



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII): IMPACTO DE LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS EN EII

Estudiante: Patricia Gotor Delso

Tutelado por: Isabel Carrero Ayuso

Soria, 28 de Mayo del 2018

RESUMEN

Introducción. La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). La etiología de la EII todavía no se conoce con exactitud; sin embargo, esta enfermedad está experimentando un aumento de su incidencia en países desarrollados. La complejidad y la cronicidad de esta patología implican una mayor dificultad a la hora de responder de forma eficaz a las necesidades específicas de quienes la padecen. El profesional de enfermería tiene la posibilidad de actuar en la EII de diversas formas: a través de la educación para la salud, de manera asistencial, con apoyo psicológico, ayudando a mejorar la adherencia al tratamiento y mediante la gestión de la asistencia sanitaria.

Objetivos. Como objetivo general, reflejar las intervenciones, por parte de los profesionales de enfermería, que posibiliten una mejoría de la calidad de vida del paciente con EII. Como objetivos específicos distinguimos: conocer las necesidades del paciente de EII, identificar la importancia de las unidades monográficas y conocer el impacto de enfermería en las mismas.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de literatura la cual ha tenido lugar entre los meses de enero y mayo de 2018. Las palabras clave utilizadas han sido: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Enfermería, calidad de vida.

Resultados. El diagnóstico de una EII supone un impacto en la calidad de vida de la persona y le exige una adaptación a su nuevo estado de salud. Enfermería puede realizar cuidados específicos para favorecer la adherencia al tratamiento de la persona, guiarle en diferentes etapas de su vida, apoyarle psicológicamente y realizar un adecuado seguimiento del curso de la enfermedad.

Conclusiones. La implantación de unidades especializadas con profesionales de enfermería supone un impacto positivo en la calidad de la atención sanitaria en pacientes de EII y un ahorro económico sanitario significativo.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Cuidados Enfermeros, Unidad de EII.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 CONCEPTO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	1
1.2 SINTOMATOLOGÍA	1
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	3
1.3 ETIOLOGÍA	3
1.4 PATOGENIA	4
1.5 TRATAMIENTO	4
1.5.1 TRATAMIENTO DIETÉTICO	5
1.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	5
1.5.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA	9
5. DESARROLLO DEL TEMA	11
5.1. IMPACTO DE LA EII EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE	11
5.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA EII	12
5.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	12
5.2.2. HÁBITO TABÁQUICO	13
5.2.3. NUTRICIÓN	14
5.2.4. ESTRÉS	14
5.2.5. SEXUALIDAD	14
5.2.6. EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA	15
5.2.7. VACUNACIÓN	16
5.3 UNIDADES DE EII	16
5.3.1 IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE EII	16
6. CONCLUSIONES	18
7. BIBLIOGRAFÍA	19
8. ANEXO	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. <i>Clasificación de la CU según la Organización Mundial de Gastroenterología (Montreal, 2005)</i>	<i>Pág. 2</i>
Tabla 2. <i>Clasificación de la EC según la Organización Mundial de Gastroenterología (Montreal, 2005)</i>	<i>Pág. 2</i>
Tabla 3. <i>Estrategia de búsqueda utilizada</i>	<i>Pág. 7</i>

LISTADO DE ABREVIATURAS

CU: Colitis Ulcerosa

EC: Enfermedad de Crohn

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

GETECCU: Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

GETEII: Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal

IBDQ: *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Según Panés¹, “el término *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (EII) engloba un grupo de patologías inflamatorias intestinales de etiología desconocida, mediadas inmunológicamente y de curso crónico que afectan al tubo digestivo. En sentido estricto, las entidades nosológicas que quedan agrupadas dentro de este concepto son dos: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC)”. Ambas enfermedades presentan patogenia y sintomatología similares, llegando a ser indistinguibles de forma clínica, endoscópica, e incluso histológica a la hora de realizar un diagnóstico hasta en un 5-10% de los casos; a esto se le denomina colitis indeterminada^{1,2}.

La principal diferencia entre CU y EC es el tramo del tubo digestivo que se ve afectado por ellas. En la CU solo se ve afectado el colon en una longitud variable pero siempre de forma continua y extendiéndose desde el recto. En este caso, es la arquitectura glandular la que se ve afectada; un infiltrado inflamatorio en la lámina propia desarrolla acumulaciones de neutrófilos en las criptas del intestino, provocando abscesos. Sin embargo, en el caso de la EC puede verse afectada cualquier zona del tracto digestivo; más frecuentemente, la zona circundante a la válvula ileocecal. Pese a que afecta a varios segmentos del tubo digestivo, lo hace de forma alternante; de manera que encontramos zonas histológicamente normales entre cada segmento afectado. La inflamación que se da es transmural y puede llegar a afectar a todas las capas del intestino (desde la mucosa hasta la serosa). Esta afectación transmural puede complicarse con estenosis intestinal, más frecuentemente en el íleon terminal. También se forman fístulas y abscesos en el 35% de los casos y se pueden desarrollar granulomas no caseificantes característicos de la enfermedad².

1.2 SINTOMATOLOGÍA

La clínica de la EII se caracteriza por alternar episodios de brote o exacerbación de la enfermedad con periodos de remisión de la misma. Las principales manifestaciones clínicas incluyen: diarrea crónica, episodios alternantes de deposiciones diarreicas con periodos de deposiciones formadas, hemorragia rectal, dolor abdominal, fiebre, pérdida de apetito y/o peso, náuseas y vómitos... Las consecuencias dependerán tanto del tracto afectado del tubo digestivo como de la edad, la actividad de la enfermedad, el tipo de tratamiento y, en el caso de resección intestinal, la longitud reseccionada^{2,3}.

En la CU, la afectación puede ser solo rectal y las heces pueden ser de características normales o incluso haber estreñimiento; puede haber una afección rectal continua y producir tenesmo (dolor con sensación de evacuación insuficiente). Suele cursar con rectorragia, deposiciones frecuentes y poco abundantes, síntomas rectales, retortijones, afectación rectal casi constante, úlceras confluentes... Además, tras una ulceración grave, una curación irregular puede provocar el desarrollo de pólipos inflamatorios^{2,3}.

En cuanto a la EC, la diarrea suele ser sin sangre pero hay dolor, fiebre (no muy alta), pérdida de peso, dolor tipo cólico de carácter suboclusivo (que empeora con la ingesta y mejora con la evacuación), pérdida de peso... Suelen predominar los síntomas sistémicos,

diarrea de mayor volumen, dolor abdominal con masa palpable, desarrollo de fístulas, estenosis, abscesos intraabdominales, fibrosis...^{2,3,4}.

La EC y la CU presentan evoluciones diferentes. Ambas pueden extenderse con el tiempo; en el caso de la CU, ocurre de forma proximal y en el caso de la EC, la clínica evoluciona en la mayoría de los casos desde un patrón no estenosante y no perforante (es decir, inflamatorio, que cursa con inflamación), a patrones estenosantes (que cursan con cuadros suboclusivos u obstrucción intestinal) o perforantes (con abscesos intraabdominales y fístulas)^{2,4}.

Ambas enfermedades fueron clasificadas en 2005 por la Organización Mundial de Gastroenterología según su forma clínica y evolución (*Tablas 1 y 2*).

Tabla 1. Clasificación de la CU según la Organización Mundial de Gastroenterología (Montreal, 2005)⁵

EXTENSIÓN EXTENT	E1. Proctitis ulcerosa
	E2. CU izquierda o distal
	E3. CU extensa/pancolitis
GRAVEDAD SEVERITY	S0. Remisión clínica
	S1. Leve: 4 o menos deposiciones diarias, ausencia de síntomas sistémicos y marcadores de inflamación normales.
	S2. Moderada: 5 o más deposiciones al día con mínimos signos de afectación sistémica
	S3. Grave: al menos 6 deposiciones al día, taquicardia, fiebre, anemia y elevación de la Velocidad de Sedimentación Globular.

