

# Actividad clínica y validación del disco de discapacidad en enfermedad inflamatoria intestinal

Clinical activity and validation of the disability disc in inflammatory bowel disease

Rogelio Plomozo-Román<sup>1a</sup>, Iván Lozano-García<sup>1b</sup>, Héctor Martínez-Torres<sup>1c</sup>, Blanca Miriam Torres-Mendoza<sup>2d</sup>, Raúl Maldonado-Rodríguez<sup>3e</sup>, José Francisco Aguayo-Villaseñor<sup>1f</sup>, Christian Jaramillo-Buendía<sup>1g</sup>, Juan Ernesto Gutiérrez-Sevilla<sup>3h</sup>

## Resumen

**Introducción:** la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica e inmunomediada que genera discapacidad y puede ser evaluada mediante la herramienta simplificada IBD-Disk, la cual podría estar condicionada por la actividad clínica.

**Objetivo:** asociar la discapacidad con la actividad clínica utilizando la herramienta IBD-Disk en pacientes con EII.

**Material y métodos:** estudio transversal analítico en 101 pacientes ambulatorios y hospitalizados con diagnóstico de EII. Previo consentimiento informado, se validó y utilizó la herramienta IBD-Disk para medir la discapacidad, así como su correlación con el IBD-DI. La actividad clínica de la enfermedad se valoró mediante la escala de Mayo para la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) y la escala de Harvey-Bradshaw para la enfermedad de Crohn (EC). La asociación entre discapacidad y actividad clínica se evaluó mediante un modelo de regresión.

**Resultados:** la fiabilidad del IBD-Disk fue  $> 0.900$ . Los pacientes con CUCI y actividad clínica moderada o grave presentan 8.2 veces mayor probabilidad de obtener un puntaje de IBD-Disk  $> 40$  en comparación con aquellos en remisión o con actividad leve. En los pacientes con EC, la asociación fue  $OR = 2.4$  (IC95%: 0.19–31.52). El modelo de regresión mostró que la actividad clínica (Mayo y Harvey-Bradshaw) es el factor que más influye en las escalas de discapacidad ( $B = 4.400$ ).

**Conclusiones:** El IBD-Disk es un instrumento fiable para medir la discapacidad en CUCI y EC. Aunque la discapacidad no difiere significativamente entre ambas entidades, la actividad clínica se asocia con la discapacidad medida mediante el IBD-Disk.

## Abstract

**Background:** Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic immune-mediated pathology that causes disability and can be assessed by the simplified IBD-Disk tool, which could be conditioned by clinical activity.

**Objective:** Associate disability with clinical activity using the IBD-DISK tool validated in patients with IBD.

**Methods:** Analytical cross-sectional study in 101 outpatients and inpatients diagnosed with IBD. After obtaining informed consent, the IBD-Disk tool for disability was validated and administered, as well as its correlation with the IBD-DI. Clinical activity was assessed with the Mayo score for chronic nonspecific ulcerative colitis (CUCI) and the Harvey-Bradshaw score for Crohn's disease (CD). The association between disability and clinical activity was performed with a regression model.

**Results:** The reliability of the IBD-Disk was  $> 0.900$ . Patients with CUCI and moderate or severe clinical activity are 8.2 times more likely to have an IBD-Disk score  $> 40$  compared to those in remission or with mild activity. Patients with Crohn's disease the association was  $OR = 2.4$  (95%CI: 0.19 - 31.52). The regression model shows that clinical activity (Mayo and Harvey-Bradshaw) is the factor that most influences the disability scales ( $B = 4.400$ ).

**Conclusions:** IBD-Disk is a reliable instrument for measuring disability in CUCI and CD. Although disability does not differ significantly between CUCI and CD, clinical activity is associated with disability (IBD-Disk).

