



---

**Universidad de Valladolid**



# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA**

Azahara Layna Mayo

Tutelado por: María Milagros Montserrat Ballesteros

Soria, 26 de Mayo de 2021

*“Somos especialistas en dar vida, en convencer a la muerte que hoy no es su día, tal vez en una semana, o en diez años, pero hoy no. Y si no es posible, estaremos también cerca para que el viaje sea leve, y su familia pueda despedirse al lado”*

*Isidro Manrique*

## **Resumen:**

**Introducción:** La Colitis Ulcerosa pertenece al grupo de enfermedades crónicas denominadas como Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Todas ellas cursan con afectación inflamatoria de la mucosa del tracto digestivo por alteraciones en las funciones normales del sistema inmune. En concreto la colitis ulcerosa, que afecta de forma exclusiva a la mucosa del colon y recto, provoca provocando dolor abdominal, diarreas sanguinolentas, tenesmo, náuseas y vómitos. Esta enfermedad, aunque es de origen desconocido, está asociada a diferentes factores de riesgo como padecer otra enfermedad autoinmune, pertenecer a la etnia judía, la predisposición genética, el consumo de tabaco... La colitis ulcerosa afecta predominantemente a los países industrializados, con latitudes altas y en áreas urbanas. El diagnóstico y la instauración de un tratamiento farmacológico precoz es fundamental para evitar complicaciones.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es obtener una visión general de la colitis ulcerosa y conocer la importancia de una buena intervención de enfermería en cada una de las fases de la enfermedad. Además, se determinará las generalidades de la enfermedad, los aspectos clave de la actuación enfermera y la relación con las asociaciones.

**Resultados:** La función enfermera es fundamental para el paciente con colitis ulcerosa. Esta atención irá dirigida principalmente a la detección y la reducción de las complicaciones. Además, se hará especial hincapié a la función docente de enfermería a través de recomendaciones sobre las necesidades más afectadas de estos pacientes: Dietéticas, de eliminación, actividad física, descanso, manejo del estrés y comunicación.

**Conclusiones:** La participación de enfermería es fundamental para el bienestar físico, psíquico y social del paciente con Colitis ulcerosa. Será fundamental nuestra función para evitar los brotes, una correcta adherencia al tratamiento y la atención temprana de complicaciones o riesgos para el paciente.

**Palabras clave:** "Colitis ulcerosa", "Enfermedad de Crohn", "Enfermedad inflamatoria intestinal", "Cuidados de enfermería" ...

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN:	1
1.1	Enfermedad Inflamatoria Intestinal.	2
1.2	Colitis Ulcerosa.	3
1.3	Etiología de Colitis Ulcerosa.	3
1.4	Clínica.	4
1.5	Incidencia.	4
1.6	Posibles complicaciones.	5
1.7	Diagnóstico.	5
1.8	Tratamiento.	5
2.	JUSTIFICACIÓN.	6
3.	OBJETIVOS.	6
3.1	Objetivo general:	6
3.2	Objetivos específicos:	6
4.	MATERIAL Y MÉTODOS:	7
5.	RESULTADOS:	8
5.1.	Definición:	8
5.2.	Complicaciones de la CU:	8
5.2.1.	A nivel local:	8
5.2.2.	A nivel sistémico:	9
5.2.3.	A nivel psíquico:	10
5.3.	Tratamiento:	10
5.4.	Contraindicaciones del tratamiento:	11
5.5.	Intervención enfermera:	11
5.5.1.	Recomendaciones dietéticas:	12
5.5.2.	Recomendaciones ante la eliminación de los desechos corporales.	13
5.5.3.	Recomendaciones actividad física:	15
5.5.4.	Recomendaciones para dormir, descansar y manejo del estrés.	15
5.5.5.	Recomendaciones y herramientas para facilitar la vida del paciente y evitar complicaciones.	17
5.5.6.	Recomendaciones para facilitar la comunicación expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Papel de las asociaciones.	18
6.	DISCUSIÓN/IMPLICACIONES:	20
7.	CONCLUSIONES:	22
8.	BIBLIOGRAFÍA:	23
	Anexos:	i

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I:.....	i
Anexo II:.....	ii
Anexo III:.....	iii

**Listado de abreviaturas y siglas:**

**CU:** Colitis ulcerosa

**EC:** Enfermedad de Crohn

**EII:** Enfermedad inflamatoria intestinal

**CI:** Colitis indeterminada

**CNC:** Colitis no clasificada

**ACCU:** Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España

**p-ANCA:** Anticuerpos anticitoplásmicos perinucleares antineutrófilos

**ASCA:** Anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisia

## 1. INTRODUCCIÓN:

El aparato digestivo es el sistema de entrada de los nutrientes necesarios para el desarrollo de la vida y el de salida de las sustancias indigeribles. Está formado por un conjunto de órganos y glándulas anejas cuya función principal es descomponer y absorber los nutrientes, los electrolitos y el agua. El tubo digestivo dispone de una estructura ininterrumpida en todo su recorrido. La longitud aproximada de este es de cinco a nueve metros en el adulto. A lo largo de su longitud presenta diferentes calibres, pero mantiene siempre su estructura básica. <sup>(1,2,3)</sup>

El proceso de digestión discurre desde la boca hasta el ano. Los órganos principales son: boca, orofaringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano. La diferenciación anatómica entre estos órganos viene representada por la existencia de diferentes músculos anulares con capacidad de apertura y cierre según se van completando los procesos digestivos. Estas estructuras, denominadas «esfínteres», son: el faringoesofágico, el esofágico (cardias), el pílorico, el ileocecal y el esfínter anal que se subdivide en esfínter anal externo e interno. <sup>(1,2,3)</sup>

La estructura del tubo digestivo está formada por cuatro capas desde la más externa a la más interna: serosa o adventicia (tejido conjuntivo), muscular (fibras con orientación longitudinal externamente y circular en la parte interna), submucosa (inervación nerviosa) y mucosa (subdividida en tejido epitelial, tejido conjuntivo hipervascularizado y una fina capa de tejido muscular, que forma plegamientos y crestas superficiales). La actividad del aparato digestivo se determina por su inervación intrínseca (nervios intramurales), extrínseca, la gravedad y los movimientos peristálticos. <sup>(1, 3)</sup>

Para desarrollar la especificidad funcional, este sistema se ve asociado a otras vísceras (glándulas anejas) que proporcionan secreciones que favorecen la extracción y absorción de los nutrientes. Estas son: Los dientes, la lengua, las glándulas salivales, las glándulas gástricas, el hígado, el páncreas y glándulas intestinales como la vesícula biliar. A lo largo del aparato digestivo, cada zona dispone de una función específica por el cual los alimentos se transforman. Los procesos de transformación son la ingestión, la digestión, la absorción y la excreción. <sup>(1,2,3,4)</sup>

El proceso de digestión es el mecanismo mediante el cual los alimentos se convierten en sustancias más simples para favorecer su absorción. El objetivo es nutrir, producir y reparar el tejido dañado. La digestión comienza en la boca y son los dientes los encargados de la descomposición mecánica; que junto con la saliva y enzimas como la amilasa comienzan con la degradación química. A su vez, la lengua moviliza y forma el bolo alimentario facilitando la masticación posteriormente empuje del bolo hasta la faringe. En este momento se activa la fase cefálica del proceso de digestión, que provoca la aparición de jugos gástricos antes incluso de que el alimento sea ingerido. A continuación, el esfínter faringoesofágico se abre y permite el paso hacia el esófago del bolo alimenticio. Este proceso es conocido como deglución. <sup>(2,3)</sup>

La función principal del esófago es neutralizar los ácidos que se escapan del estómago y transportar el bolo alimenticio hasta este. Una vez que el bolo alimenticio atraviesa el cardias y llega al estómago, la mucina, el ácido clorhídrico y la pepsina disgregan el bolo alimenticio y, acompañado por la motilidad de este, facilita el paso al intestino a través del píloro. Este órgano es el más eficiente en la degradación de las proteínas y las grasas, que comenzaron a degradarse

previamente en la boca. Además, su acidez sirve como descontaminante, al haber provocado un ambiente hostil para los microorganismos. Esta fase es conocida como fase gástrica. <sup>(2,3)</sup>

Una vez realizado el proceso de digestión en el estómago, el bolo alimenticio pasa a ser denominado quimo y a su paso por el píloro, activa la secreción de jugo pancreático que neutraliza la acidez del estómago. En el intestino delgado comienza la fase digestiva y en ella, se van a absorber los nutrientes elementales, especialmente en el yeyuno. <sup>(2,3)</sup>

La extensión del intestino delgado es de aproximadamente siete metros. En su interior, se encuentran pliegues que forman vellosidades y microvellosidades, cuya función es aumentar la superficie de absorción. En esta superficie se encuentran distintas enzimas que, mediante la hidrólisis, descomponen los polisacáridos. Como consecuencia, liberan la glucosa y por la acción de la bilis que es sintetizada en el hígado y posteriormente acumulada en la vesícula biliar, se produce la absorción de las grasas. Además, se absorben el resto de las sales y vitaminas de manera selectiva según las necesidades del organismo. <sup>(2,3)</sup>

Una vez que el quimo circula por el duodeno, el yeyuno y el íleon, este pasa través de la válvula ileocecal hasta llegar al intestino grueso. La función principal del intestino grueso es absorber el agua (hasta ocho litros diarios) y el sodio, aunque la fibra es el contenido principal del quimo. Dicho proceso es el más lento de la digestión y, gracias a su alto contenido bacteriano, es capaz de fermentar la fibra y obtener nutrientes de ella. Las bacterias procedentes del intestino grueso son denominadas probióticas y evitan que el colon sea colonizado por patógenos. <sup>(2,3)</sup>

Las alteraciones del aparato digestivo o enfermedades del tracto gastrointestinal son muy comunes en nuestra sociedad, tanto por factores genéticos, ambientales, por malos hábitos alimentarios, por abuso de sustancias tóxicas... Entre las enfermedades más comunes, encontramos: La enfermedad de reflujo gastroesofágico, los vómitos, las diarreas, el estreñimiento, la presencia de cálculos biliares, la celiaquía, la cirrosis hepática, el grupo de enfermedades que conforman la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), hemorroides, diverticulitis, neoplasias... <sup>(3,4)</sup>

### **1.1 Enfermedad Inflamatoria Intestinal.**

La EII pertenece al grupo de enfermedades crónicas con afectación en el tubo digestivo, a causa de la alteración de las funciones normales del sistema inmune. En esta patología, la afectación se produce por la inflamación del tubo digestivo. Las enfermedades que pertenecen a este grupo son cuatro: La Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC), la Colitis Indeterminada (CI) y la No Clasificada (CNC). <sup>(4,5,6,7,8,9)</sup>

Todas ellas presentan características comunes, como su origen idiopático, su desregulación inmunitaria, la inflamación del tracto digestivo, los daños en su estructura, su aparición en episodios de activación (brotes) y remisión impredecibles, su acción discapacitante, su carácter crónico, el impacto emocional y social sobre el paciente... <sup>(4,5,6,7,9)</sup>

La diferenciación de estas enfermedades es una labor compleja, porque entre ellas pueden compartir la misma zona de afectación. Aunque nos centraremos en el desarrollo de la CU, cabe señalar alguna de las características más importantes de la EC para poder diferenciarlas. <sup>(4,5,9)</sup>