Tabla 2. Clasificación de la EC según la Organización Mundial de Gastroenterología (Montreal, 2005)⁵

EDAD AL DIAGNÓSTICO AGE	A1. Hasta los 16
	A2. Entre los 17 y los 40
	A3. Por encima de los 40
LOCALIZACIÓN LOCATION	L1. Íleon distal, incluyendo ciego por contigüidad
	L2. Colon
	L3. Ileocólica
	L4. Se añade a las anteriores si hay afectación del tubo digestivo alto (desde la boca al íleon proximal)
COMPORTAMIENTO BEHAVIOUR	B1. No estenosante, no perforante (es decir, inflamatorio)
	B2. Estenosante
	B3. Perforante
	p. Se añade a las anteriores en caso de enfermedad perianal

Una de las complicaciones de la EII es el megacolon tóxico; afección fulminante que cursa con dilatación del colon. En el caso de la EC, el desarrollo de fibrosis parietal posterior hace que el riesgo de megacolon tóxico esté presente principalmente en los primeros años; sin embargo, en la CU puede desarrollarse en cualquier punto del curso de la enfermedad. Otra

complicación potencial es la perforación del colon en formas fulminantes de la enfermedad. Además, el paciente de EII tiene un mayor riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal respecto a la población sana^{2,4}.

Sin embargo, los síntomas y complicaciones de la EII no solo se limitan al sistema digestivo, ya que hasta en un 25-30% de los pacientes pueden aparecer las denominadas manifestaciones extraintestinales; es decir, clínica relacionada con la enfermedad pero que afecta a otros sistemas o aparatos. Puede ser de carácter osteoarticular, dermatológico, oral, ocular, hepático o incluso sistémico tal como la amiloidosis y complicaciones tromboembólicas. Además, la persona puede experimentar efectos secundarios asociados a los fármacos que forman parte del tratamiento de la EII (corticoides, terapias biológicas, etc.). Pero más allá de los síntomas físicos, la persona también sufre consecuencias psicológicas como puede ser el trastorno de la imagen, desvalorización, depresión y la necesidad de adaptación a un nuevo estilo de vida y una nueva situación de salud con la condición de cronicidad^{2,6}.

Debido a los síntomas de la EII, y sobre todo a aquellos inherentes a los periodos de actividad, el paciente puede sufrir un impacto negativo destacable en su calidad de vida, pudiéndose ver incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria. Debido a que son patologías crónicas y además presentan un desarrollo impredecible, la persona se ve forzada a buscar atención sanitaria no programada, es decir, de carácter urgente. Esta es una de las razones por las que la EII se sitúa como una de las patologías crónicas que suponen un mayor consumo de recursos sanitarios. Se estima que dichos gastos, en casos como la enfermedad de Crohn, pueden alcanzar los 7000 € por paciente y año. Además, a esto se une la complejidad de un tratamiento farmacológico de características muy diversas⁷.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la EC y de la CU es mayor en países desarrollados, lo que puede indicar que se ve influenciada por factores ambientales. La prevalencia de la EC actualmente supone de 10 a 200 casos por cada 100000 habitantes; es decir, en torno a un millón de personas en Europa padecen EC. En concreto, en España se diagnostican 6-9 casos nuevos por cada 100000 habitantes cada año. La edad de presentación suele estar entre 15-35 años y hasta el 20% de los casos se diagnostica en edad pediátrica^{8,9}.

La EC se relaciona con el nivel alto de desarrollo económico y el factor de riesgo modificable más importante es el tabaco. El hábito tabáquico se relaciona con empeoramiento de la clínica y desarrollo de fístulas, mayor número de intervenciones quirúrgicas, mayor riesgo de recaídas... En cuanto a la CU, se calcula una incidencia de en torno a unos 7 casos nuevos cada año por cada 100000 habitantes. Sin embargo, en este caso, el tabaco resulta poseer carácter protector⁸.

1.3 ETIOLOGÍA

Alrededor de un 10% de los casos con EII presenta antecedentes familiares. Si un familiar de primer grado presenta la enfermedad, existe un riesgo del 2-10% de desarrollarla.

Esta patología parece poseer una etiología de carácter poligénico con efectos solapados de diversos genes, salvo en los casos de EC pediátrica grave que está asociada a mutaciones autosómicas recesivas del gen codificador de la interleucina-10. En el desarrollo de la EII se ven implicados genes relacionados con el reconocimiento de microorganismos por parte del sistema inmunitario innato; genes que regulan el proceso de autofagia; genes que regulan la activación, la proliferación y la supervivencia de los linfocitos; genes relacionados con la función de barrera intestinal... se han relacionado más de 150 genes diferentes con la EII¹.

Una hipótesis muy extendida sugiere que son factores ambientales o infecciones los que pueden alterar la barrera del epitelio y generar la pérdida de tolerancia a componentes de la luz intestinal. Aunque se cree que los hábitos de vida de los países industrializados (donde es más frecuente la incidencia de EII) son un factor para el desarrollo de la enfermedad, es probable que sea la posibilidad de adquirir asistencia sanitaria generalizada lo que hace que quede un número menor de pacientes sin diagnosticar. Otra teoría sobre los posibles factores que influyen en el desarrollo de EII sería la denominada “hipótesis de la higiene”, según la cual el que un individuo en su infancia se viera menos expuesto a la contaminación por microbios podría jugar un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. También se cree que la lactancia materna supondría un factor protector. Sin embargo, estas son hipótesis todavía por confirmar⁸.

1.4 PATOGENIA

En la EII se produce la inflamación intestinal como consecuencia de una respuesta inmune anormal frente a componentes presentes en la luz intestinal en individuos que están genéticamente predispuestos. La causa de esta reacción parece ser un error en la interpretación del estímulo, o bien en la regulación de la respuesta inmunitaria, lo que produce un desequilibrio entre factores pro- y antiinflamatorios. Todo ello lleva a la activación descontrolada del sistema inmunitario en el intestino en un fenómeno denominado “pérdida de tolerancia” el cual consiste en la producción de células inmunitarias por parte de la lámina propia y de la submucosa, responsables del daño tisular. En concreto, la citocina Interleucina-10 es la responsable de la homeostasis gastrointestinal a través de la limitación de las respuestas inflamatoria e inmune^{1,2}.

Es por ello que el tratamiento va enfocado hacia el mantenimiento de la inflamación considerada fisiológica, una inflamación controlada propia de individuos sanos. Son diversos los factores que influyen en la aparición de la inflamación intestinal; alta permeabilidad en la barrera epitelial, alteraciones en la respuesta de inmunidad innata, ineficaz aclaramiento de bacterias en la luz intestinal...²

1.5 TRATAMIENTO

La EII no posee un tratamiento curativo, sino encaminado a evitar la inflamación patológica que se produce en el intestino y así curar las lesiones que se producen a la vez que se palian los síntomas. Sin embargo, se trata de una enfermedad tan compleja que el

tratamiento debe ajustarse en función de la persona y su situación particular, siendo en ocasiones muy difícil de manejar⁹.

1.5.1 TRATAMIENTO DIETÉTICO

Debido a que la EII afecta al tubo digestivo, estos pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar carencias nutricionales en cualquier fase del curso de la enfermedad. Esto se puede traducir en pérdida de peso, anemia, enfermedad del metabolismo óseo, retraso en el desarrollo en niños y adolescentes y mayor riesgo de cirugía^{9, 10}.