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE Hospital de Especialidades, Servicio de Gastroenterología. Guadalajara, Jalisco, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, División de Neurociencias. Guadalajara, Jalisco, México

<sup>3</sup>Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológicas e Instrumentales. Guadalajara, Jalisco, México

ORCID: 0009-0008-8276-9417<sup>a</sup>, 0009-0007-2101-6916<sup>b</sup>, 0009-0007-9607-9006<sup>c</sup>, 0000-0003-2233-571X<sup>d</sup>, 0009-0003-2666-5908<sup>e</sup>, 0009-0006-3312-9953<sup>f</sup>, 0000-0002-2854-1090<sup>g</sup>, 0000-0003-3259-1151<sup>h</sup>

### Palabras clave

Enfermedades Inflamatorias del Intestino  
Colitis Ulcerosa  
Enfermedad de Crohn  
Evaluación de la Discapacidad  
IBD-Disk

### Keywords

Inflammatory Bowel Diseases  
Colitis, Ulcerative  
Crohn Disease  
Disability Evaluation  
IBD-Disk

Fecha de recibido: 26/06/2025

Fecha de aceptado: 19/03/2026

### Comunicación con:

Christian Jaramillo Buendía  
✉ rs\_jaramillo@hotmail.com  
☎ 33 1768 1254

**Cómo citar este artículo:** Plomozo-Román R, Lozano-García I, Martínez-Torres H *et al.* Actividad clínica y validación del disco de discapacidad en enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64 Supl 1:e6689. doi: 10.5281/zenodo.19099666

## Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica inmunomediada, cuyas dos principales formas clínicas son la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC).<sup>1</sup> La prevalencia de la EII ha aumentado a nivel mundial;<sup>2</sup> en México, en 2015, se reportaron 9953 casos de EC y 33,060 de CUCI, con una prevalencia estimada de 8.1 a 8.4 para EC y de 26.9 a 27.7 para CUCI.<sup>3,4</sup>

Para el diagnóstico y la evaluación de la gravedad clínica de la CUCI se utilizan el índice de Mayo y el Índice Endoscópico de Gravedad de la Colitis Ulcerosa (UCEIS).<sup>5,6</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la discapacidad como la interacción entre las condiciones negativas de un individuo con una condición de salud y los factores ambientales y personales.<sup>7</sup> Para evaluar la discapacidad en la EII, se desarrolló el Índice de Discapacidad de la EII (IBD-DI), una herramienta validada, aunque de difícil aplicación en la práctica clínica. En 2017, se introdujo el Disco de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (IBD-Disk), una versión dimensional simplificada que evalúa diez aspectos clave de la vida diaria: dolor articular, función sexual, imagen corporal, estado emocional, energía, sueño, educación y trabajo, interacciones interpersonales, regulación de la defecación y dolor abdominal.<sup>8</sup> El IBD-Disk ha sido validado en diversos países, demostrando su utilidad para evaluar la carga de la enfermedad y su relación con la actividad clínica.<sup>9</sup> Estudios recientes han encontrado asociaciones entre puntuaciones elevadas del IBD-Disk y factores como ser mujer y la presencia de manifestaciones extraintestinales.<sup>10</sup>

En estudios realizados en Francia y Bélgica, el IBD-Disk mostró puntuaciones más altas en pacientes con enfermedad activa, destacando la regulación de la defecación, el dolor abdominal y la fatiga como las áreas más afectadas.<sup>11</sup> Investigaciones en India y Arabia Saudita confirmaron su utilidad, encontrando una fuerte correlación entre la actividad de la enfermedad y la carga percibida por los pacientes.<sup>9,12</sup>

El objetivo del estudio fue comparar el IBD-Disk con el IBD-DI e identificar los factores asociados con la discapacidad, incluida la actividad clínica.

## Material y métodos

Se realizó un estudio transversal analítico en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Gastroenterología, en Guadalajara, Jalisco, durante 2023 y 2024. Previo registro y aprobación por los

comités de investigación y ética (registros R-2023-1301-255 y R-2024-1301-222), se llevó a cabo la traducción al español del IBD-Disk utilizando la metodología convencional<sup>13,14</sup> para su aplicación en pacientes con diagnóstico establecido de EII (CUCI y EC).