La EC afecta indistintamente a cualquier zona del sistema digestivo desde la boca hasta el ano. Su progresión no tiene por qué ser continua, por lo tanto, puede afectar partes alternas. <sup>(4,5,8,9,10)</sup>

Esta enfermedad daña completamente la pared intestinal (inflamación transmural) y es más habitual la presencia de fístulas y estenosis digestivas. El dolor habitualmente se localiza en la fosa iliaca derecha y cursa con diarrea abundante. El recto normalmente no suele estar afectado y el sangrado es escaso o imperceptible. <sup>(4,5,9,10)</sup>

Es común en pacientes con EC la verbalización de dolor agudo previo a episodios de vómitos o/y defecaciones. En algunos casos, el enfermo puede desarrollar febrícula (por proceso infeccioso), falta de apetito, astenia, disfagia, dispepsia y la bajada del peso en torno a un diez o veinte por ciento. Se ha determinado que los síntomas neurológicos y psiquiátricos pueden ser definidos como prueba diagnóstica. <sup>(4,5,9,10)</sup>

El término CI es utilizado cuando el paciente tras la realización de una colectomía presenta síntomas compatibles con la EC y la CU. Sin embargo, la CNC afecta al colon, pero tampoco se puede diferenciar porque comparte signos de ambas enfermedades. <sup>(4,5,6,9,10)</sup>

### **1.2 Colitis Ulcerosa.**

La CU daña de manera exclusiva a la mucosa de colon y recto. A diferencia de EC, no se salta ninguna franja. De hecho, con el paso del tiempo puede avanzar desde el recto afectando el intestino grueso en su totalidad con rara afectación en el íleon. <sup>(4,5,7,8,9)</sup>

En este caso, la mucosa del intestino grueso se inflama en los periodos de brote y, como consecuencia, se producen úlceras por la rotura de las membranas del tejido digestivo. La rotura de las membranas inhabilita la función fisiológica del intestino y provoca sangrados en las deposiciones. Esto ocurre de manera más frecuente que en la EC y produce dolor en la zona media del abdomen y en la fosa iliaca izquierda. Las deposiciones en la CU suelen ser pequeñas pero cuantiosas acompañadas de tenesmos. <sup>(5,8)</sup>

Dependiendo de su localización la CU puede ser:

- Proctitis ulcerosa: Afectación inflamatoria a nivel del recto únicamente con bordes claros con mucosa normal.
- Proctosigmoiditis ulcerosa: Afectación del recto y colon sigmoide.
- Colitis ulcerosa izquierda: Afectación del recto, colon sigmoide y colon descendente.
- Colitis ulcerosa extensa: Afectación del recto, colon sigmoide, colon descendente y gran parte del colon transverso.
- Pancolitis: Afectación completa del colon hasta ciego. <sup>(5,7,9,10,11)</sup>

### **1.3 Etiología de Colitis Ulcerosa.**

Aunque aún se considera de origen desconocido, se relaciona la aparición de la CU con factores genéticos (agregación familiar) y ambientales (infecciones víricas, bacterianas, efecto del estrés, dietas grasas, uso de antiinflamatorios no esteroideos...) que desencadenan procesos inmunológicos que provocarán la aparición de los síntomas y, por tanto, de la enfermedad.

Se consideran factores de riesgo: padecer otra enfermedad autoinmune, pertenecer a la etnia judía, el consumo de tabaco... <sup>(7,8,9,10,12,13)</sup>

En el colon, las células del epitelio intestinal, el sistema inmune de la mucosa y la microbiota se encuentran en equilibrio, hasta que cualquiera de ellos lo rompen. El defecto se produce en la

interpretación de las señales y en las respuestas del sistema inmune provocando la aparición de la enfermedad. <sup>(7,9,10,11,12)</sup>

Dentro de los factores inmunológicos relacionados con la CU, se ha reconocido la acción de los linfocitos T citotóxicos a nivel de la mucosa del colon. Estos destruyen las células que componen la pared del epitelio y por ello, aparecen úlceras, sangre, pus o moco. <sup>(7,9,10,11,12)</sup>

En un gran número de pacientes, encontramos el aumento de los anticuerpos p-ANCA (anticuerpos anticitoplásmicos perinucleares antineutrófilos) que tienen como objetivo los antígenos de los neutrófilos del propio organismo. El motivo es una confusión inmunológica. <sup>(7,9,10,11,12)</sup>

#### **1.4 Clínica.**

Los signos y síntomas más importantes de la CU son: diarrea sanguinolenta (rectorragia) con o sin moco o pus, estreñimiento en algunas ocasiones, dolor abdominal transcurriendo con cólicos (aumento del peristaltismo), aumento del dolor en los brotes, náuseas, sensación continua de defecar (tenesmo rectal), en fases agudas puede cursar con fiebre (por el proceso inmunológico). Estos síntomas y signos pueden provocar un retraso o limitación del crecimiento en niños y adolescentes, pérdida de peso y apetito, sobre todo en pacientes con afectación moderada o ligeramente grave. En este caso, no suele aparecer la presencia de fístulas. <sup>(4,5,9,10,11,12,13)</sup>

Según la aparición de los síntomas, se califican este conjunto de enfermedades en cuatro grados; inactiva, leve, severa o grave. La determinación de la gravedad se verá determinada por el número de deposiciones, por el tipo de hemorragia y por las complicaciones derivadas de esta. <sup>(5,9,10,11,13)</sup>

#### **1.5 Incidencia.**

La EI es predominante en países industrializados, especialmente en países caucásicos, cuya latitud es alta y, sobre todo, en áreas urbanas. Los datos de incidencia en el territorio europeo de EC oscilan entre el 0,5 a 10,6 casos por cada cien mil habitantes anualmente (78 000 nuevos casos anuales). Mientras que los valores de CU varían de entre 0,9 y 24,3 por cada cien mil habitantes anuales (178 000 nuevos casos anuales). En niños, la CU y la CI poseen una mayor incidencia y con el aumento de la edad sube la incidencia de EC. Los países europeos más afectados son Escandinavia y Reino Unido mientras que los menos afectados se ubican en el sur y este del continente. <sup>(9,14,15)</sup>

La incidencia en España de la EI se estima que afecta en torno a 300.000 personas. La prevalencia de ambas (EC y CU) es de 0,39%, un dato que duplica los datos publicados anteriormente. La prevalencia en mujeres es mayor que en hombres. El punto de prevalencia en hombres es de 0,28% y en mujeres de 0,49%. Respecto a la edad, la mayoría de los pacientes diagnosticados se encuentran en el rango de entre los 15 y los 30 años y repunta nuevamente alrededor de los 50-70 años. La tasa de incidencia española de CU se sitúa en 8 casos por 100.000 habitantes y año mientras que la EC 5,5. <sup>(9,10,15,16)</sup>

Durante los últimos años, la tasa de hospitalización inicial en fase diagnóstica ha sido muy alta, alrededor del ochenta por ciento con mayor incidencia en pacientes con CU. Tras el diagnóstico, la mitad de los pacientes requieren cuidados hospitalarios en la primera década. En la CU, la tasa de gravedad y el riesgo de colectomía son más altas que en la EC. Respecto a las tasas de cirugía, en los últimos años, han disminuido notablemente situando a la EC alrededor de un cuarenta

por ciento tras diez años desde el diagnóstico; mientras que la CU se sitúa en un diez por ciento.<sup>(14)</sup>

En la EII, las tasas de desempleo, las bajas laborales tanto por enfermedad como de forma permanente, el gasto sanitario, el impacto económico y el grado de discapacidad son elevadas respecto a personas no afectadas y, por ello, es necesario que las instituciones desarrollen planes para garantizar la equidad y la salud de sus ciudadanos.<sup>(9,15)</sup>

### **1.6 Posibles complicaciones.**

La CU es una enfermedad de las que derivan numerosas complicaciones a nivel local del tracto digestivo, a nivel sistémico y a nivel psíquico. Algunas de ellas son:

La peritonitis, la aparición de fístulas, las grietas, los pseudopólipos, el megacolon tóxico, las hemorragias, la anemia, los problemas óseos, las erupciones cutáneas, la uveítis, las alteraciones psiquiátricas, electrolíticas, oncológicas...<sup>(4,6,7,8)</sup>

### **1.7 Diagnóstico.**

En el diagnóstico de la CU, presentamos una anamnesis inicial acompañada de una exploración física (identificación de los síntomas, causa y forma de inicio...). Además, realizaremos pruebas de laboratorio buscando un aumento de la sedimentación globular, la proteína C reactiva, las citoquinas y la ferritina.<sup>(4,5,7,9,11,12,13)</sup>

Se debe pedir en las pruebas serológicas, los anticuerpos p-ANCA (presentes en CU) y los ASCA (anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae, presentes en EC). En ocasiones, se pide la calprotectina fecal, aunque no sirve como diagnóstico diferencial dentro de la EII. Los coprocultivos sirven como diagnóstico diferencial para la colitis infecciosa.<sup>(4,7,9,10,11,13)</sup>

Mediante técnicas como la radiografía de abdomen (recomendada en pacientes graves para descartar el megacolon y la perforación intestinal), la colonoscopia en la que se identifican las lesiones del tubo digestivo y además sirve para recoger una muestra o biopsia. Gracias a esto, se puede evitar el uso de bario como contraste ya que aumenta el riesgo de colitis fulminante. Además, se puede realizar pruebas como el enema opaco (tubo de plomo en casos avanzados), la resonancia magnética nuclear o la radiografía de abdomen ante la sospecha de megacolon tóxico.<sup>(4,7,9,10,11,13)</sup>

### **1.8 Tratamiento.**

El tratamiento para la CU tiene el objetivo de provocar y mantener el estado de remisión de la enfermedad. Para establecer un tratamiento adecuado, hay que tener en cuenta el estado nutricional del paciente, la severidad de los síntomas, las complicaciones asociadas, otras enfermedades...<sup>(9,13)</sup>

El tratamiento farmacológico viene fundamentado a paliar los síntomas y la alteración fisiológica de la estructura del tubo digestivo. No tiene cura, ya que no conocemos su origen, pero mejora enormemente la calidad de vida del paciente. Las familias medicamentosas más importantes son: Los antiinflamatorios 5-ASA, los corticoides, los antibióticos, los inmunosupresores e inmunomoduladores.<sup>(4,8,9,13)</sup>

En casos graves, cuando el paciente no responde al tratamiento farmacológico y hay una afectación masiva del colon, el tratamiento puede ser quirúrgico eliminando la porción del colon afectada y derivando la función excretora del organismo a través de un estoma en el abdomen.

Además, se debe tener en cuenta la importancia de la atención psicológica de estos pacientes para abordar sentimientos como el miedo, la ansiedad, o la depresión. Se considera fundamental la presencia de profesionales de la salud mental para que puedan ofrecer alternativas y herramientas para el bienestar psicológico del paciente junto a herramientas que favorezcan la reducción del estrés, ya que este es considerado un factor de riesgo importante frente a una recidiva. <sup>(4,8,9,13)</sup>

## **2. JUSTIFICACIÓN**

A lo largo de mi vida, he observado las secuelas físicas, psíquicas y sociales que provoca la EII. Una persona de mi entorno cercano, enfermo de CU y sus compañeros de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y colitis Ulcerosa (ACCU) me han mostrado la importancia que se debe dar a la enfermedad para que sea conocida y aceptada por la sociedad.

En mi posición de enfermera, veo la necesidad de desarrollar una revisión bibliográfica para que los profesionales podamos ayudar a estos pacientes desde el momento del diagnóstico para poder acompañarlos a lo largo de su vida y así, mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida.