En el caso de la EII se debe tener especial cuidado con proteínas, calcio y hierro; la prevalencia de desnutrición calórico-proteica varía entre un 20 y un 85% dentro de este colectivo. En casos concretos se puede utilizar la nutrición enteral específica. Se debe recordar que la afectación del intestino delgado se asocia a un mayor riesgo de desnutrición y diarrea por malabsorción de sales biliares por delante de la afectación limitada al colon, por lo que será más frecuente la desnutrición en la EC; esto se debe a que en el colon, los ácidos biliares secundarios inducen la secreción de agua y electrólitos, impiden la reabsorción de sodio y aumentan la motilidad intestinal provocando diarrea y dificultando la absorción de lípidos y vitaminas liposolubles. Se aconseja realizar cinco ingestas al día en cantidades moderadas para evitar sobrecargar el intestino. Pese a que no hay alimentos prohibidos para el paciente de EII, una dieta equilibrada favorece la calidad de vida; sin embargo sí se desaconsejan las bebidas excitantes o estimulantes así como las bebidas con gas y los alimentos picantes con objeto de evitar la irritación. Durante un brote de la enfermedad, solo se deben evitar aquellos alimentos que aumenten los síntomas (según cada caso), moderar la ingesta de grasas, azúcares, lácteos y mantener una dieta pobre en fibra en caso de patrón estenosante de EC o brote de CU grave. Se recomienda la ingesta de ácidos grasos ω -3 ya que tienen propiedades antiinflamatorias. Los ácidos grasos ω -6, pese a poseer efectos proinflamatorios, ejercen efectos positivos como el retraso del crecimiento de *Helicobacter pylori*. Además, se recomienda beber abundante agua (2 L/día)^{9, 10}.

Se puede optar por la nutrición artificial en caso de ser insuficiente la convencional para cubrir las necesidades de la persona o bien en aquellos pacientes que no toleren la nutrición enteral⁹.

1.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para el tratamiento se pueden usar fármacos como aminosalicilatos, antibióticos, corticoides, inmunosupresores y los denominados como “fármacos biológicos” en función de si la persona está en brote o remisión y de la gravedad de los síntomas:

Aminosalicilatos: actúan sobre el epitelio, bloqueando enzimas y mediadores de la inflamación en el colon (prostaglandinas y leucotrienos). Son los primeros fármacos que se usan tanto para inducir como para mantener la remisión en la CU de actividad leve-moderada. Previenen el cáncer colorrectal en pacientes con EII. Ejemplos:

- Vía oral: sulfasalazina y mesalazina
- Vía rectal: mesalazina

La sulfasalazina produce efectos secundarios en el 33-50% de los pacientes; sin embargo la mesalazina es bien tolerada e inocua (se puede usar durante el embarazo y lactancia)⁹.

Antibióticos: inducen la remisión en EC perianal y situaciones como megacolon tóxico, sepsis, absceso o sospecha de perforación⁹.

- Vía oral: ciprofloxacino, metronidazol.

Corticoides: se usan en brotes moderados y graves. Se calcula que un 30% de los pacientes se convierte en corticodependiente y otro 30% sufre enfermedad refractaria a corticoesteroides. Por ello no se deben usar como tratamiento de mantenimiento. Provocan efectos secundarios crónicos en tratamientos largos o de altas dosis. Su dosis debe reducirse progresivamente y se deben administrar junto con calcio y vitamina D para prevenir efectos secundarios. Los corticoides sistémicos más usados son:

- Vía oral: beclometasona, budesonida, deflazacort, metilprednisolona, prednisona.
- Vía rectal: beclometasona, budesonida

Por otro lado hay corticoides de baja disponibilidad aparte de los sistémicos, que son de uso oral y tópico, con acción local⁹.

Inmunosupresores: inhiben la proliferación y acción de los linfocitos T y B. son fármacos seguros y controlados cuyo uso va en aumento.

- Vía oral: azatioprina, mercaptopurina, ciclosporina, metotrexato, micofenolato de mofetilo
- Vía subcutánea: metotrexato
- Vía intravenosa: ciclosporina

Los tiopurínicos (azatioprina y mercaptopurina) se indican en EI corticodependiente, refractaria, toxicidad corticoidea, retraso del crecimiento (niños), prevención de recurrencia tras cirugía, EC con patrón penetrante, enfermedad perianal... En caso de seguir este tratamiento no se recomienda suspenderlo en embarazo y lactancia debido a que los beneficios de continuar el tratamiento son mayores que los riesgos en caso de cese. Debido a sus posibles efectos secundarios, se debe realizar control analítico⁹.

En el tratamiento con metotrexato, se deben tener en cuenta sus características teratogénicas; su efecto es similar al del ácido fólico, limitando (a dosis bajas) la proliferación de leucocitos. Por ello es útil para inducir y mantener la remisión en la EC⁹.

En cuanto a los anticalcineurínicos (ciclosporina), suprimen los mediadores locales de la inflamación (calcineurina). Son muy usados en brotes agudos de CU corticorefractaria, induciendo remisión en un 80% de los casos que se mantiene al asociarse con otro inmunosupresor. Requieren un control riguroso de niveles plasmáticos⁹.

Fármacos biológicos: Se refiere a un grupo de fármacos, consistentes en anticuerpos monoclonales con efecto específico sobre una diana celular. Pueden emplearse tanto en brote como en remisión. Los fármacos biológicos actualmente aprobados para su uso en enfermedad inflamatoria intestinal son:

- Infliximab: anticuerpo monoclonal con actividad anti-TNF. Fármaco intravenoso, cuyo uso está aprobado en CU y EC, tanto para alcanzar remisión como para mantenimiento.
- Adalimumab: anticuerpo monoclonal totalmente humanizado con actividad anti-TNF. Indicado para remisión y mantenimiento en EC y CU.
- Golimumab: anticuerpo monoclonal con actividad anti-TNF. Aprobado para remisión y mantenimiento en CU.
- Certolizumab: anticuerpo monoclonal totalmente humanizado con actividad anti-TNF. Indicado para remisión y mantenimiento en EC.
- Vedolizumab: anticuerpo monoclonal con actividad anti-integrina $\alpha 4\text{-}\beta 7$. Actúa selectivamente a nivel intestinal. Está indicado en EC y en CU para inducción y mantenimiento
- Ustekinumab: anticuerpo monoclonal que actúa inhibiendo la actividad de las interleucinas IL-12 e IL-23. Indicado tanto en remisión como en mantenimiento de EC y CU^{11, 12}.

Se trata de fármacos seguros, indicados principalmente en EII que no responde al tratamiento con corticoides (cortirrefractaria) o que precisa de una dosis mínima de corticoides para su mantenimiento en remisión (corticodependiente). Se usan también en aquellos pacientes que no responden al tratamiento con tiopurinas o que no las toleran. Sus principales efectos adversos son aquellos relacionados con la infusión de los mismos^{11, 12}.

1.5.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando el paciente no responde al tratamiento farmacológico, o bien ha desarrollado una complicación de la enfermedad como puede ser la perforación, se utiliza el tratamiento quirúrgico. En el caso de la EC, la cirugía no es curativa pero sí puede paliar los síntomas en caso de ser graves; sin embargo, hay un mayor riesgo de recidiva. El tipo de intervención en EC y CU se determina según la evolución y las complicaciones de la enfermedad. Las más frecuentes son: resección ileocecal (con anastomosis ileocólica), colectomía total (con anastomosis ileorrectal), protocolectomía total (con ileostomía), protocolectomía restauradora (con reservorio ileoanal). En algunas ocasiones las ostomías pueden volver a cerrarse⁹.

2. JUSTIFICACIÓN

Las cifras de incidencia y prevalencia de la EII se encuentran en ascenso y con ello, también la complejidad de este tipo de pacientes. Esto hace necesaria la formación de profesionales que sean capaces de ofrecer una asistencia individualizada de forma adecuada. El paciente debe afrontar un nuevo estado de salud crónico que implica diversos cambios en su estilo de vida, así como diferentes tipos y episodios de síntomas causados bien por el transcurso de su enfermedad, bien por sus complicaciones, y que crea inseguridad, dudas, sentimiento de vulnerabilidad y una situación de estrés^{7, 13, 14}.