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, ambulatorios y hospitalizados, con diagnóstico de EII. Se excluyeron las pacientes embarazadas y aquellos con patologías psiquiátricas o neurológicas que les impidieran responder la herramienta IBD-Disk.

Previo consentimiento informado, se recabaron datos sociodemográficos, así como parámetros clínicos y endoscópicos para clasificar la actividad de la enfermedad. La discapacidad se evaluó mediante el IBD-Disk y el IBD-DI.<sup>8,9</sup> En los pacientes hospitalizados, los instrumentos se aplicaron al ingreso, antes de cualquier modificación terapéutica.

El punto de corte para considerar discapacidad significativa con el IBD-Disk fue de 40, el cual se comparó con el IBD-DI.<sup>9</sup>

La actividad clínica de la CUCI se evaluó mediante el índice de Mayo y, para la EC, el índice de Harvey-Bradshaw. Para la actividad endoscópica de la CUCI se empleó el Índice Endoscópico de Severidad de Colitis Ulcerosa (UCEIS); en la EC se utilizó el Puntaje Endoscópico Simple (SES-CD). La severidad de la enfermedad se evaluó con el índice de Truelove-Witts modificado (TWM) para EC.

Se registró el tratamiento médico para la EII, el cual se dividió en dos categorías: tratamiento convencional (aminosalicilatos tópicos y orales, esteroides e inmunomoduladores) y tratamiento biológico (anti-TNF $\alpha$ , antiintegrinas y antileucinas). El tratamiento quirúrgico se consideró en pacientes con complicaciones o falta de control de la enfermedad. Asimismo, se registraron datos generales y manifestaciones extraintestinales, como dolor articular y lesiones mucocutáneas y oculares.

La asociación entre discapacidad y actividad clínica en pacientes con IBD se evaluó mediante regresión logística multivariada. Se calculó la razón de momios con un intervalo de confianza del 95% y se realizaron comparaciones mediante la prueba de Chi cuadrada o la prueba exacta de Fisher.

Para la validación se utilizaron el alfa de Cronbach y el omega de McDonald, así como la correlación de Spearman. Se descartó colinealidad mediante una matriz de correlaciones policóricas. Se realizó un análisis paralelo con 1000 iteraciones para determinar el número de factores y, posteriormente, un análisis factorial exploratorio (AFE) utili-

zando el método de mínimos cuadrados ponderados. Los datos cuantitativos se presentan como media y desviación estándar (DE) y se compararon entre grupos mediante la prueba *t* de Student o la prueba *U* de Mann-Whitney, según la distribución. Se utilizó el software SPSS y RStudio con las paqueterías Lavaan (0.6-21) y psych (2.5.6).

## Resultados

Se incluyeron 101 participantes: 78 con CUCI y 23 con EC. Las variables de sexo y nivel educativo no mostraron diferencias entre ambos grupos. La edad, talla, peso, índice de masa corporal, actividad endoscópica y severidad de la enfermedad se presentan en el **cuadro I**.

El IBD-Disk se correlacionó con el IBD-DI con un coeficiente  $r = 0.714$  ( $p = 0.0001$ ), con el índice de Mayo ( $r = 0.414$ ;  $p < 0.001$ ) y con el índice de Harvey-Bradshaw ( $r = 0.693$ ;  $p < 0.001$ ).

La fiabilidad global mostró un alfa de Cronbach de 0.921 y un omega de McDonald de 0.921, valores que se consideran adecuados. La matriz de correlaciones policóricas identificó únicamente dos posibles colinealidades: entre el ítem 3 y el ítem 4 ( $r = 0.85$ ), y entre el ítem 5 y el ítem 6 ( $r = 0.83$ ).

Posteriormente, se realizó un análisis paralelo con 1000 iteraciones, el cual indicó una estructura unidimensional. El análisis factorial exploratorio (AFE) mostró cargas factoriales estandarizadas entre 0.63 y 0.88, con comunalidades de 0.39 a 0.78. El factor único explicó el 60% de la varianza, con un ajuste aceptable (RMSR = 0.07), y la adecuación de los puntajes factoriales fue alta ( $r = 0.97$ ;  $R^2 = 0.95$ ) (**cuadro II**).