Se trata de conseguir la visibilización de la enfermedad y acabar con los estigmas asociados a las enfermedades del tracto digestivo. Por ello, enfermería debe asumir su responsabilidad en cuanto a la captación de los pacientes, la educación tras el diagnóstico, la prevención de posibles complicaciones y la personalización de los cuidados, para así conseguir una mejor calidad de vida del paciente con EII.

## **3. OBJETIVOS.**

### **3.1 Objetivo general:**

- Obtener una visión general de la colitis ulcerosa y conocer la importancia de una buena intervención de enfermería en cada una de las fases de la enfermedad.

### **3.2 Objetivos específicos:**

- Identificar las generalidades de la colitis ulcerosa con respecto al resto de EII.
- Determinar los aspectos clave de actuación de enfermería para mejorar el afrontamiento y la calidad de vida del paciente.
- Relacionar la actuación de enfermería con las asociaciones destinadas a pacientes con CU o cualquier otra EII para la mejora del afrontamiento, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente.

#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS:

En torno a la metodología del trabajo, cabe señalar que he realizado una revisión bibliográfica narrativa con el propósito de seleccionar, comparar, simplificar y distinguir los datos más relevantes publicados en la literatura disponible acerca de la CU y, de esta forma, poder completar los objetivos propuestos.

He realizado una revisión en diferentes bases de datos: Scielo, Medscape, Finisterra, PubMed, el buscador Google académico, Dialnet... Se ha realizado una selección exhaustiva de diferentes artículos, guías... Además, se han consultado libros, páginas web y revistas como enfermería21 y la crónica de la asociación de ACCU.

Las palabras clave fueron: “fisiología”, “aparato digestivo”, “Colitis ulcerosa”, “enfermedad de Chron”, “enfermedad inflamatoria intestinal”, “indicadores calidad”, “continuidad de atención al paciente”, “calidad de vida”, “incidencia”, “ostomía”, “estrés”, “farmacología”, “cuidados de enfermería”, “atención de enfermería”, “ulcerative colitis”, “intestinal bowel disease”, “incidence” ...

La revisión se realiza desde noviembre del 2020 hasta mayo del 2021. Los criterios de inclusión para realizar este trabajo se han basado en artículos y fuentes realizados o publicados desde el año 2010, originales, con acceso gratuito al texto completo, en castellano e inglés y con información relevante para el tema en cuestión. Como excepción se han utilizado el libro de *Fisiología Dinámica* de Alfredo Córdova, publicado en el año 2003, el artículo Tratamiento nutricional en la EII de C. Pérez, publicado en 2008 y el libro Enfermedad física crónica y familia de Joana Jaureguizar publicado en el 2005. Estos documentos se han excluido de los criterios de inclusión por su alta relevancia y utilidad para la elaboración del trabajo.

Los criterios de exclusión han sido los artículos no relevantes, los que no tenían relación con los criterios de inclusión, no eran claros ni precisos y diferían totalmente de los objetivos del trabajo.

Con el objetivo de simplificar la búsqueda, se han mezclado varios términos (palabras clave) con el uso de los operadores booleanos. El término “AND” muestra resultados que incluyen todos los términos de la búsqueda, el operador “OR” muestra resultados correspondientes con alguno de los términos.

Las pautas de selección de los artículos han consistido en la lectura del título y, si resultaba de interés, el resumen del artículo. Si el resumen resultaba de contenido relevante se obtenía el texto completo y se seleccionaba la información para la posterior síntesis y redacción.

En el anexo I, II y III se puede ver la estrategia de búsqueda, la selección de artículos y la estructuración de todos ellos con los datos más relevantes.

## **5. RESULTADOS:**

La función enfermera es fundamental para el paciente con EII en todas y cada una de las etapas de la enfermedad. Por ello, este trabajo recoge información teórica relevante sobre la enfermedad y no solo eso, también de los cuidados. Estos cuidados son recomendados para cada paciente considerando la individualidad y holisticidad de este.

Los resultados que se han obtenido corresponden a diversos aspectos: La categorización e interiorización del concepto de la enfermedad, la detección y prevención de complicaciones (tanto de la enfermedad como las derivadas de los tratamientos y técnicas médicas) y, por último, información relevante sobre situaciones comunes de la vida del paciente con recomendaciones dietéticas, sobre eliminación, actividad física... El objetivo primordial es facilitar y mejorar la calidad de vida del paciente.

### **5.1. Definición:**

La CU es una enfermedad que perjudica al paciente en todos los aspectos de su vida. Esta enfermedad afecta directamente a nivel físico, alterando la mucosa del intestino grueso a consecuencia de la reacción inflamatoria de origen autoinmune. Además, se ven comprometidos aspectos psicológicos y sociales derivados de esta que pueden interferir con el curso de la enfermedad y por supuesto en la calidad de vida de este. La severidad de los síntomas depende del grado de afectación y de gravedad del proceso inflamatorio. <sup>(9,10,17)</sup>

Para poder orientar los cuidados de enfermería y la función enfermera en la CU, cabe señalar las posibles complicaciones asociadas a ella y, a partir de ahí, construir un plan para reforzar los hábitos saludables y las actuaciones necesarias en cada caso.

### **5.2. Complicaciones de la CU:**

Las complicaciones de CU son diversas, se clasifican en locales, es decir a nivel intestinal, a nivel sistémico, en diversos sistemas del organismo, y a nivel psicológicos. En todos los casos va a haber una alteración psicológica por la alteración de la imagen corporal, las limitaciones a la hora de realizar las actividades de la vida diaria...

#### **5.2.1. A nivel local:**

Las alteraciones más importantes a nivel local son: La peritonitis, las fistulas anales, las grietas, los procesos oncológicos, las hemorragias masivas, la formación de pseudopólipos, la colitis fulminante, el megacolon tóxico y la excesiva proliferación bacteriana. Se definen a continuación:

- Peritonitis derivada de la rotura del tracto digestivo a causa de la erosión progresiva del mismo hasta la extravasación del contenido intestinal al peritoneo. El resultado final puede producir un shock séptico y el posterior fallecimiento del paciente. <sup>(4,7,9,10,12,18)</sup>
- Fístulas anales, grietas y deposiciones dolorosas acompañadas de sangrado anal. <sup>(9,12,16,18)</sup>
- Procesos oncológicos, en concreto adenocarcinoma colorrectal. <sup>(7, 8,9,10,12,18)</sup>
- Hemorragias masivas. <sup>(4,7,9,10,12,18)</sup>
- Formación de pseudopólipos por la presencia de brotes repetidos de inflamación. Estos se forman a partir del abultamiento de las cicatrices por la rotura del epitelio de la mucosa

digestiva. Si se acumulan estas, pueden llegar a provocar una estenosis intestinal (estrechamiento del tubo digestivo). (7,8,9,10,12,18)

- La colitis fulminante provoca la paralización del intestino. Este trastorno causa diversos cambios en la anatomía del colon, como consecuencia, de la inflamación aguda de este. La aparición de la colitis fulminante se asocia, principalmente, al uso de antibióticos, opiáceos o antidiarreicos anticolinérgicos. La motilidad intestinal desaparece pudiendo provocar así un íleo (obstrucción). La obstrucción provoca la modificación del tono muscular del colon provocando que el gas quede atrapado. El paciente mostrará fiebre, más de seis defecaciones con sangrado abundante, anemia, taquicardia, fiebre alta, hipotensión, reflejo abdominal al contacto... (4,9,12,16,18)
- La complicación más severa de esta enfermedad es el megacolon tóxico. Esta complicación se relaciona con la dilatación del colon, de manera total o parcial, siendo superior a seis centímetros en ausencia de obstrucción. Por tanto, es necesaria la intervención quirúrgica de manera urgente por el riesgo ensanchamiento, la falta de movimientos de contracción del colon, la acumulación de gas y la rotura y extravasación del contenido digestivo. La cirugía no debe extenderse más de dos días. (4,7,9,10, 12,16,18)
- Desarrollo excesivo de las bacterias del intestino delgado provocando en el paciente dolor en el abdomen, diarrea y gases. (9,16,18)

### **5.2.2. A nivel sistémico:**

Las alteraciones más importantes a nivel sistémico son: Anemia, artralgias, erupciones cutáneas, uveítis, colangitis, bajo peso y deshidratación. Se definen a continuación:

- Anemia ferropénica relacionada con la pérdida de sangre a través de las úlceras del colon. El proceso inflamatorio del intestino puede provocar la disminución de la producción de glóbulos rojos de la médula. No solo eso, también provoca en el paciente fatiga, debilidad y cansancio general. (9,10,16,18)
- Artralgias que desembocan en artritis periférica (articulaciones pequeñas) y axial (espondilitis anquilosante). Además, es común la osteoporosis y la osteopenia derivada del uso continuado de los esteroides, facilitando la rotura ósea. En niños, puede provocar el retraso del crecimiento. (4,6,7,9,10,16,18)
- Erupciones cutáneas (pioderma gangrenoso) de color entre azul y rojo. Suelen aparecer principalmente en la espinilla y en el antebrazo. También es común el eritema nodoso y la estomatitis aftosa. (4,7,9,10,12,16,18)
- Uveítis (inflamación del iris) provocando dolor ocular, dolor de cabeza, enrojecimiento de los ojos... Además, es común la conjuntivitis y la epiescleritis. (4,7,9,10,12,16,18)
- En raras ocasiones, podemos encontrar estrechamiento de las vías biliares (colangitis esclerosante primaria) provocando picor en la piel y sensación de cansancio en el paciente. Dentro de las alteraciones hepáticas, se incluye la colelitiasis, la esteatosis, la pericolangitis y la colangitis esclerosante. Además, aumenta el riesgo de colangiocarcinoma. (4,7,9,10,16,18)
- Dificultad para mantener un peso dentro de los límites recomendados. (7,6,9,10,16,18)

- Deshidratación y alteraciones electrolíticas por la pérdida de la función de absorción de H<sub>2</sub>O del tubo digestivo aumentando así, el número de deposiciones con consistencia líquida. (7,9,10,16,18)

### **5.2.3. A nivel psíquico:**

Las manifestaciones psiquiátricas más comunes en la CU son la ansiedad y la depresión. Aunque no sea una manifestación directa de la enfermedad, sí es una consecuencia por los síntomas de esta. El dolor crónico y el estrés afectan psicológicamente al paciente y, por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud realicen una buena gestión de ambos para evitar el sufrimiento y la activación de la enfermedad. (7,9,10,12,16)

### **5.3. Tratamiento:**

El tratamiento de la CU va dirigido a controlar y evitar los periodos de activación o brotes, evitar el ingreso hospitalario y, por supuesto, la intervención quirúrgica. Además, con él se pretende mejorar la calidad de vida del paciente y mantener la mucosa intestinal en óptimas condiciones evitando complicaciones. (4,8,9,12,13)

Dentro del tratamiento farmacológico, se pueden encontrar diferentes familias farmacológicas que se utilizarán dependiendo de la gravedad del cuadro:

- Antinflamatorios 5-ASA (5-aminosalicilatos): Sulfasalizina y Mesalazina. Las vías de administración de las que se dispone son: Presentaciones como el supositorio y la espuma (vía rectal), vía oral... siendo el rectal la más efectiva. El nivel de respuesta efectiva se produce a partir del primer mes de tratamiento en la mayoría de los casos. Estos medicamentos son utilizados sobre todo para brotes leves y moderados. (4,8,9,10,13,17,18)
- En otros casos, podemos ver el uso de corticosteroides como la Prednisona por vía oral, aunque en casos graves se podrá administrar por vía intravenosa. Disponen de una alta efectividad en remitir la fase activa de la enfermedad, pero no para utilizarlos como tratamiento en etapas de remisión. En casos de síntomas refractarios al uso de los corticosteroides, se pueden utilizar ciclosporina intravenosa como rescate y después trasladarlo a vía oral. Estos fármacos serán utilizados en casos de brote grave y cuando no haya respuesta al tratamiento de los anteriores. (4,8,9,10,13,17,18)
- Los antibióticos como el metronidazol o el ciprofloxacino son útiles para reducir la inflamación de la mucosa, además de disminuir el número de bacterias reduciendo la respuesta inmune. (4,8,9,13,17,18)
- Inmunosupresores como la ciclosporina, el tacrolimus, la azatioprina o el 6-mercaptopurina son útiles para disminuir la respuesta inmune del organismo, disminuyendo así la inflamación del tubo digestivo. La ciclosporina es utilizada para el tratamiento de megacolon tóxico en brotes graves. (4,8,9,10,17,18)
- Inmunoreguladores como las terapias biológicas. Un ejemplo es el Infliximab (anticuerpo monoclonal) que sirve para reducir la fase activa de la enfermedad en casos graves cuando los corticosteroides intravenosos no dan respuesta, antes de indicar el tratamiento quirúrgico. (4,8,9,10,12,17,18)

Es muy importante el soporte nutricional del paciente con CU, siempre que sea posible el paciente mantendrá su ingesta vía oral y se complementará con suplementos alimenticios. Si

presenta signos de intolerancia digestiva u otras complicaciones, se realizará por vía parenteral. (8,12)

El tratamiento quirúrgico se realizará como última opción. Se tratará así en casos que muestren que el tratamiento farmacológico no es suficiente para que el paciente tenga una adecuada calidad de vida. Es una terapia curativa en el caso de la CU con una incidencia del diez por ciento. La cirugía es indicada en pacientes que no responden al tratamiento habitual y que presentan complicaciones graves como megacolon tóxico, perforación del colon, hemorragias masivas o colitis fulminante o refractaria... (8,9,12,13,18)

El tratamiento debe mantenerse en el tiempo de forma crónica. Teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, se ajusta la dosis y se administran los antiinflamatorios 5-ASA, los corticoides en caso de no corticodependencia y de falta de efectividad de los anteriores. Ante corticodependencia se administrará ciclosporinas como la azatioprina y como último recurso en infliximab. Además, está recomendado que estos pacientes se vacunen de la gripe y el neumococo evitando vacunas de virus vivos. (9,10,12,18)

#### **5.4. Contraindicaciones del tratamiento:**

Los AINE (antiinflamatorios esteroideos) en la EII están contraindicados por provocar o empeorar los síntomas por la falta de protección de las mucosas. Además, provocan la disminución de las prostaglandinas por la inhibición de las ciclooxigenasas provocando así, el aumento del riesgo de heridas y úlceras. En caso de dolor, está indicado el uso de AINES (antiinflamatorios no esteroideos). Quedan excluidos fármacos como el ibuprofeno, la aspirina, el naproxeno y similares. Tampoco está indicado que estos pacientes fármacos como los antidiarreicos y espasmolíticos, ya que aumenta el riesgo de megacolon tóxico. (19)

La cortico-dependencia y la cortico-refractariedad están presentes en el paciente con CU. Esto es a causa del tiempo que tarda la terapia en provocar algún efecto sobre el paciente y, al ser crónica, para el tratamiento de mantenimiento evitando nuevos brotes. Habitualmente, la dosis debe ser adaptada y con el tiempo aumentada por la tolerancia a estos fármacos. (9,10,13,18)

#### **5.5. Intervención enfermera:**

La actuación de enfermería irá dirigida a restablecer y mantener de manera satisfactoria todas las necesidades del paciente. La finalidad principal es poder desarrollar las actividades de la vida diaria de forma independiente. A partir de la valoración por necesidades planteada por Virginia Henderson, se van a planificar diferentes actividades de enfermería basadas en la educación para la salud (función docente), con el fin de satisfacer la carencia que pueda tener un paciente con CU.

El perfil de desarrollo psicológico del paciente suele cursar con una rápida aceptación inicial de la enfermedad que con el tiempo se ve marcada por la frustración en todos los ámbitos (desde el personal hasta el laboral) por la aparición repentina e inesperada de los brotes. (10,20)

Es labor de enfermería proporcionar las herramientas para el conocimiento y gestión de la enfermedad, lograr una adecuada adherencia al tratamiento, evitar complicaciones y proporcionar un grupo de apoyo para el paciente. Por ello es de suma importancia que la enfermera ejerza su función de educación para la salud y derive al paciente a grupos de apoyo como son las asociaciones.

La forma idónea de realizarlo sería a través de los diagnósticos enfermeros, pero a causa de la brevedad del trabajo se ha optado por elaborar una serie de recomendaciones adaptadas a las necesidades de estos pacientes.

#### **5.5.1. Recomendaciones dietéticas:**

La alimentación juega un papel fundamental en el tratamiento y recuperación tras un brote. El riesgo de malnutrición y de incapacidad de mantener un índice de masa corporal adecuado en pacientes con CU es alto y, por lo tanto, es necesario que los profesionales ofrezcamos un soporte nutricional adecuado acorde con sus necesidades. <sup>(6)</sup>

En los periodos de brotes, la absorción de los nutrientes es deficiente por la reducción de la ingesta, la mala absorción de los nutrientes y el incremento metabólico provocado por la ulceración e inflamación del tejido mucoso. Los déficits nutricionales más habituales son: vitaminas A, D, E, K y B12, antioxidantes, cobre, calcio, ácido fólico, hierro, lipoproteínas, magnesio... <sup>(6,21)</sup>

Durante la fase de activación del brote, el paciente mantendrá una dieta astringente pobre en grasas, fibra y residuos para intentar reducir y contener el contenido intestinal el mayor tiempo posible, para así favorecer la absorción del agua y nutrientes. En los casos graves, en los que el paciente precisa hospitalización, se mantendrá en ayunas con suero terapia y soporte nutricional para intentar erosionar lo menos posible la mucosa intestinal, e intentar así, reducir la inflamación. Además, está indicado en pacientes con una cirugía a corto plazo o por malnutrición, la nutrición enteral por encima de la parenteral por el riesgo de infección. Cabe señalar que el tratamiento nutricional siempre vendrá acompañado de tratamiento farmacológico. <sup>(6)</sup>

La reintroducción de los alimentos se realiza de forma gradual y paulatina para poder volver a introducir progresivamente, las verduras, las legumbres, los alimentos crudos y las frutas. Si se identifica algún alimento que produzca cierta intolerancia al paciente se introducirá más adelante. Es importante que, sobre todo al principio, los alimentos se tomen triturados (purés) para facilitar la digestión. Cada individuo es diferente y él debe ir conociéndose. <sup>(6)</sup>

La microbiota intestinal, se ve afectada por el número de deposiciones y por la urgencia de estas. Por lo tanto, regenerarla no es una tarea fácil, pero se pueden utilizar suplementos alimentarios como los probióticos (microorganismos vivos) para mejorarla. Estos probióticos pueden ser presentados de diferentes formas. De forma natural, en alimentos fermentados (lácteos como el yogurt) y también, en concentrados como los nutracéuticos (cápsulas), la inulina, los fructooligosacáridos, los oligofructosacáridos... Los simbióticos corresponden a la unión de los dos anteriores provocando un efecto sinérgico y, por último, aunque aún se encuentra en investigación existe la opción de realizar un trasplante fecal. <sup>(6,8,21)</sup>

Cabe señalar que está contraindicado el consumo de leche en periodo activo, ya que la lactasa desaparece del intestino cuando las vellosidades de este están dañadas, provocando así la intolerancia a la leche y diversos síntomas como el dolor abdominal, las náuseas, los gases, la sensación de hinchazón... Además, los alimentos picantes, las bebidas gaseosas, el alcohol, el café, los embutidos y las carnes grasas deben ser excluidos en la medida de lo posible de la dieta. <sup>(6,12)</sup>

En pacientes colostomizados, está recomendado una buena masticación de los alimentos, beber mínimo litro y medio de líquido, evitar el sobrepeso, controlar la introducción de nuevos alimentos, llevar un control horario con el objetivo de evitar alterar el contenido de las heces y los gases y, por supuesto, que la dieta sea equilibrada. <sup>(6,12)</sup>

### **5.5.2. Recomendaciones ante la eliminación de los desechos corporales.**

La necesidad de eliminación es una de las más afectadas en pacientes con CU en todos los estadios de la enfermedad. En los casos leves, por el gran número de deposiciones y el contenido ácido de algunas de ellas, encontramos zonas erimatizadas alrededor del ano en los que podemos hacer uso de la pasta Lassa (crema con zinc). En los casos más graves, encontramos procesos quirúrgicos con derivación del contenido digestivo a una bolsa a través de un estoma situado en el abdomen que también puede presentar irritación de la piel por el contacto del contenido ácido de las heces. <sup>(22,23,24)</sup>

Las colostomías pueden ser temporales (reposo hasta que se recupere la integridad del tubo digestivo) o de forma permanente (extirpación de la zona dañada del intestino). La más común es la colostomía transversa, que se realiza en la zona alta del intestino (asa) o en tracto ascendente. Teniendo en cuenta que es una colostomía reversible, dispone de dos aberturas. La zona de intestino que no se utiliza para el proceso de digestión sigue produciendo moco (sistema de protección) y, por lo tanto, este puede ser excretado por el ano y por el estoma. Es recomendable cambiar la bolsa cuando esta se encuentre a la mitad de su ocupación, evitando así que abulte demasiado o rebose su contenido. Se debe intercambiar la bolsa regularmente sobre todo con síntomas como picor o quemazón... Es recomendable intentar que no se realice más de una vez al día para evitar erosiones de la piel. <sup>(22,23,24)</sup>

La frecuencia de defecación varía de unas personas a otras, y puede realizarse varias veces en el mismo día o pasar un par de días sin realizar defecación. El contenido dependerá de la zona donde esté realizada, y de la dieta del paciente. En las colostomías ascendentes (zona derecha del abdomen) el contenido será líquido ya que se encuentra en la primera porción del intestino grueso. Las heces de colostomías transversas (zona superior del abdomen) serán de consistencia semisólida. Sin embargo, si se realiza en la zona descendente o sigmoidea (lado izquierdo del abdomen), el paciente puede incluso controlar el momento de realizar la defecación debido a la mayor consistencia de las heces. <sup>(22,23,24)</sup>

Las bolsas pueden ser de una o dos piezas. Las bolsas de una pieza llevan integrada la barrera cutánea, por lo tanto, cada vez que retiremos la bolsa se irá con ella. No es recomendable en pacientes con dificultades en la adhesión de la barrera cutánea, heces líquidas o piel erimatizada. En cambio, las bolsas de dos piezas disponen de una pieza que es adherida a la piel y otra que mediante una pinza se une a la bolsa. La bolsa puede ser retirada numerosas veces sin tener que despegar la otra pieza, evitando la erosión de la piel. Además, hay dos modelos de bolsas: Las de un solo uso y las que disponen de una abertura para vaciar el contenido pudiendo volver a utilizarse. <sup>(22,23)</sup>