Además, la atención que precisa debe ser rápida con objeto de evitar un empeoramiento de los síntomas de la enfermedad y las consecuencias que conlleva (problemas sociales, laborales y emocionales para la persona) y así mejorar su pronóstico. Esto pone de manifiesto la necesidad de un acceso fácil y rápido a un profesional sanitario que posea las competencias para atenderlo de forma adecuada y eficaz^{7, 14}.

Por otro lado, la EII suele afectar mayormente a personas en edad productiva o formativa, y crea en ellos un impacto destacable en su calidad de vida, lo cual se manifiesta a través tanto del uso de recursos sanitarios como en el impacto laboral. Debido a que se trata de patologías crónicas que, además, presentan un desarrollo impredecible, la persona se ve forzada a buscar atención sanitaria no programada, lo que también supone un aumento del consumo de recursos sanitarios^{7, 14}.

Por todo ello, es crucial conocer los ámbitos en los que el profesional de enfermería puede actuar de manera que se pueda mejorar la asistencia sanitaria y a su vez la calidad de vida del paciente de EII. La atención temprana y especializada puede evitar un agravamiento de los síntomas y esto disminuiría los ingresos hospitalarios y la demanda de atención urgente, mejorando el pronóstico, disminuyendo el impacto de la enfermedad en la persona y mejorando su calidad de vida. Además, el apoyo enfermero al paciente puede aumentar el sentimiento de control de la enfermedad y aportar una mayor sensación de seguridad a la persona^{7, 14}.

Enfermería posee un papel fundamental dentro de las unidades especializadas de EII y ejerce funciones muy diversas, encaminadas a una atención holística e integral de la persona y de su entorno más próximo.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo de este trabajo es conocer y reflejar las posibles intervenciones por parte del profesional de enfermería que posibiliten una mejoría de la calidad de vida del paciente de EII.

Objetivos específicos;

- Conocer las necesidades específicas del paciente de EII.
- Identificar la importancia del desarrollo e implantación de unidades multidisciplinarias que permitan una adecuada atención sanitaria al paciente de EII.

- Conocer el impacto sanitario de la implantación de una consulta de enfermería especializada.

4. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de artículos, manuales, libros y publicaciones sobre el tema que abarca este trabajo; el papel de enfermería en el curso de la EII. Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, SciELO, CUIDEN y Cochrane; se han usado también el buscador *Google Académico* y la página oficial del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) para la obtención de la información.

Previamente a la búsqueda bibliográfica se establecieron criterios de inclusión y exclusión inherentes a toda búsqueda que se vaya a realizar. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión;

- Artículos publicados en los últimos 5 años (2013-2018). En el caso de libros y manuales, publicados en los últimos 10 años.
- Publicaciones en castellano, inglés y portugués.

Los criterios de exclusión establecidos fueron;

- Artículos de opinión, casos clínicos, literatura gris
- Artículos cuya información no se ajustaba al tema de este trabajo

La presente revisión tuvo lugar en el año 2018, entre los meses de enero y mayo, en las bases de datos y buscadores ya mencionados.

Tras la consulta de los tesauros DeCS y MeSH, se escogieron las palabras clave; Enfermedad de Crohn/*Crohn's disease*, Colitis Ulcerosa/*Ulcerative Colitis*, enfermería/*nursing*, calidad de vida/*quality of life*. Además se han utilizado como palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal/*Inflammatory Bowel Disease*.

Se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR" con objeto de crear combinaciones con las palabras clave previamente enumeradas y obtener así información ajustada a la requerida. También se utilizó el truncamiento enfermer* y nurs*.

En la *Tabla 3* se recogen detalles de la búsqueda bibliográfica que se ha seguido.

Finalmente los artículos, libros y manuales utilizados en el presente trabajo han sido un total de 20.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda utilizada

	PubMed	SciELO	Cochrane	CUIDEN
(("Crohn") OR "colitis ulcerosa") AND enferm*	453 resultados Se seleccionan 22	363 resultados Se seleccionan 2	62 resultados No se selecciona ninguno	72 resultados No se selecciona ninguno
(("Crohn") OR "ulcerative colitis") AND nurs*	58 resultados Se seleccionan 2	5 resultados No se seleccionan	1 resultado No se selecciona	15 resultados No se selecciona ninguno
("Enfermedad Inflamatoria Intestinal") AND enfermer*	1 resultado Se selecciona	6 resultados Se seleccionan 3	1 resultado No se selecciona	27 resultados Se selecciona 1
("Inflammatory Bowel Disease") AND nurs*	201 resultados Se seleccionan 2	0 resultados	0 resultados	0 resultados
("Enfermedad Inflamatoria Intestinal") AND calidad de vida	1 resultado No se selecciona	20 resultados Se seleccionan 4	12 resultados No se selecciona ninguno	7 resultados No se selecciona ninguno
("Inflammatory Bowel Disease") AND (<i>quality of life</i>)	1722 resultados Se seleccionan 11	36 resultados Se seleccionan 2	178 resultados No se selecciona ninguno	4 resultados No se selecciona ninguno

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1. IMPACTO DE LA EII EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Una enfermedad de carácter crónico produce síntomas a lo largo del tiempo que alteran la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria y sus tratamientos médicos suelen tener una eficacia limitada. Además, el propio tratamiento puede tener efectos negativos físicos y/o psicológicos en la persona. Diversos autores afirman que los individuos diagnosticados con una enfermedad crónica suelen experimentar un deterioro de la imagen y de la autoestima, siendo difícil para ellos la aceptación de su nuevo estado de salud. La enfermedad puede transformarse en el centro de la vida de la persona y esta puede sentir limitaciones en su libertad y en su identidad. El individuo suele pasar por diferentes etapas desde el diagnóstico de la enfermedad: angustia, lucha por la adaptación, búsqueda de estrategias de enfrentamiento y, finalmente, adaptación. Al comienzo podemos distinguir etapas similares a las del duelo, según el modelo de Elisabeth Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El diagnóstico de la enfermedad crónica deja vulnerable a la persona frente a sentimientos como la soledad, la fragilidad y el miedo⁶.

La EII es poco conocida por la sociedad y la población no está familiarizada con ella. La incompreensión, el curso imprevisible de la enfermedad, la necesidad de asegurarse de disponer de un aseo, el miedo a las consecuencias del desarrollo de la enfermedad... son elementos que afectan a estos pacientes en su vida diaria. Es por ello que en torno al 75% de los afectados ha sufrido sentimientos de depresión en algún punto del curso de la enfermedad. Además, el 27% asegura haber sido objeto de burla como consecuencia de la frecuentación del aseo. La afectación se extiende al plano social y laboral, repercutiendo en actividades de la vida diaria: puede provocar ausencias en centros de estudios, influir su ánimo en decisiones importantes, dificultar su vida laboral por la sintomatología, etc.⁹

Los propios pacientes sufren desconcierto, desconocimiento y sentimiento de vulnerabilidad. Por ello, suelen plantear dudas específicas acerca de su enfermedad para comprenderla mejor: conocer su causa, sus síntomas, complicaciones, su tratamiento, si serán capaces de seguir con su vida social, qué actitudes y hábitos son positivos para ellos... Esta necesidad de información se ve incrementada en el momento del diagnóstico y en aquellos diagnosticados desde hace un periodo largo de tiempo pero que afirman no haber recogido suficiente información cuando fueron diagnosticados. Es importante que el profesional adecúe la información a cada persona, con fin de evitar confusión e incompreensión. Siempre se debe conocer hasta dónde desea saber la persona¹⁵.

