michetti P, Felley C. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(8):1982–92.
5. 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: a systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142(1):46–54.e42.
6. Kaplan GG, Windsor JW. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021;18(1):56–66.
7. Ananthakrishnan AN. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: a review. *Dig Dis Sci*. 2015 Feb;60(2):290–8.
8. Pérez-Cuadrado Robles E, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Latin America: a systematic review. *World J Gastroenterol*. 2020;26(25):3678–94.
9. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140(6):1785–94.
10. Peyrin-Biroulet L, Germain A, Patel AS, Lindsay JO. Systematic review: outcomes and quality of life in inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(4):473–81.
11. Irvine EJ. Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present, and future. *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14(4):554–65.
12. Hogberg C, Karling P, Rutegård J, Lilja M. Diagnosed anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(1):28–34.
13. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: WHO; 1997.
14. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):622–9.
15. Van Langenberg DR, Gibson PR. Systematic review: fatigue in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32(2):131–43.
16. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(7):1106–14.
17. Irvine EJ, Zhou Q, Thompson AK. The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a quality of life instrument for community physicians. *Inflamm*. 1996;2(2):101–8.
18. Ghosh S, Louis E, Beaugerie L, Bossuyt P, Bouguen G, Bourreille A, et al. Development of the IBD Disk: a visual self-administered tool for assessment of disability in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2017;11(3):369–77.
19. Casellas F, López-Vivancos J, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Impact of disease activity on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*. 2001;46(4):712–20.
20. 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. *Psychol Health*. 2018;33(7):842–61.
21. Mikocka-Walus A, Pittet V, Rossel JB, von Känel R. Symptoms of depression and anxiety are independently associated with clinical recurrence of inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(6):829–35.
22. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild GE, Cohen A. Psychological distress, social support, and disease activity in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(5):1470–9.
23. Bodger K, Allinson R. Costs of inflammatory bowel disease. *Pharmacoeconomics*.

2006;24(6):563–72.

24. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL; ECCO-EpiCom. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis*. 2013;7(4):322–37.
25. European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA). The IMPACT Survey: Giving patients with IBD a voice. Brussels: EFCCA; 2014.
26. Yoshida EM, et al. Quality of life in Japanese patients with inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol*. 2006;41(10):967–73.
27. Bastos JL, et al. Health-related quality of life in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. *Arq Gastroenterol*. 2014;51(3):202–8.
28. Pérez R, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Gastroenterol Venez*. 2016;70(2):65–72.
29. Casellas F, Barreiro-de Acosta M, Iglesias M, Robles V, Nos P, Mearin F. Factors affecting health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2018;12(2):185–96.
30. Bernstein CN. The global burden of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2015;149(5):1056–60.
31. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The first European evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10(3):239–54.
32. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384–413.