Los cuidados más importantes que debe realizar el paciente con colostomía son:

El mantenimiento de la integridad cutánea en las proximidades a la colostomía. Tras la retirada de la bolsa, la limpieza del estoma debe realizarse con agua y jabón, y posteriormente, realizar

un secado exhaustivo de la zona para que la bolsa se adhiera adecuadamente a la piel. El paciente puede hacer uso de la ducha con o sin la bolsa, ya que no se va a dañar el estoma, pero hay que tener en cuenta que puede expulsar contenido digestivo durante la misma. En ocasiones, las personas con mucho vello pueden tener dificultades con la adhesión de la bolsa y, en consecuencia, la fuga de contenido digestivo. Se recomienda en estos casos rasurar la zona próxima al estoma. Con una buena limpieza y cuidado del estoma, se evitaban complicaciones como la estenosis, en la cual, el estoma se estrecha por una mala cicatrización. <sup>(22,23)</sup>

Es de suma importancia que el tamaño y la abertura de la bolsa sean adecuadas, evitando así lesionar el estoma (dermatitis). Si el tamaño es muy pequeño, se puede lesionar el estoma o la piel y si es muy grande a causa del contenido ácido de las heces. Se debe comprobar si el eritema es causado por esto o por alergias a algún material de la bolsa. Como herramienta para medir el estoma, se dispone de planillas con las cuales se mide el tamaño del estoma y a partir de ahí se puede utilizar como calco para las demás bolsas. <sup>(22,23)</sup>

El paciente debe tener en cuenta su frecuencia de defecación antes de la colostomía, y los horarios en los que realizaba estas deposiciones. Si estos se están viendo alterados significativamente, se podría recurrir a la irrigación del estoma (solo para las colostomías descendentes y sigmoideas). <sup>(22,23)</sup>

No debe ser alarmante el hecho de encontrar pequeños manchados de sangre en la bolsa, ya que el tejido epitelial del estoma es muy delicado. Se debe consultar si el manchado persiste o es muy abundante. <sup>(22,23)</sup>

Es crucial identificar las complicaciones asociadas a esta intervención. Además de las mencionadas anteriormente, se puede retraer el estoma hasta el peritoneo y causar una infección por contenido fecal. También pueden manifestarse prolapsos al revertirse el estoma o hernias por debilidad de la pared abdominal. <sup>(22,23)</sup>

Para los pacientes, la ostomización supone un impacto a nivel físico, psicológico y social, ya que la imagen corporal se ve afectada. No solo eso, también la pérdida de control de la eliminación de heces y gases supone diversos sentimientos de disgusto y ansiedad. Esto ocasiona una pérdida de autoestima y cierto rechazo y aislamiento social por la falta de integración, causado por los estigmas relacionados con la belleza y la sexualidad. <sup>(24,25,26)</sup>

Algunos pacientes se pueden sentir preocupados o identificar dificultades a la hora de elegir la ropa pensando en las limitaciones que les pueden surgir (urgencia de acudir al baño o por la presencia de una ostomía). Como ocurre con otras enfermedades, hay productos adecuados para solventarlo. <sup>(26)</sup>

En caso de colostomía, el paciente debe conocer la existencia de “fajas” especiales que ciñen la bolsa de la ostomía al abdomen y, de esta forma, no tendrán que prescindir de la ropa ceñida. Además de estas, hay camisetas adaptadas, ropa interior con bolsillos para acomodar la bolsa, bañadores, fundas para la bolsa... De esta forma, se contribuye al cuidado de la piel. Algunos de los sitios webs que muestran estos productos son: *Ostocare.com*, *Amazon.com*, *Missbowel.com*, *Nosomosunabolsa.es...* <sup>(26)</sup>

Además, si el paciente tiene un vientre dolorido o delicado, es recomendable utilizar la camiseta ajustada o banda similar a la que usan las embarazadas. Entre otras recomendaciones están: el

uso de colores oscuros, estampados, vestidos acampanados, pantalones plisados, pantalones de cintura alta o blusas anchas. <sup>(26)</sup>

### **5.5.3. Recomendaciones actividad física:**

A muchos de los pacientes que padecen CU, les preocupa si podrán realizar ejercicio y que tipo de actividad física pueden realizar. Es necesario recalcar que, en los periodos de inactividad inflamatoria, el paciente puede realizar actividad física con total normalidad. Sin embargo, dentro de los periodos de actividad, se ven más limitados por la anemia, el gran número de deposiciones diarias y el cansancio general. <sup>(21,27)</sup>

Cabe señalar, que la actividad física en pacientes con CU es tan beneficiosa como para el resto de las personas y, además, puede ser una herramienta muy útil para el control del peso y para liberar tensiones y reducir los periodos de estrés, ansiedad y depresión por la liberación de endorfinas. Todo ello contribuye a la disminución de los factores proinflamatorios reduciendo el riesgo de brote. <sup>(21,27)</sup>

La actividad de cada individuo será individualizada dependiendo de la edad, condición física, estado clínico... El ejercicio será aeróbico e isotónico ya que el ejercicio intenso como puede ser el levantamiento de pesas puede resultar perjudicial. La presencia de un baño cercano proporcionará seguridad al paciente, al igual que el uso de la faja en pacientes ostomizados. Es importante señalar que la hidratación antes y después de la actividad física es fundamental para evitar la pérdida de electrolitos e hipotensión. Por último, es recomendable que, en pacientes con tratamiento con corticoides, los ejercicios no sean de gran impacto por el riesgo de rotura o fractura ósea. <sup>(27)</sup>

### **5.5.4. Recomendaciones para dormir, descansar y manejo del estrés.**

Los pacientes con EI poseen un nivel de estrés crónico que, en muchos casos, es el desencadenante de los periodos de activación de la enfermedad. Por lo tanto, es de suma importancia una adecuada educación para la salud de técnicas de relajación y de control del estrés. El objetivo de estas técnicas es disminuir o incluso eliminar la producción de las citoquinas proinflamatorias. <sup>(10)</sup>

En el momento del diagnóstico de la enfermedad, puede presentarse el síndrome general de adaptación. Este síndrome genera que el paciente y la familia sientan miedo a la enfermedad, a los cambios en su estilo de vida, a las consecuencias asociadas y a las repercusiones sociales, presentando así, un alto nivel de alerta y, por lo tanto, de estrés. Es necesario que, desde el diagnóstico, se enseñe al paciente y a la familia a gestionar la ansiedad y la depresión, ya que son las enfermedades neurológicas más comunes entre pacientes con CU. <sup>(10)</sup>

Para empezar, ante una sensación de nerviosismo, el primer paso es identificar cuáles son las causas, y apuntarlas para aprender a identificarlas. Ante una situación de estrés, el organismo activa el sistema simpático y aparecen síntomas como sequedad en la boca, temblores, taquicardia, taquipnea... <sup>(10)</sup>

Respecto a la respiración en situaciones ansiosas, el paciente debe tener en cuenta que esta debe ser pausada y profunda evitando así, la hiperventilación. Si a priori no se puede controlar, se puede hacer uso de una bolsa, y con ella, aumentar los niveles de dióxido de carbono deprimiendo el sistema nervioso y disminuyendo la ansiedad. Esta técnica es útil para una situación

puntual, pero cuando estamos expuestos a un estrés crónico, es necesario conocer técnicas de relajación. Es recomendable realizarla habitualmente sobre todo antes de dormir, para que el sueño sea reparador y de calidad. <sup>(10)</sup>

Como propuesta de relajación, se expone el siguiente ejercicio:

Para comenzar con la relajación, es necesario encontrar un lugar tranquilo y adoptar una posición cómoda. Tras ello, el paciente debe imaginarse un paisaje en el que quiera estar. Este método puede acompañarse con música relajante, o cualquier melodía, que produzca sensación de relajación. Cuando esté en este punto, debe juntar el dedo índice y el pulgar, y de esta forma, si el paciente se encuentra ante una situación de estrés, con este gesto conseguirá la tranquilidad que se obtuvo con esta relajación. <sup>(10)</sup>

Se comenzará tomando atención a la respiración. Debe ser lenta y profunda. Con cada expiración, deberá expulsar todas las tensiones y preocupaciones que le provocan esa situación de estrés lentamente. Con ella, también desaparecerán las tensiones musculares y tendrá el cuerpo cada vez más relajado. <sup>(10)</sup>

A continuación, el paciente empezará a sentir una pesadez en la mano derecha que, poco a poco, se va a ir extendiendo a todo el brazo y posteriormente al hombro. Cuando consiga esto, se centrará su atención en la mano izquierda siendo cada vez más y más pesada de la misma manera que con el brazo derecho. La respiración debe seguir siendo lenta y profunda. <sup>(10)</sup>

En ese momento, el paciente debe centrar toda su atención en los brazos y el cuello, que son cada vez más pesados, y en ese momento, debe soltar todas las tensiones para sentirse más relajado. Comenzará con los músculos de la cara de la misma forma, comenzando a sentir esa pesadez inicial y posterior relajación a través de la profundidad de la respiración. Después, esta relajación invadirá las piernas, la pelvis y el tronco, hasta que el paciente consiga aumentar esa sensación de pesadez por todo su cuerpo. <sup>(10)</sup>

Cuando tenga esa sensación generalizada, comenzará a sentir calor placentero en el vientre acompañado de sensación de paz. A medida que se extiende, centrará la atención en la frente cambiando la sensación a una fresca suprimiendo las preocupaciones. En este momento, podrá imaginar en un lienzo en blanco ese lugar que imaginó anteriormente, tranquilo y relajado, ya que esta sensación invade su cuerpo. De nuevo, juntará ambos dedos para unir la sensación al gesto. <sup>(10)</sup>

Para terminar, podrá mantener ese momento el tiempo que necesite, pero cuando decida terminar, deberá respirar con fuerza recuperando la energía y el tono normal de su cuerpo. Poco a poco, moverá cada una de las partes de este y, por último, se mantendrá unos minutos sentado. Aquí termina esta técnica de relajación. <sup>(10)</sup>

Como profesionales, se debe tener en cuenta la carga del cuidado de un paciente con CU. Por ello, todas estas técnicas también son recomendables para los familiares cercanos, a estos pacientes para su bienestar individual y para ayudar a su familiar a no potenciar los episodios de estrés, ansiedad o depresión. Es importante que la familia no tome una actitud de sobre implicación emocional, criticismo u hostilidad, ya que puede favorecer al aumento del estrés y perjudicar el estado del paciente. <sup>(10)</sup>

En esta terapia, se ha utilizado la técnica de respiración diafragmática y la de relajación muscular progresiva, pero se puede hacer uso de otras como son:

- Mindfulness:

Esta técnica ayuda a reducir el nivel de estrés entre los pacientes con EII disminuyendo el número de citoquinas proinflamatorias. Esta terapia consiste en mantener la mirada en el presente y eliminar las preocupaciones referentes al pasado o al futuro. Sirve para priorizar a la persona y contemplar su momento presente encontrando el equilibrio. Uno de los ejercicios recomendados en esta actividad es realizar un registro emocional para que el paciente reconozca el problema o foco que le provoca el estrés, ansiedad o depresión y poder eliminarlo. <sup>(28)</sup>

- Risoterapia y visualización positiva:

Consiste en realizar actividades para facilitar la secreción de dopamina, endorfinas y serotonina. Suelen realizarse actividades en grupo y se reproducen diferentes juegos con un guía. alguna de ellas puede ser: intentar contagiar la risa al otro, imitar a personajes famosos o a otros miembros, realizar cambios de emociones con tarjetas o globos... <sup>(29)</sup>

Sin embargo, la visualización positiva consiste en una meditación en la que la imaginación es el personaje principal. Se debe intentar redirigir la mente a sensaciones o ideas satisfactorias y agradables (momentos felices). Se pueden alimentar estas sensaciones a través de los sentidos para recordarlo con mayor intensidad. <sup>(29)</sup>

- Yoga y pilates:

Forman parte de la actividad física que puede realizarse en momentos de activación, ya que se pueden realizar en casa. Además, si son realizados con consciencia, ayudan a disminuir los niveles de estrés y ansiedad. <sup>(29)</sup>

#### **5.5.5. Recomendaciones y herramientas para facilitar la vida del paciente y evitar complicaciones.**

En este punto, se van a exponer distintos recursos que pueden facilitar la vida del paciente.