La EII altera la calidad de vida y genera periodos de disconfort que, además, pueden implicar hospitalizaciones, procedimientos médicos y una parada repentina de la vida laboral, familiar y social de las personas afectadas. Por todo esto, enfermería debe comenzar a actuar desde el momento del diagnóstico con el fin de ayudar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento, y aportar información, apoyo psicológico, seguimiento y facilidad de contacto con el profesional. En el curso de la enfermedad, el enfermero puede ofrecer educación para mejorar la calidad de vida, facilitar tratamientos en caso de exacerbación así como pruebas e incluso ingresos hospitalarios^{6, 15}.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, el cuestionario *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ), el cual fue desarrollado por Guyatt et ál. en 1989, es el más utilizado en el campo de la EII (*Anexo I*). En un estudio realizado por López Cortés et ál.¹⁵ en el cual se realizó este cuestionario, los varones obtuvieron una puntuación superior a la del grupo de mujeres, lo que supone una mejor calidad de vida en hombres. Además, en función de la enfermedad, los pacientes de CU obtuvieron una puntuación mayor. Sin embargo, fueron pocos los que presentaron incapacidad permanente parcial o total debido a que se consideran enfermedades no incapacitantes a pesar de que sí se demostró que se trata de afecciones con tendencia a la incapacidad. Resultados similares fueron encontrados en estudios similares utilizando el IBDQ^{6, 15}.

5.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA EII

Actualmente se impulsa un paradigma de fomento de la educación en los autocuidados para complementar la educación que tradicionalmente se ha dado al paciente, con el fin de que la persona viva con la mayor calidad de vida posible su condición de enfermo crónico. El profesional de enfermería puede ocupar ese papel de apoyo del paciente y de educador¹³.

Para la EII, el rol de enfermería comprende: gestión de casos, educación para la salud del paciente y su entorno, coordinación con otros profesionales, apoyo del paciente, rol investigador, ejercicio de la función asistencial mediante la administración de tratamientos pautados por el facultativo y de vacunaciones, seguimiento del paciente (vacunación, otras enfermedades...) y las correspondientes curas, desarrollo de una atención continuada, fomento de la participación activa del paciente en su autocuidado... Sin embargo, es necesaria la formación de profesionales especializados que reúnan un conjunto de competencias¹³.

El enfermero debe tener conocimientos sobre la EII, sobre las enfermedades crónicas, sobre farmacología, especialmente sobre aquellos fármacos usados en el campo de esta enfermedad y además, poseer un rol autónomo. También es deseable que posea habilidades de comunicación, una relación de ayuda con el paciente, la capacidad de realizar un adecuado manejo del enfermo crónico y del estrés y, sobre todo, empatía. El enfermero debe poseer actitud de escucha, abierta, tranquilizadora, educativa y siempre receptiva¹³.

Pese a las necesidades concretas de este tipo de paciente, son pocas las comunidades que ofrecen una atención específica para la EII. A nivel nacional podemos encontrar el Grupo Enfermero de Trabajo en EII (GETEII).

A continuación se desarrollan intervenciones específicas que enfermería realiza dentro de la Unidad de EII.

5.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento, además de incluir el adecuado seguimiento de la pauta farmacológica, también implica una serie de modificaciones en el estilo de vida con objeto de obtener los mayores beneficios posibles, lo que implica de forma activa al paciente dentro del control de su enfermedad y no se le concibe como un elemento pasivo⁹.

Pese a que nunca es posible asegurar una buena evolución a pesar de que la persona siga todas las pautas recomendadas, sí es cierto que una mala adherencia implica un mayor

riesgo de recidiva de la enfermedad así como de complicaciones de la misma. También se ha demostrado que el cumplimiento terapéutico se traduce en mayor probabilidad de mantenimiento de la etapa de remisión. Para una mejor adherencia es esencial construir una relación de confianza con el paciente desde la empatía. Para cualquier persona, el diagnóstico de una EI supone un impacto emocional y hace que se vea obligada a modificar sus hábitos, viéndose también disminuida su calidad de vida en muchas ocasiones. Igualmente, se debe tener en cuenta que un tratamiento prolongado en el tiempo y las múltiples tomas de fármacos se relacionan con un mayor riesgo de abandono del tratamiento y una peor adherencia (por ejemplo por olvido de tomas)⁹.

Es por ello que el afectado necesita de un profesional conocedor de su patología, el cual le apoye y le guíe y realice un seguimiento de la enfermedad así como de la adherencia al tratamiento. Enfermería puede aumentar los conocimientos de la persona, potenciar el autocuidado de la persona y mejorar la comprensión y manejo de la enfermedad, lo que supone una disminución del nivel de ansiedad².

5.2.2. HÁBITO TABÁQUICO

Dentro de este hábito, cabe hacer una distinción entre EC y CU.

Uno de los factores ambientales más fuertemente relacionados con el desarrollo de la EC es el tabaquismo. Se asocia tanto a la predisposición a la enfermedad como a una peor evolución clínica; incrementa la prevalencia de complicaciones como estenosis y fístulas, enfermedad perianal, cirugía y recurrencia tras la cirugía, además de reducir la eficacia de ciertos tratamientos de la enfermedad. El paciente debe saber el riesgo que supone el hábito tabáquico y, en caso de ser fumador, debe ser aconsejado para la deshabituación tabáquica, ya que esta se relaciona con la disminución del riesgo de la actividad de la enfermedad en un 65% frente a los pacientes que continúan con el hábito, lo que influye de forma positiva en el curso de la enfermedad. Con esta finalidad, se debe realizar una adecuada anamnesis sobre el hábito tabáquico de los afectados. Se ha demostrado que los pacientes que sí conocen las posibles consecuencias del tabaquismo sobre su enfermedad, intentarán la deshabituación con mayor frecuencia que la población general, siendo esto un indicativo del beneficio de una adecuada educación para la salud^{2,9}.

Por otro lado, según diversos estudios realizados hasta la fecha, parece ser que el tabaquismo puede constituir un factor protector frente a la CU. Se asocia con un menor riesgo de desarrollo de esta enfermedad, así como un aumento de la incidencia de la enfermedad en el caso de aquellos que abandonan el hábito. Todavía no se conoce con exactitud el mecanismo de acción de la nicotina en este tipo de patología, pero se cree que puede tener un papel regulador de las respuestas inmune e inflamatoria. Pese a ello, se debe seguir recomendando la deshabituación tabáquica debido al riesgo que conlleva para la salud general^{2,9}.

El profesional de enfermería es esencial en la deshabituación tabáquica. En caso de encontrarse la persona en una fase de precontemplación, a través de la educación sanitaria se puede impulsar a esa persona a contemplar el abandono del hábito. En caso de tratarse de una persona que contempla o intenta abandonar el hábito, el profesional sirve de apoyo, anima al paciente y le ofrece los recursos de que dispone el profesional: grupos de ayuda, estrategias de afrontamiento, asesoramiento psicológico, técnicas o tratamientos..., además de realizar un adecuado seguimiento para procurar un logro y mantenimiento de la deshabituación. En caso

de recaída, el profesional debe alentar y apoyar al paciente, evitando caer en el error de reprender a la persona y reforzando los aspectos positivos^{2,9}.

5.2.3. NUTRICIÓN

Respecto a este factor, se debe realizar una valoración del estado nutricional conjunta con el facultativo ya que se deben tener en cuenta diversos factores. Esta debe incluir una adecuada anamnesis, un examen físico (índice de masa corporal, antropometría; pliegue tricipital, pliegue subescapular, perímetro del brazo...) síntomas, localización de la afección, si existen o no estenosis intestinales, análisis de sangre para conocer el nivel de proteínas y vitaminas. Enfermería puede asesorar nutricionalmente al paciente en conjunto con el facultativo en caso de ser necesario.

El paciente puede desconocer qué alimentos pueden o no ser beneficiosos, por lo que enfermería puede orientarle. También es posible que la persona necesite hacer uso de suplementos vitamínicos. Pese a que se pueden hacer recomendaciones generales como las que se realizan actualmente a la población general, es cada individuo el que debe probar qué alimentos le sientan mejor y qué alimentos les sientan peor, si bien es cierto que el profesional les puede recomendar evitar alimentos susceptibles de afectación intestinal como bebidas carbonatadas, excitantes, alimentos picantes... Sin embargo, no existe evidencia de que se deba evitar el consumo de fibra^{9,16}.