El coeficiente de variación entre la discapacidad, evaluada mediante el IBD-Disk, y la actividad clínica (índice de Mayo o índice de Harvey-Bradshaw) fue de 0.33 para

la enfermedad de Crohn y de 0.17 para la colitis ulcerosa crónica inespecífica ( $p = 0.816$ ).

No se encontraron diferencias entre los grupos de CUCI y EC en cuanto a la proporción de pacientes con algún grado de discapacidad (44.9% frente a 47.8%,  $p = 0.401$ ).

En cuanto a la asociación entre la actividad clínica y la discapacidad (IBD-Disk), en la CUCI se obtuvo una OR = 8.2 (IC95%: 1.660–40.515). En los pacientes con EC y actividad clínica moderada o grave, no se encontró asociación con un puntaje de IBD-Disk > 40 (OR = 2.4; IC95%: 0.19–31.52). Al analizar en conjunto a los pacientes con CUCI y EC, la OR fue de 6.1 (IC95%: 1.60–23.29) (**cuadro III**).

No se encontró diferencia en la discapacidad, evaluada mediante el IBD-Disk, ni en la actividad clínica entre la CUCI y la EC.

El tratamiento biológico fue más frecuente en pacientes con EC (78.3%) en comparación con aquellos con CUCI (42%), mientras que el tratamiento convencional mostró la tendencia inversa, con mayor frecuencia en pacientes con CUCI (91%) frente a aquellos con EC (13%). En relación con la cirugía de colon, esta se realizó con mayor frecuencia en pacientes con EC (56.5%) que en pacientes con CUCI (5.1%) ( $p < 0.0001$ ).

No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de MEI entre pacientes con CUCI y EC (**cuadro IV**).

Se realizaron varios modelos de regresión lineal múltiple utilizando el método *Stepwise* para evaluar el impacto de las covariables sobre la discapacidad medida por el IBD-Disk. El mejor modelo incluyó la actividad clínica, la escolaridad y el tratamiento biológico, y resultó significativo ( $F [3,89] = 7.60$ ;  $p < 0.001$ ), explicando el 20.4% de la varianza ( $R^2 = 0.204$ ).

**Cuadro I** Características generales, actividad y severidad de CUCI y EC

Características generales, actividad y severidad	CUCI		EC		<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE	
Edad (años)	43.0	15.3	47.5	14.4	0.21
Talla (m)	1.67	.10	1.66	.09	0.61
Peso (Kg)	72.9	15.6	77.0	27.1	0.35
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26.12	4.76	27.95	9.02	0.201
Severidad*	2.4	1.9	4.3	4.1	NA
Actividad endoscópica**	3.1	2.3	2.5	2.2	NA
Severidad (TWM)			10.8	2.0	

CUCI: Colitis ulcerosa crónica inespecífica; EC: enfermedad de Crohn; DE: desviación estándar;

HB: Harvey-Bradshaw; NA: No aplica; TWM: Truelove Witts modificado

\*No aplica, no son comparables CUCI y EC porque son escalas diferentes. Severidad (Mayo en CUCI; HB en EC)

\*\*Actividad endoscópica (UCEIS para CUCI; SES-CD para EC)

**Cuadro II** propiedades psicométricas por ítem del IBD-Disk

Ítems	Media ± DE	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado	Omega de McDonald si el ítem es eliminado	Correlación ítem con el total	WLS1	h2
Dolor abdominal	3.68 ± 3.40	0.915	0.917	0.659	0.70	0.49
Regulación en la defecación	3.57 ± 3.37	0.921	0.921	0.563	0.62	0.39
Interacciones personales	2.66 ± 3.10	0.911	0.912	0.741	0.85	0.73
Educación y trabajo	2.81 ± 3.00	0.913	0.913	0.702	0.80	0.64
Sueño	4.82 ± 3.58	0.906	0.904	0.811	0.86	0.74
Energía	4.94 ± 3.33	0.905	0.904	0.839	0.88	0.78
Emociones	4.39 ± 3.36	0.909	0.908	0.773	0.83	0.69
Imagen corporal	3.22 ± 3.23	0.918	0.918	0.603	0.69	0.47
Funciones sexuales	2.78 ± 3.30	0.915	0.915	0.669	0.79	0.63
Dolor articular	4.02 ± 3.44	0.915	0.914	0.666	0.68	0.46