En primer lugar, cabe señalar, el dolor crónico de los pacientes con CU. Resulta necesario, que el profesional de referencia ofrezca información de los tipos de dolor (agudo y crónico) y de la disponibilidad de recursos para el control de este. El dolor agudo tiene una duración corta y está asociado a un daño. Una vez que el daño desaparece el dolor también. Sin embargo, el dolor crónico tiene una durabilidad superior a tres meses. El dolor provoca una alteración en todas las áreas vitales del paciente y por tanto reduce enormemente la calidad de vida de este. Las terapias para combatirlo precisan de una coordinación multidisciplinar. El dolor crónico es más frecuente en mujeres que en hombres, pero ambos pueden lograr una buena calidad de vida con los distintos tratamientos disponibles. <sup>(30)</sup>

La asociación de ACCU ha realizado un *Chatbot*, donde los pacientes tienen una guía personalizada para resolver dudas de forma rápida, por su fácil acceso. Esta guía es realmente efectiva ya que al ser inteligencia artificial, los pacientes pueden dejar a un lado los prejuicios y las vergüenzas. Además, con apoyo de las nuevas tecnologías, el paciente puede acceder fácilmente a las farmacias más próximas con accesibilidad a la medicación que necesitan. Un ejemplo es la APP

LUDAFARMA y centros de referencia ante una urgencia. Esto proporcionará al paciente seguridad y tranquilidad. En el siguiente enlace se muestran los centros de referencia de diversas enfermedades con el objetivo de prestar cuidados especializados a los pacientes afectados. <sup>(31)</sup>

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/docs/ListaCSUR.pdf>

En algunas ciudades, se ha establecido un servicio para la atención domiciliaria en situaciones de brote, como el que se encuentra en la provincia de Ourense. Este servicio tiene como objetivo aumentar la autonomía del paciente, apoyar el marco de convivencia de paciente y familias, fomentar las relaciones sociales y mantener el asesoramiento y seguimiento de los pacientes.

#### **5.5.6. Recomendaciones para facilitar la comunicación expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Papel de las asociaciones.**

En este punto, se va a tratar cómo fomentar una buena comunicación de los pacientes con su entorno social, familiar, laboral, de pareja... y cuáles son las instituciones que velan por el bienestar de estos pacientes.

Las relaciones sexuales en pacientes con CU se ven afectadas. Tanto en el paciente como en su pareja. El primer paso de ambos es reconocer el rol de la pareja, reconocer la forma de afrontarlo y, por último, analizar su forma de comunicación con la otra persona, al igual que con familiares, amigos, compañeros de trabajo... <sup>(10,32)</sup>

Las manifestaciones clínicas más relevantes son: La pérdida de la lívido, la asociación de la enfermedad con la imposibilidad de tener relaciones íntimas o como causa de ruptura, las preocupaciones a nivel de imagen corporal por la ostomía... <sup>(32)</sup>

El objetivo de este ejercicio es conseguir un patrón funcional directo y consciente. Este patrón debe incidir tanto en el paciente como su pareja para que reconozcan la situación como real, y realicen diferentes esfuerzos para adaptar su vida a la nueva situación, mediante una comunicación asertiva y consciente. <sup>(10,32)</sup>

Algunas pautas para conseguirlo pueden ser: mirar a los ojos, adaptar la distancia para que haya cercanía sin invadir el espacio de la otra persona, buscar el momento adecuado, respetar el turno, utilizar un tono afable y calmado, realizar críticas constructivas, resaltar lo positivo, ser breve, no culpar, ser claro y preciso... <sup>(10,32)</sup>

En el caso de pacientes colostomizados se puede hacer uso de perfumes para la bolsa para reducir el olor, vaciarla antes del encuentro sexual, el uso de desodorantes específicos, usar bolsas más pequeñas, evitar comer antes y usar el sentido del humor favorecerá crear un ambiente relajado. <sup>(32)</sup>

Las instituciones que se encargan de ayudar a estos enfermos son las asociaciones que a nivel nacional e internacional sirven de apoyo para estos pacientes. Estas instituciones disponen de profesionales especializados que sirven como apoyo al resto de los compañeros. A nivel europeo encontramos: Association FranCois Aupetit (AFA-Francia), ASMCC (SUIZA), ACCU (España)...

Las asociaciones realizan un papel fundamental, basada en la autoayuda, en estos pacientes a nivel físico, psicológico y social a todos los niveles y algunas de las actividades que realizan son:

La creación de asambleas para compartir experiencias, siendo de suma importancia, sobre todo, en recién diagnosticados, niños y adolescentes. También cabe señalar, las campañas de sensibilización por parte de las diferentes asociaciones abiertas al público para concienciar y eliminar tabús en la sociedad.

Además, ofrecen información acerca del reconocimiento de la discapacidad, la solicitud de la reducción de la jornada laboral, el derecho a bajas laborales... (derechos y consecuencias)

Viajar con CU es posible, aunque en muchos de los pacientes cause un gran temor por posibles complicaciones. El primer paso es elegir el momento (periodo asintomático), consultarlo con su médico especialista (siendo el objetivo con los riesgos del viaje sobre todo teniendo en cuenta el destino elegido) y desarrollar una buena organización de los pasos que debes seguir (plan de vacunación, informes necesarios, medicación, seguro médico...). Asociaciones como ACCU realizan anualmente dos viajes de socios y familiares para fomentar las relaciones sociales y personales del paciente. <sup>(33)</sup>

Es papel de la enfermera que los pacientes tengan acceso directo con las asociaciones y así realizar un trabajo conjunto para conseguir reducir al máximo las complicaciones asociadas a las actividades de la vida diaria del paciente.

Para concluir, se presenta la valoración a través de dos estudios de los indicadores de calidad y el nivel de satisfacción de los pacientes.

A partir del estudio IQCaro, se concluyeron diversos indicadores de calidad de la atención sanitaria. Estos indicadores de calidad se obtuvieron a partir de encuestas a pacientes y profesionales. Los indicadores de calidad de la asistencia sanitaria son:

- a. Información adecuada proporcionada por los profesionales sobre la enfermedad.
- b. Que sea el mismo grupo de profesionales el que atiende al paciente en todas sus etapas de atención tanto en consulta, pruebas especiales, urgencias, planta de hospitalización...
- c. Atención necesaria y muestra de interés en las consultas presenciales con el equipo.
- d. Atención inmediata por el equipo ante una situación de urgencia ante cualquier complicación.
- e. Confianza en el equipo sobre su capacidad profesional para el manejo de la enfermedad.
- f. Adaptación por parte del equipo teniendo en cuenta la situación personal de cada paciente y sus intereses.
- g. Acceso facilitado en todo momento por el equipo a un servicio.
- h. Asignación y conocimiento de quien es el médico que lleva su tratamiento.
- i. Consejos actualizados y pertinentes para ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente en su día a día.
- j. Información acerca de los pros y los contras de realizar cualquier tipo de tratamiento. <sup>(34)</sup>

En 2018, se realizó una encuesta de valoración a partir de 39 ítems sobre la información proporcionada por los profesionales, la información de la que disponen y el uso de las TICS. Los resultados del estudio fueron alentadores, ya que la mayoría consideran que han recibido una información adecuada, pero localizan la falta de asesoramiento sobre páginas web seguras y la

información apropiada en el diagnóstico. También, los encuestados consideran que la información no era adaptada a los más jóvenes y a personas con un nivel académico inferior. <sup>(35)</sup>

## 6. DISCUSIÓN/IMPLICACIONES:

Como se ha mencionado anteriormente, la EII es una enfermedad de etiología desconocida. Autores como Jaureguizar *et al.* asocian su aparición a factores genéticos como causa principal con independencia de si es EC o CU; además, describe que a mayor número de casos familiares más precoz es la aparición de la enfermedad siendo la EC predominante en la relación genética. Estos datos corresponden con el resto de las publicaciones, salvo por la relación de los cromosomas afectados. Jaureguizar *et al.* establecen como cromosomas alterados el doce y el dieciséis mientras que Eduardo Moreno señala que el cinco y el seis son los cromosomas alterados relacionándolo con genes específicos como el NOD2/CARD15. <sup>(10,18)</sup>

Respecto al perfil psicológico, Jaureguizar *et al.* hacen hincapié en el análisis del perfil psicológico del paciente con EII. Lo asocian a perfiles con: Neuroticismo, introversión, dependencia, perfeccionismo y rasgos obsesivo-compulsivos (con mayor incidencia en la CU) considerándolo parte de la personalidad de los pacientes con EII. Aun así, no lo declaran como un perfil claro ya que otros estudios analizados en su libro no asocian la relación con este perfil de personalidad; pero si una tendencia relacionada con la dependencia, la agresividad... Por lo tanto, concluyen que no hay evidencia para determinarlo válido. Si que recalcan la relación de situaciones de estrés grandes con el inicio de los síntomas. De la bibliografía seleccionada ninguno hace referencia al perfil psicológico del paciente salvo el anteriormente descrito. <sup>(10)</sup>

Existe discrepancia con la relación del tabaco como causa de la aparición de la enfermedad. Jaureguizar *et al.* establecen que entre los fumadores activos se duplica el riesgo de tener EC mientras que considera que en la CU puede tener un efecto protector. Sin embargo, el autor, Eduardo Moreno, reafirma que la incidencia de fumadores con EC es más alta que la de la población general y añade que con la CU aparecen más casos cuando los pacientes abandonan este hábito sin implicar que sea útil para el control de los síntomas de la enfermedad. <sup>(10,18)</sup>

Con relación a la dieta, Jaureguizar *et al.* relacionan el consumo de dietas ricas en carbohidratos, azúcares y alimentos refinados con mayores tasas de incidencia. No se han obtenido datos que verifiquen esta hipótesis, pero se puede concluir que una dieta variada y equilibrada evitando alimentos procesados y rica en fibra favorece el estado de bienestar intestinal del paciente y, por lo tanto, la ausencia de esta incrementará el riesgo de alteración de este. <sup>(10)</sup>

En cuanto a los datos estadísticos, Jaureguizar *et al.* mencionan que la incidencia es mayor en hombres que en mujeres y Luis Puig establece que la prevalencia en mujeres es mayor que en hombres (0,49% y 0,28% respectivamente, según el punto de prevalencia estimado). Mientras tanto, Eduardo Moreno considera que la incidencia es similar entre sexos. <sup>(14,15,18)</sup>

Los AINE son perjudiciales para la mucosa del colon y en relación a ello no hay controversia, pero Jaureguizar *et al.* ponen en el punto de mira los anticonceptivos orales como posible factor de riesgo mientras que en el resto de los datos revisados no se ofrecen datos que validen o ratifiquen esta hipótesis. <sup>(10)</sup>

En el libro de Jaureguizar et al hacen referencia en todo momento al término “flora intestinal” mientras que en el resto de los documentos se califica este término como obsoleto y se renueva por el término “microbiota intestinal”. <sup>(6,8,10,21)</sup>

La figura de una enfermera especialista es fundamental para pacientes con EII o cualquier otra patología, sobre todo, si conlleva la reducción del tracto digestivo. La atención especializada desde el momento del diagnóstico hasta la instauración de una ostomía es imprescindible para evitar las complicaciones asociadas a la falta de información y a la mala adherencia al tratamiento. Las deficiencias más significativas del sistema sanitario español son: La falta de cirujanos especializados en EII (el 40% no lo tiene), la preocupación por el alto gasto sanitario de estos pacientes (tanto asistencial como farmacológico), la atención por médicos generalistas y la necesidad de derivar a estos pacientes a otros centros. <sup>(36)</sup> Además, se considera de vital importancia la instauración de al menos una consulta de enfermería especialista en EII y en especial en pacientes ostomizados tanto a nivel hospitalario como en atención primaria.

## **7. CONCLUSIONES:**

Una vez realizada la revisión bibliográfica mostrada anteriormente sobre la intervención de enfermería en esta enfermedad podemos concluir que:

- Es de especial importancia mantener el control de la enfermedad para evitar los brotes. Con ello se incluye: El control del estrés, alimentación, hábitos tóxicos...
- La necesidad de conocer la enfermedad para una correcta adherencia al tratamiento y mejor control de la enfermedad, identificación de síntomas...
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad, conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.
- Resulta imprescindible el diagnóstico precoz por parte de la atención primaria para evitar complicaciones o incluso la muerte del paciente.
- La participación de enfermería en la CU es fundamental para el bienestar físico, psíquico y social del paciente.
- La aceptación y entendimiento de la enfermedad es competencia del trabajo multidisciplinar de los profesionales con el paciente; tratándolo como un ser holístico y humanizado.

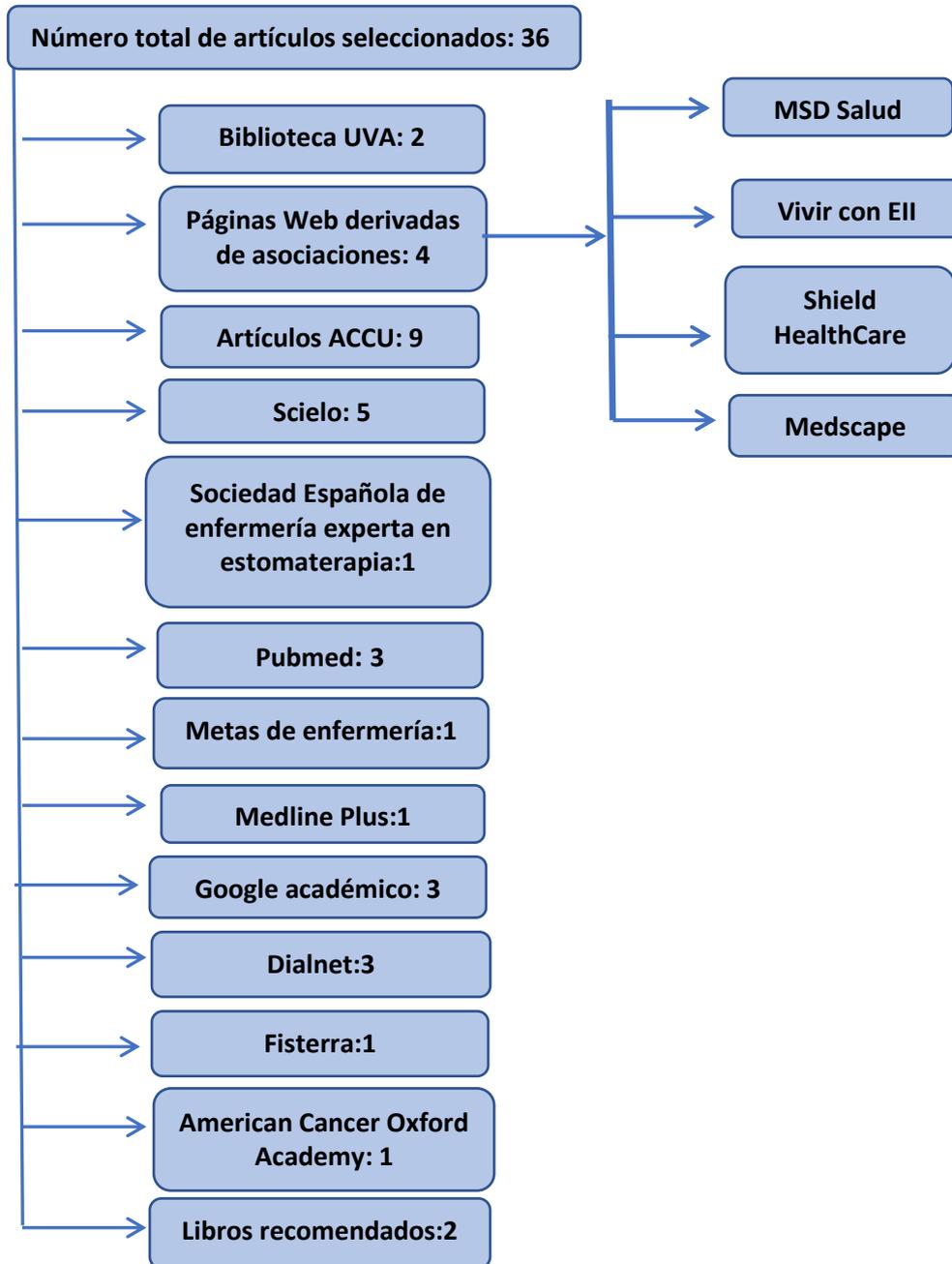
## 8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Tormo MA, Campillo JE. Introducción al sistema digestivo. En: Córdova A. Fisiología dinámica. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p.487-498.
2. Casales M, Doadrio AL. Fisiología del Aparato Digestivo. An de la Real Acad Med. 2014; 12-27.
3. Vallejo PA, Zambrano GH, Vallejo NK, et al. Bases morfofisiopatológicas del sistema digestivo. 1ª ed. Alcoy (Alicante): 3ciencias; 2019.
4. Medina E, Fuentes D, Suárez L, Prieto G. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Peña L. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 2ª Ed. Majadahonda (Madrid): Ergon S.A.; 2010. 151-160.
5. Manual MSD [sede Web]. Madrid: Walfish AE, Ching RA; 2020 [fecha actualización septiembre de 2020; acceso 21 de noviembre de 2020]. Colitis Ulcerosa [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal/colitis-ulcerosa>
6. Pérez C, Puebla A, Miján de la Torre A. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp. 2008; 23(5): 417-427.
7. Medscape [sede Web]. Nueva York: Basson MC [fecha actualización 26 de julio de 2019, acceso 30 noviembre 2020]. Ulcerative Colitis [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/183084-overview#a1>
8. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Ulcerative Colitis: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Mayo Clin Proc. 2014; 89(11): 1553-1563.
9. Algara M, García A, Masedo A. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: Suárez D, Vargas JC, Salas J, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 8ª ed. Madrid: MSD; 2016. 863-884.
10. Jaureguizar J, Espina A. Enfermedad física crónica y familia. 1ª ed. LibrosEnRed; 2005.
11. Romeo M, Martínez MJ, Pizarro I. Inflammatory bowel disease: the importance of early diagnosis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16(61).
12. Calle AB. Valoración y cuidados de enfermería en la colitis ulcerosa. Estudio de un caso [Trabajo de Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid; 2014. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5508/TFG-H38.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Costa C, Castiñeira C. *Colitis ulcerosa*. Fisterra. Elsevier; 2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/colitis-ulcerosa/>
14. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos P. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. JCC. 2013; 7: 322-337.
15. Puig L, Ruiz de Morales JG, Dauden E, et al. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93: e1-e19.

16. VivirconEII [sede Web]. Madrid: Ferring S.A.U.; 2015 [acceso 12 enero de 2021]. Complicaciones [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.vivirconeii.es/viviendo-con-eii/eii-y-usted/complicaciones>
17. MedlinePlus [sede Web]. Bethesda: Flatley P; 1997 [fecha de actualización el 04 de mayo de 2021; acceso 20 noviembre de 2020]. Colitis ulcerativa [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000250.htm#:~:text=La%20colitis%20ulcerativa%20puede%20afectar,m%C3%A1s%20altas%20del%20intestino%20grueso>
18. Moreno E. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Campos SF. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 4ª ed. Mexico: Manual Moderno SA; 2012. 287-299.
19. Savini C. Antiinflamatorios no esteroideos. ¿Por qué nos recomiendan no tomarlos?. ACCU. 2020; 120: 18-19.
20. Hernández L. ¿Otra vez? Emociones y afrontamiento en enfermedad inflamatoria intestinal. ACCU. 2019; 118: 20-22.
21. Marcos A. Inmunonutrición en EII. ACCU. 2016; 106: 4.
22. Durán MC, Martínez MC, Martos MA, et al. *Guía para la persona colostomizada y familia*. Granada. Sociedad española de enfermería: experta en estomaterapia; 2013. Disponible en: [https://estomaterapia.es/images/Guias\\_Clinicas/guia-colostomia.pdf](https://estomaterapia.es/images/Guias_Clinicas/guia-colostomia.pdf)
23. Clark J, Grover P, RNET, et al. *Colostomía: una guía*. Atlanta . American Cancer Society; 2011. Disponible en: <https://ucpvalencia.es/wp-content/uploads/2015/02/Gu%C3%ADa-de-colostom%C3%ADas.pdf>
24. De Frutos R, Solís M, Hernando A, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Enfermería* 21. 2011; 14(2): 24-31.
25. Ponce G, Carmona B, Huerta S. Tener una colostomía: transformación de la corporalidad. 2017; 21(48): 23-32.
26. Shield Health Care [sede Web]. Cox L; 2016 [acceso 20 de noviembre de 2020]. Cómo vestirse con una ostomía [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.shieldhealthcare.com/community/nuestra-comunidad/2016/06/15/como-vestirse-con-una-ostomia/>
27. Cano N. Beneficios del ejercicio físico en EII. ACCU. 2019; 117: 23-24.
28. Kabat-Zinn J. Investigadores de Valencia estudian el mindfulness en pacientes con EII. ACCU. 2017; 110: 17.
29. El País [sede Web]. Ediciones el país S.L. 2019 [acceso 3 de febrero de 2021]. Cinco técnicas de relajación para aliviar el estrés y la ansiedad al alcance de todos [aprox 5 pantallas]. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2019/08/14/buena vida/1565783185\\_939413.html](https://elpais.com/elpais/2019/08/14/buena vida/1565783185_939413.html)
30. De la Cruz M. Dolor crónico. ACCU. 2020; 120: 15-16.
31. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Hospitales de referencia. ACCU. 2013; 100: 17.
32. Camacho L. El impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la sexualidad dificultades

- y soluciones. ACCU. 2019; 117: 26-28
33. Panadero A. Viajar con una EII ¡Sí se puede!. ACCU. 2017; 110: 25-26.
  34. Calvet X, Saldaña R, Carpio D, et al. Improving Quality of Care in Inflammatory Bowel Disease Through Patients' Eyes: IQCARO Project. *Inflamm Bowel Dis.* 2020; 26(5): 782-791.
  35. Martín C, Maroto C, Fernández L. Evaluación mediante las redes sociales de la información con la que cuentan los pacientes con EII. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018; 110(5): 274-284
  36. Barreiro M, Argüelles F, Hinojosa J, et al. ¿Cómo se maneja la enfermedad inflamatoria intestinal en los servicios de digestivo en España? Resultados de la Encuesta GESTIONA-EII survey. *Rev esp enferm dig.* 2016; 108(10): 618

**Anexos:  
Anexo I:**



**Anexo II:**

<b>Fuente</b>	<b>Palabras clave</b>	<b>Artículos totales</b>	<b>Artículos relacionados con los criterios de inclusión</b>	<b>Artículos encontrados preseleccionados</b>	<b>Artículos incluidos en bibliografía</b>
Google académico	“Fisiología AND aparato digestivo”	30.200	16.100	10	1
	“Enfermedad inflamatoria intestinal”	46.100	16.400	16	1
	“Colitis ulcerosa OR enfermedad inflamatoria intestinal AND estrés”	8700	5.900	15	1
Scielo	“Enfermedad inflamatoria intestinal”	288	188	10	2
	“Intestinal bowel disease AND Ulcerative Colitis”	210	148	20	1
	“Colitis Ulcerosa OR Enfermedad inflamatoria intestinal AND incidencia”	37	9	3	1
	“Enfermedad de Crohn AND Colitis ulcerosa”	72	41	7	1
Biblioteca UVA	“Fisiología AND aparato digestivo”	126	6	3	1
	“Colitis ulcerosa AND atención de enfermería”	4	4	2	1
Medline plus	“Colitis ulcerosa”	209	209	5	1
Medscape	“ulcerative colitis”	2215	171	1	1
Pubmed	“Colitis ulcerosa”	51.807	9.496	20	2
	“Inflammatory bowel disease OR ulcerative colitis AND incidence”	16.513	3.874	12	1
Fisterra	“Colitis ulcerosa”	1	1	1	1
Dialnet Plus	“Fisiología AND aparato digestivo”	29	9	1	1
	“Colostomía”	114	86	1	1

Periódico: El País	“Técnicas de relajación”	5.029	5.029	3	1
Metas de enfermería (enfermería21)	“Calidad de vida AND ostomía”	1	1	1	1
American Cancer Society	“colitis ulcerosa”	11	11	1	1
Sociedad Española de enfermería experta en estomaterapia	“Colostomía”	4	4	1	1
Crónica (confederación ACCU Crohn y colitis ulcerosa)		1240	700	30	9
Páginas Web	Confederación ACCU				3
Libros recomendados			4	2	2

### Anexo III:

Título	Autor	Palabras clave	Fuente bibliográfica	Resumen
1. Introducción al sistema digestivo.	M.A. Tormo García y J.E. Campillo Álvarez	“Fisiología AND aparato digestivo”	Biblioteca Uva	Recoge las bases fisiológicas del aparato digestivo.
2. Fisiología del aparato digestivo.	María Cascales Angosto y Antonio L. Doardrio Villarejo	“Fisiología AND aparato digestivo”	Google Académico	Generalidades del sistema digestivo, función de órganos y glándulas anejas y proceso de digestión.
3. Bases morfofisiopatológicas del sistema digestivo.	Patricio Alfredo Vallejo, Graciela Hernestina Zambrano, Nivea Katherine Vallejo, et al.	“Fisiología AND aparato digestivo”	Dialnet	Generalidades del sistema digestivo, función de órganos y glándulas anejas y proceso de digestión.
4. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica.	Enrique Medina Benítez, Daniel Fuentes Lugo, Lucrecia Suárez Cortina, Gerardo Prieto Bozano.	“Enfermedad inflamatoria intestinal”	Google Académico	Generalidades de la enfermedad, tratamiento, diagnóstico, epidemiología.
5. Colitis ulcerosa.	Aaron E. Walfish y Rafael Antonio Ching Companioni	“Colitis ulcerosa”	Confederación ACCU: MSD MANUAL	Generalidades de la Colitis ulcerosa.

6. Tratamiento nutricional de la enfermedad inflamatoria intestinal.	C.Pérez Tárrago, A. Puebla Maestu y A. Miján de la Torre	“Enfermedad de Crohn AND Colitis ulcerosa”, “Enfermedad inflamatoria intestinal”	Scielo	Generalidades de la enfermedad, epidemiología, riesgo de malnutrición en el paciente, déficits nutricionales, tipo de nutrición en cada etapa de la enfermedad.
7. Colitis ulcerosa.	Marc D Basson	“Ulcerative Colitis”	Medscape	Generalidades de la enfermedad.
8. Colitis ulcerosa: epidemiología, diagnóstico y tratamiento.	Joseph D. Feuerstein	“Colitis ulcerosa”	Pubmed	Generalidades de la enfermedad.
9. Enfermedad inflamatoria intestinal.	D. Suarez, J.C Vargas, J. Salas, et al.		Biblioteca hospital Santa Bárbara (Soria)	Generalidades de la CU, diagnóstico, tratamiento...
10. ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA Y FAMILIA. Un programa de intervención en la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.	Joana Jaureguizar, Alberto Espina	“Colitis ulcerosa OR enfermedad inflamatoria intestinal AND estrés”	Google académico	Abordaje de la enfermedad por la familia y el paciente, gestión del estrés, técnicas de relajación. Generalidades de la EII.
11. Inflammatory bowel disease: the importance of early diagnosis.	M. Romeo Donlo, M.J Matínez Gómez, I. Pizarro Pizarro	“Intestinal bowel disease AND Ulcerative Colitis”	Scielo	Generalidades de la enfermedad e importancia del diagnóstico precoz de la enfermedad,
12. Valoración y cuidados de enfermería en la colitis ulcerosa. Estudio de un caso.	Ana Belén Calle Frías	“Colitis ulcerosa AND atención de enfermería”	Biblioteca Uva	Generalidades de la enfermedad, papel de enfermería, diagnósticos y cuidados enfermeros.
13. Guía Clínica: Colitis ulcerosa.	Carmen Costa Ribas Carmen Castiñeira Pérez	“Colitis ulcerosa”	Fisterra	Generalidades de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento...
14. The burden of inflammatory bowel disease in Europe.	Johan Burisch, Tine Jess, Matteo Martinato, Peter L Lakatos.	“Inflammatory bowel disease OR ulcerative colitis AND incidence”	Pubmed	Prevalencia e incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en Europa.
15. Prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España.	Luis Puig, Jose G. Ruiz de Morales, Esteban Dauten, et al.	“Colitis Ulcerosa OR Enfermedad inflamatoria intestinal AND incidencia”	Scielo	Datos epidemiológicos sobre la CU en el territorio español.
16. Vivir con EEII.	Ferring S.A.U.	“Enfermedad inflamatoria intestinal”	Confederación ACCU	Complicaciones de la CU e implicación del paciente en su propio autocuidado

				aportando información sobre complicaciones, estilo de vida, comunicación...
17. Colitis ulcerosa.		"Colitis ulcerosa"	Medline plus	Generalidades de la CU.
18. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo: Enfermedad inflamatoria intestinal.	Libro Salvador Francisco Campos.			Marco conceptual de la EII, epidemiología, manifestaciones clínicas, diferencias entre la CU y la EC.
19. Antiinflamatorios no esteroideos. ¿Por qué nos recomiendan no tomarlos?	Claudia Savini		Confederación ACCU	Efectos secundarios de los antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con EII.
20. ¿Otra vez? Emociones y afrontamiento en enfermedad inflamatoria intestinal.	Lorena Hernández		Confederación ACCU	Afrontamiento de la enfermedad, duelo y relaciones.
21. Inmunonutrición en EII.	Asunción Marcos		Confederación ACCU	Actividad física, nutrición y microbiota intestinal.
22. Guía para la persona colostomizada y familia.	M <sup>a</sup> del Carmen Durán Ventura, M <sup>a</sup> del Carmen Martínez Costa, Miguel Angel Martos, et al.		Sociedad Española de enfermería experta en estomaterapia	Nociones básicas de la ostomización, cuidados y adaptación del paciente y familia.
23. Colostomía: una guía.	Jan Clark, RENET, CWOCN y Peg Grover	"Colitis ulcerosa"	American Cancer Society	Generalidades sobre las colostomías, tipos, control, bolsas, cuidados...
24. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo.	Rocío de Frutos Muñoz, Montserrat Solís Muñoz, Angélica Hernández López, et al.	"Calidad de vida AND ostomía"	Metas de enfermería	Estudio sobre la calidad de vida de los pacientes ostomizados.
25. Tener una colostomía: Transformación de la corporalidad.	Ghandy Ponce, Beatriz Carmona y Sara Huerta.	"Colostomía"	Dialnet Plus	Cambios en la corporalidad tras colostomización, importancia de atención enfermera.
26. Como vestirse con una ostomía.	Laura Cox	"Colostomía" "Vestirse"	Shield Health Care	Herramientas para favorecer la imagen, comodidad y confianza de pacientes colostomizados.
27. Beneficios del ejercicio físico en EII.	Noelia Cano		Confederación ACCU	Recomendaciones para cómo realizar la actividad física de la EII.

28. Investigadores de Valencia estudian el mindfulness en pacientes con EII.	Jon Kabat-Zinn		Confederación ACCU	Ejemplo de terapia de relajación y beneficios de la EII.
29. Cinco técnicas de relajación para aliviar el estrés y la ansiedad al alcance de todos.	El país	“Relajación”	El PAIS	Terapias de relajación para disminuir los niveles de estrés.
30. Dolor Crónico.	M <sup>a</sup> de la Luz Cánovas		Confederación ACCU	Tipos de dolor, incidencia, como aliviarlo y calidad de vida frente a él.
31. Hospitales de referencia.	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.		Confederación ACCU	Disponibilidad de centros de referencia para atención especializada sobre la EII.
32. El impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la sexualidad dificultades y soluciones.	Laura Camacho.		Confederación ACCU	Herramientas para facilitar la vida sexual de los pacientes con EII.
33. Viajar con una EII, ¡Si se puede!	Abel Panadero		Confederación ACCU	Recomendaciones para viajar con EII.
34. Improving Quality of Care in Inflammatory Bowel Disease Through Patients' Eyes: IQCARO Project.	Xavier Calvet, Roberto Saldaña, Daniel Carpio, et al.	“Colitis Ulcerosa”	Pubmed	Determinación de indicadores de calidad de la asistencia sanitaria por los pacientes para mejorar el manejo de la enfermedad.
35. Evaluación mediante las redes sociales de la información con la que cuentan los pacientes con EII.	Carmen Martín Fernández, Carlos Maroto Martín y Luis Fernández Salazar.	“Enfermedad de Chron”, “Colitis ulcerosa”	Scielo	Valoración de los pacientes enfermos de EII respecto a la toma de información y al uso de las TICS.
36. ¿Cómo se maneja la enfermedad inflamatoria intestinal en los servicios de digestivo en España? Resultados de la Encuesta GESTIONA-EII.	Manuel Barreiro de Acosta, Federico Argüelles Arias, Joaquín Hinojosa et al.	“Enfermedad inflamatoria intestinal”	Scielo	Encuesta relacionada con la gestión de la EII en los centros hospitalarios españoles.