5.2.4. ESTRÉS

Se ha demostrado que el estrés, ya sea físico o psíquico, puede desencadenar, o empeorar, el curso clínico de diferentes enfermedades gastrointestinales. A él se le atribuyen alteraciones digestivas como el desarrollo de úlceras gástricas, alteración en la absorción de agua y electrolitos, afectación del peristaltismo, disfunción de la barrera intestinal (lo que se relaciona con el incremento de la permeabilidad del epitelio)...⁶

Es probable que el enfermero deba educar al paciente para afrontar situaciones de estrés a través de terapias de relajación, las cuales han demostrado ser muy beneficiosas en la reducción de síntomas asociados y en la mejoría de la calidad de vida percibida. El apoyo por parte del profesional y la búsqueda del refuerzo del apoyo por parte del entorno del paciente, le ayudan a sobrellevar la situación y a crear vínculos más cercanos y con mayor empatía. Es bastante común el uso de psicofármacos debido a la elevada prevalencia de trastornos de carácter psicológico en los pacientes tales como la ansiedad y la depresión¹³.

5.2.5. SEXUALIDAD

Aspectos como la fatiga, el dolor abdominal, las deposiciones diarreicas, la ansiedad, la baja autoestima... influyen directamente sobre la sexualidad y el deseo de la persona. Algunos síntomas, como la afectación perianal en la EC, pueden producir dolor debido a las fístulas y supuraciones, interfiriendo así de forma directa en la sexualidad y determinando que la persona acabe por evitar los contactos de este tipo. Otra complicación que puede causar dispareunia e infecciones es el desarrollo de fístulas rectovaginales. Todo esto se traduce en disfunciones sexuales que dificultan la satisfacción en los pacientes con EII. Sin embargo, son

las alteraciones anímicas las que más riesgo suponen dentro de la necesidad de sexualidad de la persona⁹.

Algunos fármacos pueden afectar a la libido o a la imagen corporal (los corticoides pueden afectar al humor, aumentar el apetito y el peso). En cuanto a la cirugía, pese a preocupar con frecuencia a los pacientes, no suele afectar de forma negativa al deseo ni a la satisfacción. En cuanto a los anticonceptivos, no existen contraindicaciones diferentes a la población general, salvo el caso del DIU, el cual se recomienda evitar por ser posible causa de irritación abdominal. Es importante que el profesional aporte toda la información que el paciente desee obtener⁹.

Enfermería puede ejercer de apoyo psicológico a la persona y puede fortalecer el apoyo que el entorno le aporta al paciente. Además, en caso de ser necesario puede derivar la persona a otros profesionales o bien aportar recursos como el acceso a grupos de ayuda.

5.2.6. EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA

Pese a no tratarse de una enfermedad hereditaria, la EI sí posee factores genéticos que influyen en su desarrollo los cuales deben ser conocidos por los futuros padres. En caso de existir un único progenitor con EI, el riesgo de que el hijo presente también alguna de estas enfermedades es 10 veces mayor que en la población general, lo cual supone un 3,6% de probabilidad. Si ambos presentan la enfermedad, se estima un 20% de probabilidad. También deben saber que el riesgo es mayor en progenitores con EC que con CU².

Se debe aconsejar a la mujer que, en caso de decidir quedar embarazada, intente que la concepción ocurra tras, al menos, 3 meses de remisión de la enfermedad para evitar posibles complicaciones en el embarazo. Estas complicaciones incluyen la prematuridad y el aborto con una frecuencia de hasta el 35%, siendo más frecuentes en la EC. Además se asocia a un mayor riesgo de enfermedad persistente. Sin embargo, la evolución parece ser similar a la que la persona desarrollaría sin embarazo^{2, 17}.

Es importante que la persona sepa que síntomas como el reflujo y la alteración del ritmo intestinal (como diarreas o estreñimiento) son normales. Se intenta mantener la remisión de la enfermedad a través del uso de fármacos con mayor seguridad para su uso en el embarazo, como algunos salicilatos. El uso de corticoides, en caso de ser necesarios, produce beneficios que superan destacablemente los posibles riesgos asociados al mismo. Los antibióticos se deben evitar en la medida de lo posible. Por lo general, los fármacos usados en EI suelen ser seguros, a excepción de la talidomida y el metotrexato. La exposición del feto a cualquier fármaco siempre debe limitarse lo máximo posible. Es importante que los pacientes reciban información para evitar el abandono de los diversos tratamientos².

El tipo de parto irá en función tanto de los factores obstétricos como de si existe enfermedad perianal activa y de la existencia de reservorio ileoanal. Una episiotomía podría implicar el futuro desarrollo de una fístula si existe enfermedad perianal; en caso de haber reservorio existe el riesgo de que se desarrolle una futura incontinencia. Por ello, en estas dos excepciones se preferirá la cesárea sobre el parto vaginal. Enfermería debe poseer estos conocimientos para la adecuada asistencia al parto^{2, 17}.

En cuanto a la lactancia, pese a ser recomendada por defecto para cualquier recién nacido, siempre se atenderá a si los fármacos pueden pasar o no a la leche materna^{2, 17}.

5.2.7. VACUNACIÓN

Además del seguimiento del programa vacunal establecido en cada zona, se deben atender a ciertas consideraciones en cuanto a los pacientes de EII. Se debe evitar administrar vacunas de virus vivos en cualquier recién nacido hasta haber cumplido los primeros 6 meses en caso de exposición a anti-TNF durante la gestación^{9,17}.

Tras el diagnóstico de EII, se debe comprobar el estado de inmunización de la persona. En caso de existir compromiso del sistema inmune, se retrasará cualquier vacuna de virus vivos atenuados hasta tres meses después de la finalización del tratamiento inmunosupresor. Tras haber administrado una vacuna de virus vivos se aconseja esperar al menos un mes para el comienzo del tratamiento inmunosupresor y quince días en caso de vacunas de microorganismos inactivados^{9,17}.

5.3 UNIDADES DE EII

La Unidad de EII consiste en un equipo multidisciplinar compuesto por expertos en esta patología. Se enfoca hacia el abordaje y comprensión del paciente de forma holística e integral. Para posibilitar este hecho, han adoptado recursos telemáticos con objeto de mejorar el flujo de información entre el paciente y el sanitario (teléfono, correo electrónico...)⁷.

Los motivos de la demanda de atención sanitaria por parte de este tipo de paciente son diversos: un nuevo brote o clínica de la enfermedad, la valoración de la evolución clínica o un ajuste farmacológico si se precisa, consultas sobre fármacos, dudas sobre la enfermedad, dieta, pruebas complementarias, generación de citas en consulta, hospital de día, etc. En diferentes estudios se ha observado un crecimiento de la demanda de la consulta específica de EII y una aceptación muy positiva por parte de los pacientes^{7,18}.

5.3.1 IMPACTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE EII

Las funciones de enfermería dentro de la Unidad de EII son diversas y permiten un adecuado seguimiento del paciente, aportando una perspectiva integral y holística del individuo. De entre las actividades mencionadas se encuentran: acogida a los nuevos diagnosticados, seguimiento del paciente, información y educación al paciente y a su entorno acerca de su nueva condición de salud, resolución de dudas, conexión con otros profesionales, participación de forma activa en la investigación de la enfermedad y en la administración de los diversos tratamientos¹⁸.