DE: desviación estándar

**Cuadro III** Asociación entre la actividad clínica y la discapacidad (IBD-Disk) en EII

		Actividad clínica				Odd ratios	IC95%
Tipo de EII	Discapacidad (IBD- DISK)	Remisión + Leve		Moderada + Grave			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
CUCI	< 39.9	41	53	2	3	8.2	1.66-40.51 ( <i>p</i> = 0.021)
	> 40	25	32	10	13		
EC	< 39.9	11	48	1	4	2.4	0.19-31.52 ( <i>p</i> < 0.001)
	> 40	9	39	2	9		
Total	< 39.9	52	51	3	3	6.1	1.60-23.29 ( <i>p</i> = 0.001)
	> 40	34	34	12	12		

CUCI: Colitis ulcerosa crónica inespecífica (*n* = 78); EC: enfermedad de Crohn (*n* = 23)

La actividad clínica (índice de Mayo/Harvey-Bradshaw) fue un predictor positivo significativo del IBD ( $\beta = 12.59$ ; SE = 2.98;  $\beta = 0.401$ ;  $p < 0.001$ ). Ni la escolaridad ( $\beta = -3.78$ ;  $p = 0.110$ ) ni el tratamiento biológico ( $\beta = -5.31$ ;  $p = 0.284$ ) mostraron asociaciones significativas. No se observaron indicios de colinealidad (VIF  $\approx 1$ ).

Los pacientes con mayor actividad clínica presentaron puntajes de discapacidad más altos; por otra parte, la escolaridad y el tratamiento biológico mostraron una tendencia a reducir dichos puntajes (cuadro V).

## Discusión

La fiabilidad, la correlación por ítems con el puntaje global del IBD-Disk y su estructura dimensional mostraron un solo factor, como se ha reportado en otros estudios,<sup>13</sup> por lo que constituye una escala válida para medir el impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la vida del paciente.

La EII, en sus dos espectros —CUCI y EC—, es una patología crónica que impacta significativamente la calidad de vida de los pacientes debido a sus síntomas incapacitantes.<sup>15</sup>

En este contexto, evaluar la discapacidad mediante herramientas como el IBD-Disk permite no solo cuantificar la carga de la enfermedad, sino también identificar áreas específicas que requieren atención clínica y psicosocial.

Estudios internacionales han identificado que la actividad clínica es un determinante clave de la discapacidad en la EII. Nuestros resultados son consistentes con estas observaciones, aunque también evidencian diferencias específicas entre CUCI y EC. La relación entre la actividad clínica y el puntaje de discapacidad se observó en ambos tipos de enfermedad, con mayor intensidad en la EC, lo que coincide con lo reportado Nardone *et al.*,<sup>16</sup> lo que refleja una mayor carga inflamatoria y complicaciones estructurales asociadas a esta entidad.

Esta relación resalta la importancia de un control adecuado de la actividad clínica para reducir la discapacidad

**Cuadro IV** Discapacidad, tratamientos, cirugías y manifestaciones extraintestinales

	Niveles	Colitis ulcerativa		Enfermedad de Crohn		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Discapacidad IBD-DISK	< 39.9	43	55.1	12	52.20	0.816
	> 40	35	44.9	11	47.80	
Tratamiento Biológico	No	45	57.7	5	21.7	0.004
	Sí	33	42.3	18	78.3	
Tratamiento Convencional	No	7	9	20	87	0.0001
	Sí	71	91	3	13	
Cirugía de colon	No	74	94.9	10	43.5	0.0001
	Sí	4	5.1	13	56.5	
MEI	No	58	75.3	15	65.2	0.423
	Sí	19	24.7	8	34.8	

CUCI: colitis ulcerosa crónica inespecífica; EC: enfermedad de Crohn; MEI: manifestaciones extraintestinales

**Cuadro V** Resultados del Modelo de Regresión

Variable	$\beta$	Sig	Límite inferior	Límite superior	VIF
(Constante)	30.410	0.003	10.79	50.020	-
Act. clínica	12.590	0.000	6.675	18.50	1.006
Escolaridad	-3.780	0.110	-8.435	0.875	1.030
TB	-5.309	0.284	-15.102	4.483	1.029

Act. clínica: actividad clínica (Mayo/Harvey-Bradshaw); TB: tratamiento biológico

en pacientes con EII, especialmente en aquellos con EC. Los puntajes clínicos y endoscópicos específicos para cada enfermedad aportan información relevante sobre la actividad, aunque no son directamente comparables entre grupos.

En la CUCI existe una asociación entre la actividad clínica (moderada a grave) y un mayor puntaje de discapacidad (> 40 en el IBD-Disk),<sup>9</sup> lo que indica que el grado de actividad influye considerablemente en la percepción de discapacidad. En la EC se observó un incremento del riesgo que no alcanzó significancia estadística, probablemente debido al tamaño reducido de la muestra.

Los resultados refuerzan la hipótesis de que un mayor grado de actividad clínica se asocia con mayor discapacidad en pacientes con EII, particularmente en CUCI, en concordancia con estudios previos que destacan la importancia del control de la inflamación para mejorar la condición de los pacientes.<sup>17</sup>

Se analizó, mediante regresión logística multivariada, el efecto de los tratamientos convencional y biológico, así como de la cirugía de colon, sobre la EC. Aunque el modelo mostró resultados estadísticamente significativos,

su interpretación clínica debe realizarse con cautela. Se observó una tendencia hacia un efecto protector del tratamiento convencional, sin alcanzar significancia estadística, lo que probablemente refleja diferencias en la distribución del tratamiento dentro de la muestra. En este contexto, el “tratamiento convencional” podría estar capturando características basales de los pacientes o del curso clínico más que un efecto independiente. Asimismo, el tamaño de la muestra pudo limitar la estabilidad del modelo.

Por otra parte, la cirugía de colon se identificó como un factor de riesgo para la EC; sin embargo, debe considerarse que los pacientes con esta enfermedad presentan con mayor frecuencia indicación quirúrgica. El puntaje del IBD-Disk mostró una asociación significativa con la actividad clínica, medida mediante los índices de Mayo (CUCI) y Harvey-Bradshaw ( $\beta = 0.455$ ;  $p = 0.0001$ ), lo que refuerza que un mayor grado de actividad se traduce en mayor impacto en la discapacidad percibida. Este hallazgo subraya la necesidad de un control estricto de la inflamación para reducir la carga funcional.<sup>18</sup>

Aunque el uso de tratamiento biológico mostró una tendencia a asociarse con menor discapacidad ( $\beta = -5.309$ ;



$p = 0.284$ ), esta relación no fue estadísticamente significativa. Este resultado puede estar influido por el tamaño de la muestra y por el hecho de que este tratamiento fue más frecuente en pacientes con EC, lo que sugiere la necesidad de estudios con mayor poder estadístico. Asimismo, el tratamiento quirúrgico fue más prevalente en EC (56.5%) que en aquellos con CUCI (5.1%), lo que refleja el mayor riesgo de complicaciones estructurales, como obstrucciones y fístulas, que afectan negativamente la calidad de vida.

La escolaridad mostró una tendencia a reducir los puntajes de discapacidad ( $\beta = -3.78$ ;  $p = 0.110$ ), aunque sin significancia estadística. Esto podría explicarse por una distribución homogénea del nivel educativo o por la influencia de factores no medidos, como el apoyo social. En cuanto a las manifestaciones extraintestinales, no se encontró asociación con los puntajes del IBD-Disk ( $p = 0.423$ ), a diferencia de otros estudios en los que estas manifestaciones se asociaron con mayor discapacidad.<sup>9,12</sup> No obstante, estos hallazgos coinciden con investigaciones realizadas en Francia y Bélgica,<sup>11</sup> donde se identificó que los dominios relacionados con sueño, energía y dolor articular tienen un impacto relevante en la percepción de discapacidad.

Además, estos resultados refuerzan la utilidad del IBD-Disk como herramienta práctica y centrada en el paciente para evaluar la carga funcional de la EII. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, no encontramos diferencias significativas según el sexo o tipo de EII, lo que podría deberse a diferencias en las características de las poblaciones estudiadas.

Nuestros resultados muestran que no existen diferencias en los puntajes totales de discapacidad evaluados mediante el IBD-Disk entre pacientes con CUCI y EC ( $p = 0.816$ ). Esto coincide con estudios previos, como el realizado en Arabia Saudita,<sup>12</sup> donde el tipo de EII no influyó significativamente en las puntuaciones del IBD-Disk. Es importante destacar que, descriptivamente, los ítems con mayores puntajes en nuestra población fueron sueño, energía y dolor articular, coincidiendo también con los ítems destacados en estudios internacionales.<sup>9,12</sup>

Estos resultados destacan la importancia de orientar el tratamiento de la EII hacia la reducción de la actividad clínica,<sup>19</sup> dado que constituye un determinante clave de la discapacidad. Asimismo, subrayan la necesidad de considerar las prioridades del paciente, como el alivio de síntomas y la mejoría en aspectos como el sueño y la energía, más allá del control endoscópico y clínico. El uso del IBD-Disk puede facilitar una comunicación más efectiva entre el paciente y el médico, favoreciendo un abordaje integral.

El IBD-Disk se posiciona como una herramienta clave para evaluar la carga funcional de la enfermedad, permitiendo identificar áreas específicas de impacto en la calidad de vida de los pacientes y facilitando una comunicación más efectiva entre el paciente y el médico. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque terapéutico personalizado y multidisciplinario que priorice no solo el control clínico y endoscópico, sino también las preocupaciones y prioridades del paciente.

Futuros estudios deberán explorar el impacto de factores demográficos y psicosociales, así como analizar cambios longitudinales en respuesta a distintas estrategias terapéuticas.

El tamaño de la muestra fue limitado, especialmente por la baja frecuencia de EC en la población estudiada, lo que restringe la generalización de algunas asociaciones. Por ello, es importante considerar intervalos de confianza y explorar variables adicionales potencialmente relevantes, como el apoyo psicosocial, el nivel educativo, la duración de la enfermedad, el tipo de tratamiento (biológico o convencional) y la historia quirúrgica. Asimismo, se recomienda realizar estudios longitudinales para evaluar la evolución de la discapacidad medida por el IBD-Disk a lo largo del tiempo y en respuesta a diferentes intervenciones terapéuticas.

Este estudio abre la oportunidad de implementar herramientas diagnósticas accesibles y efectivas para evaluar la discapacidad en pacientes con EII, facilitando un diagnóstico más preciso y oportuno, y resaltando la necesidad de un manejo individualizado con control estricto de la actividad clínica.

## Conclusiones

La actividad clínica se asocia a discapacidad, lo que refuerza la importancia de un manejo orientado al control de la inflamación. En la CUCI, los pacientes con actividad clínica moderada o grave presentan mayor riesgo de discapacidad ( $> 40$  en el IBD-Disk). La discapacidad en pacientes con EII no difiere entre CUCI y EC en la población estudiada.

Este estudio valida el IBD-Disk como una herramienta útil para evaluar la discapacidad en pacientes con EII en la población analizada.

---

**Declaración de conflicto de interés:** las autoras han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

## Referencias

1. Prokopič M, Gilca-Blanariux G, Lietava P, et al. Barriers in inflammatory bowel disease care in Central and Eastern Europe: a region-specific analysis. *Therap Adv Gastroenterol*. 2023;16:17562848231174290. doi: 10.1177/17562848231174290
2. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla FJ, Charúa-Guindic L, et al. Inflammatory bowel disease in Mexico: Epidemiology, burden of disease, and treatment trends. *Epidemiología, carga de la enfermedad y tendencias de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en México. Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2020;85(3):246-256. doi: 10.1016/j.rgmx.2019.07.008
3. Okobi OE, Udoete IO, Fasehun OO, et al. A Review of Four Practice Guidelines of Inflammatory Bowel Disease. *Cureus*. 2021;13(8):e16859. doi: 10.7759/cureus.16859
4. Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2023;402(10401):571-584. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00966-2.
5. Singh S, Loftus EV Jr, Limketkai BN, et al. AGA Living Clinical Practice Guideline on Pharmacological Management of Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. 2024;167(7):1307-1343. doi: 10.1053/j.gastro.2024.10.001
6. Kobayashi T, Siegmund B, Le Berre C, et al. Ulcerative colitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):74. doi: 10.1038/s41572-020-0205-x
7. Le Berre C, Flamant M, Bouguen G, et al. VALIDation of the IBD-Disk Instrument for Assessing Disability in Inflammatory Bowel Diseases in a French Cohort: The VALIDate Study. *J Crohns Colitis*. 2020;14(11):1512-1523. doi: 10.1093/ecco-jcc/ijaa100
8. Ghosh S, Louis E, Beaugerie L, et al. Development of the IBD Disk: A Visual Self-administered Tool for Assessing Disability in Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2017;23(3):333-340. doi: 10.1097/MIB.0000000000001033
9. Tadbiri S, Nachury M, Bouhnik Y, et al. The IBD-disk Is a Reliable Tool to Assess the Daily-life Burden of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2021;15(5):766-773. doi: 10.1093/ecco-jcc/ijaa244
10. Naftali T, Richter V, Mari A, et al. The inflammatory bowel disease disk application: A platform to assess patients' priorities and expectations from treatment. *J Dig Dis*. 2021;22(10):582-589. doi: 10.1111/1751-2980.13045
11. Tannoury J, Nachury M, Martins C, et al. Determinants of IBD-related disability: a cross-sectional survey from the GETAID. *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;53(10):1098-1107. doi: 10.1111/apt.16353
12. Meeralam Y, Al-Zanbagi AB, Al Saedi M, et al. IBD-Disk as a tool estimating the prevalence of inflammatory bowel disease-related disability and associated influencing factors in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Saudi J Gastroenterol*. 2023;29(5):309-315. doi: 10.4103/sjg.sjg\_3\_23
13. Nigro CMC, Ferreira SDC, Machado VF, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the ibd disk for use in patients with inflammatory bowel diseases in the Brazilian population. *Arq Gastroenterol*. 2024;61:e23058. doi: 10.1590/S0004-2803.24612024-058
14. Hilton A and Skrutkowski M. Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nurs* 2002; 25: 1-7. doi: 10.1097/00002820-200202000-00001.
15. Calviño-Suárez C, Ferreira-Iglesias R, Bastón-Rey I, et al. Role of Quality of Life as Endpoint for Inflammatory Bowel Disease Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7159. doi: 10.3390/ijerph18137159.
16. Nardone OM, Bruzzese D, Allocca M, et al. Italian validation of the IBD-disk tool for the assessment of disability in inflammatory bowel diseases: A cross-sectional multicenter study. *Dig Liver Dis*. 2025;57(3):753-761. doi: 10.1016/j.dld.2024.11.004
17. López-Cortés R, Herrero-Hahn R, De la Rosa-Eduardo R, et al. Cultural Adaptation and Validation of the Inflammatory Bowel Disease Disability Index in a Spanish Population and Its Association with Sociodemographic and Clinical Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(4):635.
18. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570-1583. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.031
19. Fumery M, Altwegg R, Aygaleq P, et al. Disease burden of patients with moderate to severe ulcerative colitis: A French multicenter real-life study (THEFAR). *Dig Liver Dis*. 2025;57(1):251-259. doi: 10.1016/j.dld.2024.08.044