Sin embargo, las competencias enfermeras más valoradas por parte de los pacientes son la escucha activa, las habilidades interpersonales y la empatía. Los pacientes de EII valoran especialmente el rol de la enfermería dentro de las unidades especializadas. Esto es visible a través del aumento progresivo de consultas telemáticas realizadas. El paciente incrementa especialmente el número de contactos con el profesional en fases de exacerbación de la enfermedad. Esta posibilidad supone un contacto rápido y directo con enfermeros con elevados conocimientos de su enfermedad, los cuales conocen el curso de la misma en cada persona de forma individual y holística. El aumento de la incidencia de estas enfermedades ha supuesto un aumento directamente proporcional de la demanda sanitaria y existe evidencia de que la implantación de enfermeros en Unidades de EII logra reducir el número de ingresos, reduce la estancia hospitalaria, incrementa el número de pacientes de EII capaces de manejar

su enfermedad de forma adecuada, ofrece al paciente una asistencia sanitaria de mayor calidad, se consigue descongestionar las consultas ambulatorias, se logra un ahorro económico considerable y mejora la calidad de vida de los pacientes^{18, 19, 20}.

Una de las herramientas más utilizadas en las Unidades de EII es el contacto telefónico. En un estudio observacional realizado en Vigo, España, entre los años 2009-2011, de un total de casi 2000 demandas telemáticas (casi en su totalidad a través de teléfono), el 89,9% fueron resueltas exclusivamente por vía telefónica. Además, el 70,8% de las demandas fueron resueltas por el profesional de enfermería, requiriéndose el apoyo del facultativo únicamente en el 29,1% restante. Dado que en el 82% de los casos es el paciente quien inicia la demanda, se podría deducir que se está evitando que el paciente consulte a través de otros medios como podría ser la asistencia en urgencias⁷.

En otro estudio observacional realizado en Majadahonda, España, entre los años 2010-2014 se calculó que, al resolver las necesidades de los pacientes de forma telemática, se evitaron más de 3500 consultas médicas así como más de 850 visitas al Servicio de Urgencias a lo largo de cuatro años, lo que supondría un total de más de 425000 € de ahorro sanitario¹⁸.

En un estudio similar realizado en EE. UU. entre los años 2009 y 2010, se registraron en una unidad especializada 2475 pacientes al comienzo del estudio y 3118 al final del mismo (dos años más tarde). Se registraron más de 20000 llamadas en el primer año y más de 30000 en el segundo año, lo que supone un incremento del 50% de las mismas. Ningún mes mostró un descenso en la actividad telefónica de la Unidad. El 52% de las llamadas de los pacientes fueron generadas a raíz de un problema identificado por los mismos²¹.

Además de estas cifras, podemos comprobar que la actividad enfermera dentro de la EII genera una adecuada asistencia sanitaria a través de la valoración de la satisfacción del paciente. Esto es visible en estudios observacionales como el de Casellas et ál.²¹, realizado en España entre los años 2010 y 2011, en el cual se encuestó a 290 pacientes de una Unidad de EII acerca de su satisfacción con el servicio. Este estudio demostró que los pacientes mostraban un alto nivel de satisfacción con la atención sanitaria brindada por estos servicios, siendo bastante similar entre la EC y la CU. Además, esto se mantenía más allá de la condición de salud individual²¹.

Según los resultados de la encuesta GESTIONA-EII, uno de cada cuatro gastroenterólogos no expertos en EII atiende a pacientes con estas afecciones. En el caso de unidades especializadas, se registró un mayor uso de inmunosupresores y terapias biológicas y también un menor número de intervenciones quirúrgicas. Esto se debe a que estos dos tratamientos poseen una mayor complejidad, por lo que eran derivados con mayor frecuencia a consultas especializadas. Además, se ha demostrado que el uso de la consulta telefónica y el apoyo de enfermería mejoran la comunicación entre profesional y paciente. Sin embargo aún es necesario implementar mejoras como la implementación de cirujano especialista o la necesidad de implantación de protocolos de derivación...²²

En resumen, un equipo de EII, y especialmente el papel enfermero dentro de él, supone para el paciente un apoyo y una guía que permiten mejorar la calidad de vida de esa persona en diferentes ámbitos de los reflejados previamente.

Los propios pacientes de la Unidad de EII muestran una rápida aceptación de esta atención, lo que se refleja en un aumento de la demanda de este tipo de unidades específicas. Esto se debe a que la Unidad de EII tiene un impacto muy positivo en el paciente de EII. Las consultas son resolutivas y evitan que el paciente acuda a otros servicios que podrían resultar no ser los más adecuados y retardarían, así, el tratamiento de la enfermedad.

La implantación y el desarrollo de Unidades especializadas implican una atención sanitaria más adecuada, rápida y efectiva para el paciente lo que ahorra gastos sanitarios evitables. Dentro de estas Unidades, el papel de enfermería posee funciones variadas e imprescindibles para la atención de la persona de una forma continuada y holística.

6. CONCLUSIONES

- Enfermería tiene un papel crucial en el transcurso de la enfermedad del paciente de EII y posee las competencias necesarias para asegurar una atención sanitaria integral, holística y adecuada a este tipo de paciente.
- El paciente de EII ve afectados diferentes ámbitos de su vida y experimenta un deterioro de la calidad de la misma. Los cuidados de enfermería aplicados a estos diferentes ámbitos, permite una mejoría de la calidad de vida de los mismos.
- Respecto a las Unidades de EII:
 - El paciente de EII valora de forma muy positiva el poder acceder de forma fácil y sencilla, como ocurre con la consulta telemática, a la atención sanitaria que pueda necesitar en un momento dado.
 - Estas Unidades repercuten de forma directa en la calidad de vida de los pacientes, favoreciendo, además, un mejor control de la enfermedad.
 - Evitan visitas a Urgencias por parte de los pacientes y hacen que disminuya el número de consultas presenciales, lo cual se traduce en un importante ahorro en costes al sistema nacional de salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Casellas F, Oltra L. Enfermedad Inflamatoria Intestinal Para Enfermería [Internet]. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2016 [Citado 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.geteii.com/wp-content/uploads/2017/10/Monografi%CC%81a-EII-enfermeri%CC%81a.pdf>
2. Panés Díaz J. Enfermedad inflamatoria del intestino. En: Rozman C, Cardellach i López, director. Farreras-Rozman, Medicina Interna. Vol 1. 17ª ed. Madrid: Elsevier Health Science; 2012. p. 165-184
3. García-Sanjuán, S. Lillo-Crespo, M Sanjuán-Quiles. A. Richart-Martínez, M. Hábitos dietéticos y creencias sobre la alimentación de las personas con enfermedad de Crohn. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [Citado 24 de mayo de 2018]; 32 (6): 2948-2955. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309243321079.pdf>
4. Rodríguez Castro KI, Gutiérrez Ramírez C, Avendaño Alvarado G. Descripción epidemiológica y tratamiento de pacientes con enfermedad de Crohn. Acta Méd Costarric [Internet]. 2013 [Citado 24 de mayo de 2018]; 55 (4): 182-187. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/434/43429451005.pdf>
5. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott 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. CanJ Gastroenterol [Internet]. 2005 [Citado 24 de mayo de 2018]; 19: 5-36. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16151544>
6. García Sanjuan S, Lillo Crespo M, Sanjuan Quiles A, Richart Martínez M. Enfermedad de Crohn, cronicidad y rol enfermero: revisión integradora y estado de la cuestión. Enfermería Global [Internet]. 2014 [Citado 24 de mayo de 2018]; 36: 323-335. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/revision3.pdf>
7. Sanromán Álvarez L, de Castro Pargaa ML, Hernández Ramírez V, Pineda Mariñoa JR, Salgado Álvarez C, Rodríguez Grégoric JM. Consulta telemática realizada por Enfermería en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: valoración de su capacidad resolutoria y costes. Enferm Clin [Internet]. 2013 [Citado 24 de mayo de 2018]; (24): 102-110. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001952?via%3Dihub>
8. De la Coba Ortiz C, Saro Gismera C. Epidemiología, herencia y factores de riesgo. GETECCU [Internet]. 2015 [Citado 24 de mayo de 2018]; 2: 15-17. Disponible en: <https://www.educainflamatoria.com/media/crohn/2.%20Epidemiolog%CC%81a%20Enfermedad%20de%20Crohn.pdf>
9. López Calleja AM, Cano Sanz N. Guía práctica de enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal [Internet]. 1ª ed. Madrid: INspira Network; 2017 [Citado 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.geteii.com/wp-content/uploads/2017/10/GUIA-DE-ENFERMERIA-EII-ULTIMA-REVISIO%CC%81N.pdf>
10. Irineo Cabrales AB, Zambada Senties CA, Sánchez Cuén JA, Bernal Magaña G. Malabsorción idiopática de ácidos biliares como causa de diarrea crónica en el adulto. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2013 [Citado 24 de mayo de 2018]; 18: 158-162. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47327854013.pdf>
11. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative

- Colitis. Part 2: Current Management. *Journal of Crohn's and Colitis* [Internet]. 2017 [Citado 24 de mayo de 2018]; 11 (7): 769–784. Disponible en: <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/7/769/2962457>
12. Gomollon F, Dignass A, Anesse V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *Journal of Crohn's and Colitis* [Internet]. 2017 [Citado 24 de mayo de 2018]; 11 (1): 3–25. Disponible en: <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article-lookup/doi/10.1093/ecco-jcc/jjw168>
 13. Navarro E. El papel de enfermería en una unidad monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal, una visión de 360º. *Enferm Inflam Intest Dia* [Internet]. 2016 [Citado 24 de mayo de 2018]; 54:0-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedad-inflamatoria-intestinal-al-dia-220-articulo-el-papel-enfermeria-una-unidad-S1696780116300926>
 14. Lesnovska KP, Börjeson S, Hjortswang H, Frisman GH. What do patients need to know? Living with inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2013 [Citado 24 de mayo de 2018]; 23: 1718-1725. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/a013/f688ac4a956c35c6c7461ce3c6dcd0f96d6b.pdf>
 15. López Cortés R, Marín Fernández B, Hueso Montoro C, Escalada Hernández P, Sanz Aznarez AC, Rodríguez Gutiérrez C. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2016 [Citado 24 de mayo de 2018]; 39 (1): 123-131. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n1/14_original_breve5.pdf
 16. Brotherton CS, Gill Taylor A, Bourguignon C, Anderson JG. A High Fiber Diet May Improve Bowel Function and Health-Related Quality of Life in Patients with Crohn's Disease. *Gastroenterol Nurs* [Internet]. 2014 [Citado 24 de mayo de 2018]; 37 (3): 206–216. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24871666>
 17. Yamamoto-Furushoa JK, Bosques-Padilla F, Daffrad P, De Paulad JA, Etcheversd J, Galianoe MT, Ibañez P, Juliao F, Kotzeh PG. Situaciones especiales en la enfermedad inflamatoria intestinal: primer consenso latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation (PANCCO) (Segunda parte). *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. 2017 [Citado 24 de mayo de 2018]; 82 (2): 134-155. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300125>
 18. Amo L, González-Lama Y, Suárez C, Blázquez I, Matallana V, Calvo M et al. Impacto de la incorporación de la enfermera a una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal. Madrid: ELSEVIER. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2016 [Citado 24 de mayo de 2018]; 39 (5): 318-323. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570515002277?via%3Dihub>
 19. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Détré P, et al. Harrow. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. Vols. *Journal of Crohn's and Colitis* [Internet]. 2013 [Citado 24 de mayo de 2018]; 7: 744-764. Disponible en: <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article-lookup/doi/10.1016/j.crohns.2013.06.004>
 20. Ramos-Rivers C, Regueiro M, Vargas EJ, Szigethy E, Schoen RE, Dunn M, et al. Association Between Telephone Activity and Features of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2014 [Citado 24 de mayo de

- 2018]; 12 (6): 986-994. Disponible en:
[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542-3565\(13\)01771-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542-3565(13)01771-0)
21. Casellas F, Vera I, Ginard D, Torrejón A. Inflammatory bowel disease patient's satisfaction with healthcare services received. Physicians' and nurses' perceptions. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2013 [Citado 24 de mayo de 2018]; 105 (7): 385-391. Disponible en:
<http://www.grupoaran.com/mrmUpdate/lecturaPDFfromXML.asp?IdArt=4620663&TO=RVN&Eng=1>
22. Barreiro-de Acosta M, Argüelles-Arias F, Hinojosa J, Júdez-Gutiérrez J, Tenías JM. ¿Cómo se maneja la enfermedad inflamatoria intestinal en los servicios de digestivo de España? Resultados de la encuesta GESTIONA-EII. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2016 [Citado 24 de mayo de 2018]; 108 (10): 618-626. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n10/es_original2.pdf

8. ANEXO

CUESTIONARIO IBDQ-32

(Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1989; 96: 804-810)

Las respuestas reciben desde 1 hasta 7 puntos en las que el 1 supone la peor función y el 7 supone la mejor función. Por consiguiente, a mayor puntuación total obtenida, mejor estado de salud presentará la persona. Cuando el resultado del cuestionario IBDQ-32 es entre 32 y 95, significa que la persona presenta una baja calidad de vida. Si se obtienen entre 96 y 159, la puntuación se corresponde a una moderada calidad de vida. Si el resultado se encuentra entre los 160 y 224 puntos, la persona estaría en un rango de alta calidad de vida.

El paciente debe señalar con un círculo la respuesta que más se ajuste a su situación durante las últimas dos semanas.

1. ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas dos semanas?

1. Más frecuentemente que nunca
2. Extremada frecuencia
3. Con mucha frecuencia
4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación

2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para ir a estudiar o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca

7. Nunca

5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?

1. Ninguna energía
2. Muy poca energía
3. Poca energía
4. Cierta energía
5. Bastante energía
6. Mucha energía
7. Rebosante de energía

7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. . Nunca

9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca

7. Nunca

11. ¿Con que frecuencia ha estado preocupado por temor a no encontrar un lavabo cerca durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio o deportes que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semanas?

1. Muchísima dificultad; imposible hacer actividades
2. Mucha dificultad
3. Bastante dificultad
4. Algo de dificultad
5. Un poco de dificultad
6. Apenas ninguna dificultad
7. Ninguna dificultad; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades de ocio ni deportivas

13. ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor abdominal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

14. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas porque se ha despertado por la noche durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

15. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

16. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido que dejar de asistir a actos sociales porque no había un lavabo cerca?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces

4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

17. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

18. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema durante las últimas dos semanas el mantener o llegar al peso que a Vd. Le gustaría?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

19. Muchos pacientes con un problema intestinal tienen frecuentes preocupaciones y angustias a causa de su enfermedad. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado por llegar a tener cáncer, o por pensar que nunca más volvería a encontrarse bien, o por tener una recaída?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

20. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido una sensación de hinchazón abdominal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

21. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido relajado y libre de tensión?

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Pocas veces
4. A veces
5. Bastantes veces
6. Casi siempre
7. Siempre

22. ¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha tenido problemas de sangrar al ir de vientre?

1. Siempre

2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

23. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido avergonzado en público por olores desagradables o ruidos causados por su problema intestinal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

24. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido ganas de ir al lavabo sin realmente hacer de vientre?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

25. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, lloroso o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado accidentalmente su ropa interior?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

28. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto su problema intestinal ha sido un problema para sus relaciones sexuales?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

31. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido incomprendido por los demás?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

32. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?

1. Muy insatisfecho, infeliz
2. Bastante insatisfecho, infeliz
3. Algo insatisfecho, descontento
4. Algo satisfecho, contento
5. Bastante satisfecho, contento
6. Muy satisfecho, feliz
7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz