



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2021-2022
Trabajo de Fin de Grado

RECOMENDACIONES
DIETÉTICAS COMO ELEMENTO
TERAPÉUTICO EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD DE CROHN

Marta González Ortiz

Tutor/a: **María José Cao Torija**

RESUMEN

Introducción. La EC pertenece al grupo de las EII. Se trata de un trastorno intestinal crónico y recidivante de etiología desconocida que provoca la aparición de lesiones a lo largo del tubo digestivo. El tratamiento dietético varía en función de la fase de la enfermedad que el paciente sufra: fase activa, con un brote leve, moderado o grave, o fase de remisión. La enfermera debe mostrar al paciente el papel que desempeña la dieta en el inicio y curso de la enfermedad.

Objetivo. Determinar cómo la dieta puede frenar la evolución de la enfermedad de Crohn y mejorar la calidad de vida.

Método. Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library y Scielo. Las palabras clave empleadas fueron: *Enfermedad de Crohn, Alimentación y Dieta*. Además, mediante la búsqueda manual se encontraron artículos de interés en las siguientes páginas: SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición), Confederación de asociaciones de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa en España, BUva (Biblioteca de la Universidad de Valladolid) y Educainflamatoria.

Resultados. Existen dos periodos de la enfermedad (Fase activa, y periodo de remisión) en los que el abordaje dietético es diferente. Durante la fase activa destacan las repercusiones nutricionales, con la presencia de diferentes tipos de desnutrición, tanto calórico-proteica como deficiencias de determinadas vitaminas y minerales. Las intervenciones dietéticas suelen centrarse en el consumo de bajas cantidades o exclusión de uno o más grupos de alimentos que desencadenan los síntomas. Durante la fase inactiva o remisión, las repercusiones nutricionales disminuyen si la dieta es correctamente establecida y se siguen las pautas nutricionales marcadas. Es un periodo para recuperarse de los déficits alcanzados durante la fase activa.

Conclusiones. Los enfermos de Crohn tienen un riesgo nutricional, por lo que es importante realizar evaluaciones nutricionales periódicas. Dependiendo de los síntomas que se presenten y de la gravedad del brote se tendrá que adecuar en mayor o menor medida la dieta. La dieta parece tener una relación directa con la EC. Cobra importancia diferenciar las etapas de la enfermedad ya que en la remisión la dieta puede ser no restrictiva. El objetivo del abordaje enfermero es

integrar todas las funciones, estandarizar criterios y definir el papel de la enfermería, limitando el impacto en la calidad de vida del paciente.

ABSTRACT

Introduction. Crohn Disease belongs to the Inflammatory bowel disease group. It is a chronic and relapsing intestinal disorder of unknown etiology that causes the appearance of lesions throughout the digestive tract. Dietary treatment varies depending on the phase of the disease that the patient suffers: active phase, with a mild, moderate or severe outbreak, or remission phase. The nurse must show the patient the role that diet plays in the onset and course of the disease.

Objective: Determine how diet can slow the progression of Crohn's disease and improve quality of life

Method. A systematic review of scientific articles was carried out in the following databases: Pubmed, Cochrane Library and Scielo. The keywords used were: *Enfermedad de Crohn, Dieta and Alimentación*. In addition, through the manual search, articles of interest were found on the following pages: SEEN (Spanish Society of Endocrinology and Nutrition), Confederation of Associations of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Spain, BUva (Library of the University of Valladolid) and Educainflammatory.

Results. There are two periods of the disease (active phase and remission period) in which the dietary approach is different. During the active phase, the nutritional repercussions stand out, with the presence of deficits in certain vitamins and minerals, as well as the frequent appearance of malnutrition. Dietary interventions often focus on consuming low amounts or excluding one or more food groups that trigger symptoms. During the inactive phase or remission, the nutritional repercussions decrease if the diet is correctly established and the marked nutritional guidelines are followed. It is a period to recover from the deficits achieved during the active phase.

Conclusions. Crohn's patients are at nutritional risk, so regular nutritional assessments are important. Depending on the symptoms that occur and the severity of the outbreak, the diet will have to be adjusted to a greater or lesser extent. Diet seems to have a direct relationship with CD. It is important to differentiate the stages of the disease since in remission the diet may be non-restrictive. The objective of the nursing approach is to integrate all functions, standardize criteria and define the role of nursing, limiting the impact on the patient's quality of life.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal?	1
1.2. ¿Qué es la enfermedad de Crohn?	2
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
4. HIPÓTESIS	5
5. OBJETIVOS	5
5.1. Objetivo general:	6
5.2. Objetivos específicos:.....	6
6. MATERIAL Y MÉTODOS	6
6.1. Criterios de inclusión o exclusión	7
6.2. Estrategia de selección	8
7. RESULTADOS	9
7.1. RESULTADOS DE BÚSQUEDA	9
7.2. FASE AGUDA O PERIODO ACTIVO DE LA ENFERMEDAD - RECAÍDA ..	11
7.2.1. REPERCUSIÓN NUTRICIONAL	11
7.2.2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS.....	14
7.2.3. PAPEL DE LA ENFERMERA	17
7.3. PERIODO DE REMISIÓN	19
7.3.1. REPERCUSIÓN NUTRICIONAL	19
7.3.2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS.....	19
7.3.3. PAPEL DE LA ENFERMERA	20
7.4. INTERVENCIÓN ENFERMERA. ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD	21
8. DISCUSIÓN	25
9. CONCLUSIONES	26
10. BIBLIOGRAFÍA	28
11. ANEXOS	33

ABREVIATURAS

CU: Colitis Ulcerosa

EC: Enfermedad de Crohn

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

IMC: Índice de Masa Corporal

MEP: Malnutrición Energético – Proteica

N.E.: Nivel de Evidencia

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema PICOT...	5
Figura 2. Estrategia de búsqueda.....	11
Figura 3. Mecanismos de desnutrición en pacientes con EII.....	13
Figura 4. Abordaje de la enfermedad.....	22
Figura 5. Evolución del enfermo tras el diagnóstico.....	24
Figura 6. Abordaje profesional de la enfermedad.....	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1. Términos de búsqueda.....	7
Tabla 2. Grados de recomendación.....	9
Tabla 3. Resultados de la búsqueda.....	9
Tabla 4. Alimentos que mejoran o empeoran los síntomas en la EC.....	16
Tabla 5. Clasificación Montreal de la enfermedad de Crohn.....	33
Tabla 6. Datos significativos de los artículos seleccionados.....	35

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal?

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende una serie de patologías con sintomatología común: la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada o inclasificable. Se trata de una serie de enfermedades de carácter crónico e incurable, y se presenta con periodos de recaída y remisión(1). La inflamación puede afectar a cualquier punto de la pared del tubo digestivo, pero con preferencia íleon terminal y diferentes segmentos del colon(2).

La incidencia y prevalencia de la EII ha aumentado en los últimos años. En España actualmente, la incidencia de EII se estima en 16 casos por cada 100.000 habitantes al año(3). Es importante emplear criterios homogéneos en cuanto al diagnóstico y tratamiento(1).

Los factores que contribuyen al desarrollo de la EII no están claros, aunque el actualmente se asocia a la interacción de los genes de susceptibilidad a la enfermedad, la respuesta inmune inapropiada, la microbiota intestinal, y los factores ambientales en los que se incluyen infecciones gastrointestinales, antibióticos, consumo de tabaco y anticonceptivos orales. El aumento de la ingesta de azúcares refinados se ha asociado con un mayor riesgo. Otros estudios han asociado el consumo de fibra dietética con un riesgo reducido de EC. Algunos factores ambientales potenciales incluyen infecciones gastrointestinales, antibióticos, consumo de tabaco y anticonceptivos orales (4).

La aparición y desarrollo de las EII incluye la genética, el sistema inmunológico, los factores microbianos y ambientales, en particular la dieta. Se han identificado mutaciones en genes que codifican o modulan la expresión de proteínas que afectan las funciones de regulación inmunológica en pacientes con EII(5).

La disbiosis consiste en un desequilibrio en la composición del microbioma intestinal. Es una característica de la EII. Se caracteriza por la pérdida de diversidad microbiana, especialmente de bacterias anaeróbicas favorables y productoras de ácidos grasos de cadena corta (AGCC)(5).

1.2. ¿Qué es la enfermedad de Crohn?

La EC pertenece al grupo de las EII. Se trata de un trastorno intestinal crónico y recidivante(6) de etiología desconocida (7) que provoca la aparición de lesiones a lo largo del tubo digestivo, en la mucosa intestinal, desde la boca hasta el ano, siendo más frecuentemente afectados íleon terminal y el colon. Se trata de una disminución de la respuesta inmunitaria y adaptativa del intestino, que cursa con periodos de crisis y remisión(8).

Los principales síntomas de esta enfermedad son dolor abdominal con cólicos, fatiga, fiebre, inapetencia, sensación de defecar, incluso cuando sus intestinos están vacíos. Se pueden incluir también el estreñimiento, úlceras, presencia de pus o moco en las heces, dolor articular o encías sangrantes (7). Los síntomas pueden depender de la localización de la inflamación(9).

Se sugiere que esta enfermedad obedece a un mecanismo etiopatogénico multifactorial de tipo genético, infeccioso y ambiental. Se clasifica en función de la localización (7) (ilecólica, ileal, perianal u otras localizaciones), el patrón (fistulizante, estenosante o inflamatorio) y la gravedad (leve, moderada o grave)(10), aunque varios estudios, han demostrado que, para determinar la Enfermedad de Crohn en los pacientes, se debería utilizar la clasificación de Montreal (Anexo I), (menores de 16, edades comprendidas entre 17 y 40, y mayores de 40 años), su localización (ileal, cólica, ileocólica, gastrointestinal alta) y el comportamiento (no obstructivo no fistulizante, obstructivo, fistulizante)(10)

Para el diagnóstico de esta enfermedad se lleva a cabo el siguiente proceso(1):

- Exploración física.
- Pruebas de laboratorio: biometría hemática, velocidad de sedimentación globular (VSG), PCR, albúmina, hierro, ferritina, examen coprológico (calprotectina fecal).
- Eliminación de la posibilidad de virus de la inmunodeficiencia humana (sida), tuberculosis y otras patologías, como infecciones intestinales, isquemia, etc. (pruebas sanguíneas y fecales).
- Íleo-colonoscopia.
- Ultrasonido (US) abdominal.

- La imagen por RM (IRM) es preferida sobre la TC debido a la exposición a radiación, y se realiza con un protocolo enterográfico.
- Exámenes radiológicos con contraste de bario (tránsito intestinal y colon por enema) (cuando no están disponibles la IRM o la TC).
- Cápsula endoscópica (en casos donde no se ha establecido el diagnóstico, aun después de las pruebas anteriores).

Destaca el crecimiento de incidencia en las últimas décadas de enfermedades tanto alérgicas como autoinmunes. El tabaco es uno de los principales factores de riesgo que alteran la respuesta inmune, incrementando el riesgo de aparición de la enfermedad. La prevalencia de la EC en España es de 225 personas por cada 100.000 habitantes(11). La EC afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres (10).

No existe tratamiento farmacológico capaz de remitir la enfermedad. El tratamiento que engloba terapias antiinflamatorias e inmunosupresoras junto a la alimentación (8). La dieta constituye el primer escalón del tratamiento en la prevención de la progresión de la enfermedad, y tiene la capacidad de disminuir los síntomas gastrointestinales (8). Ésta ejerce una fuerte influencia en el desarrollo y curso de la enfermedad. (5). Durante el brote, es común restringir alimentos para evitar dolor y síntomas intestinales. Se debe limitar lácteos, fibra y grasas (12). Es aconsejable hacer una dieta pobre en residuos, prescindiendo de fibra insoluble que genera mucho residuo fecal y favorece la obstrucción intestinal(13).

El tratamiento dietético varía en función de la fase de la enfermedad que el paciente sufra: fase activa, con un brote leve, moderado o grave, o fase de remisión(2).

El manejo de la EC requiere un abordaje multidisciplinar en el que participe un equipo de especialistas médicos, psicólogos y enfermeras (14). Las intervenciones de enfermería se basan en ofrecer al paciente una atención integral, complementando la asistencia médica (12). Se debe mostrar al paciente el papel que desempeña la dieta en el inicio y curso de la enfermedad (5).

2. JUSTIFICACIÓN

El aumento de incidencia de la EC es notable en los últimos años. Los epidemiólogos muestran una creciente incidencia de la enfermedad, con tasas de 7.47 casos por cada cien mil habitantes por año(15). Las mayores tasas de incidencia y prevalencia se encuentran en Europa Occidental y Norte América. Coste sanitario que supone, como evitarlo mediante una dieta adecuada.

Además, los enfermos que presentan esta enfermedad se encuentran en una franja de edad de 20 a 40 años, en edad fértil y vida laboral activa(16). La calidad de vida de los pacientes se ve afectada y aunque es percibida de manera subjetiva según la percepción que tenga sobre la enfermedad, deben someterse a una serie de tratamientos farmacológicos complejos y continuados. Adoptar unos hábitos alimenticios concretos que disminuyan los síntomas intestinales puede suponer evitar periodos de recaída o llegar a tratamientos más complejos como nutrición enteral, intervenciones quirúrgicas y ostomías, o dietas más restrictivas que lleguen a suponer una malnutrición grave para el enfermo.

La población comprendida en esta franja de edad e inferiores recurren a una dieta habitual que incluye una mayor proporción de grasas y azúcares refinados, lo que favorece la aparición del proceso(17).

El infradiagnóstico de este tipo de enfermedades, debido a la dificultad de diagnóstico o que la sociedad no recurra a los servicios sanitarios cuando los síntomas comienzan, por la variedad e inespecificidad de éstos, agrava la patología, ya que un diagnóstico precoz marcará el curso y evolución de la enfermedad(18).

La enfermera es la encargada de consensuar con el paciente una dieta personalizada, con un continuo seguimiento puede suponer la disminución de la inflamación intestinal, evitar brotes y favorecer la calidad de vida de estos pacientes. Ellos deben ser conocedores de los alimentos que afectan o no su afección, y el equipo de enfermería dar pautas para encontrar efectos preventivos a las recaídas. Es necesario evaluar la composición corporal, ingesta de alimentos, gasto de energía, el balance de nutrientes y niveles séricos de nutrientes para planificar una nueva dieta (19).

Estudios señalan que la dieta puede modificar la composición de la flora intestinal en un 57%, mientras que la variedad debida a la propia genética del individuo es de tan solo el 12%(17).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Todo el proceso de la revisión fue orientado por la pregunta de investigación “¿Qué influencia tiene la dieta en la evolución de la Enfermedad de Crohn?”. Se siguió el esquema del protocolo PICOT (20) [Acrónimo para Paciente/problema, Intervención, Comparador, Outcome/resultado y Tiempo]

- Paciente: enfermo con EC
- Intervención: dieta adecuada a este tipo de patología
- Comparador: mejora o no del pronóstico mediante dieta
- Resultado: mejora del pronóstico mediante dieta
- Tiempo: desde el diagnóstico y durante el transcurso de la enfermedad

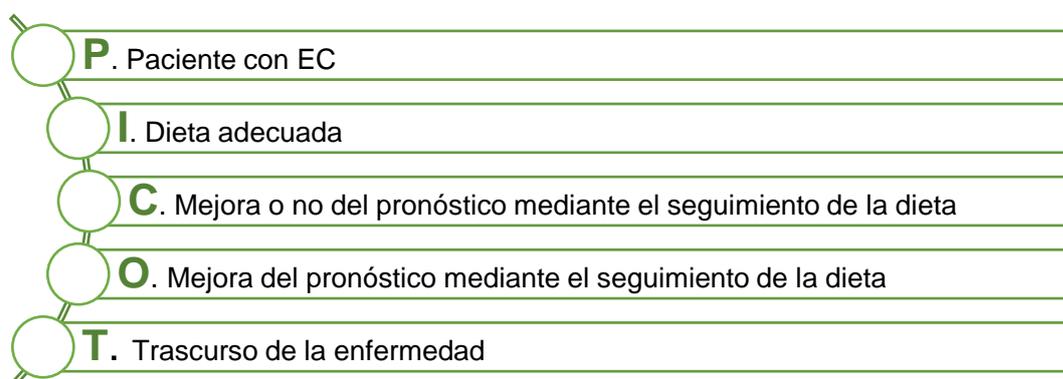


Figura 1. Esquema PICO

4. HIPÓTESIS

La hipótesis planteada a la hora de realizar este estudio es que el seguimiento de una dieta con unas determinadas indicaciones para disminuir la inflamación intestinal y la adopción de unos hábitos dietéticos saludables pueden disminuir la sintomatología de la EC durante la fase activa, alargando el periodo de remisión, y reduciendo la posibilidad de aparición de un nuevo brote.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

- Determinar cómo la dieta puede frenar la evolución de la enfermedad de Crohn y mejorar la calidad de vida

5.2. Objetivos específicos:

- Identificar los riesgos nutricionales que afectan al enfermo de Crohn
- Determinar la influencia que la dieta tiene en el trascurso de la enfermedad de Crohn
- Determinar los alimentos que favorecen o disminuyen la posibilidad de aparición de un brote
- Estimar la influencia de otros aspectos de la alimentación, como distribución horaria o formas de cocinado al estado nutricional del paciente y a la evolución de la enfermedad de Crohn.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una Revisión Sistemática. Durante los meses de enero, febrero y marzo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas de ciencias de la salud, así como asociaciones nacionales, complementada con una búsqueda manual en páginas web oficiales sobre el tratamiento de esta enfermedad con estudios identificados(16).

Las bases de datos empleadas fueron:

- Pubmed
- Cochrane Library,
- Scielo

Además, mediante la búsqueda manual se encontraron artículos de interés en las siguientes páginas:

- SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición)
- Confederación de asociaciones de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa en España
- BUva (Biblioteca de la Universidad de Valladolid)
- Educainflamatoria

Las palabras clave y términos de búsqueda (descriptores) se detallan en la Tabla 1. Como operadores lógicos o booleanos, se emplea .AND. con el objetivo de encontrar artículos que contuviesen conjuntamente varios de los términos empleados para el estudio.

Se determinaron una serie de descriptores que nos ayudarán con la elección de artículos. Para ello se ha recurrido a los términos de búsqueda DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical subjects headings) que contienen descriptores que designan conceptos en ciencias de la salud.

Tabla 1. Términos de búsqueda

DeCS	Mesh
Enfermedad de Crohn	Crohn disease
Alimentación	Nutrition
Dieta	Diet

Inicialmente, se incluyó consejo dietético como descriptor, pero el número de artículos encontrados fue muy reducido, por lo que finalmente fue descartado.

6.1. Criterios de inclusión o exclusión

Antes de la consulta en las diferentes fuentes de información se determinaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión para la totalidad de bases de datos empleadas y artículos encontrados, de esta manera, se consigue acotar la búsqueda.

- Artículos que contengan información sobre enfermedad inflamatoria intestinal, en la que se incluye la enfermedad de Crohn
- Que tengan relación con la dieta de estos pacientes y cómo afecta a su enfermedad
- Artículos con menos de 20 años de antigüedad (2001-2021)
- Públicos, abiertos en internet

Como criterios de exclusión:

- Artículos con más de 20 años de antigüedad

- Ensayos clínicos que empleen animales
- Artículos con acceso restringido
- Artículos de poco interés para el estudio

Se realizaron un total de 7 búsquedas en las bases de datos y asociaciones citadas que dieron como resultado un total de 89 artículos. Se realiza una lectura crítica sistemática, y se aplican criterios de inclusión y exclusión previamente descritos, y se procede a seleccionar los artículos a utilizar, en total han sido citados en el trabajo 22. En la Tabla 2, se observa de manera esquematizada el proceso de selección en cada una de las bases de datos

6.2. Estrategia de selección

- Pubmed:
 - Filtros utilizados: Nutrición .AND. Enfermedad de Crohn
 - 59 artículos encontrados
 - 6 artículos seleccionados
- Scielo
 - Filtros utilizados: Enfermedad de Crohn .AND. Dieta
 - 13 artículos encontrados. Uno de ellos es el encontrado en Pubmed
 - 5 artículos seleccionados
- Cochrane Library
 - Filtros utilizados: Enfermedad de Crohn .AND. Dieta
 - 7 artículos encontrados.
 - 2 artículos seleccionados
- SEEN
 - Selección de 2 artículos
- Confederación de asociaciones de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa en España (ACCUESP)
 - Se selecciona manualmente 3 entradas existentes en la página con información sobre enfermedad de Crohn y Alimentación
- BUva (Biblioteca de la Universidad de Valladolid)
 - Filtros utilizados: Alimentación .AND. Enfermedad de Crohn
 - 2 trabajos seleccionados

- Educainflamatoria
 - Se seleccionan dos entradas que relacionan la actuación de enfermería con los pacientes con EC

Los materiales utilizados incluyen el gestor bibliográfico Mendeley

A la hora de seleccionar los artículos, se emplearon los grados de recomendación para identificar la validez de los artículos según la información que se obtuvo para esta revisión.

Tabla 2. Grados de recomendación

GRADO A	GRADO B
Recomendación “fuerte”: Los efectos deseables superan a los indeseables Hay evidencia de calidad adecuada Hay un beneficio de impacto en el uso de los recursos Los valores preferencias y la experiencia de los pacientes se ha tenido en cuenta	Recomendación “débil”: Los efectos indeseables superan a los deseables No hay evidencia de calidad adecuada Hay un beneficio sin impacto o un impacto mínimo en el uso de recursos Los valores, preferencias y la experiencia de los pacientes no se tiene en cuenta

El grado de recomendación está relacionado con su relevancia y con el balance riesgo/beneficio aplicable a la investigación.

7. RESULTADOS

7.1. RESULTADOS DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó entre el 2001 y el 2021 y concluyó con 44 artículos, de los cuales se seleccionaron 44 artículos, ya que cumplían los criterios de inclusión. La selección terminó utilizando 20 artículos. En la Tabla de 2, se expone el resumen de la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos, los artículos encontrados, seleccionados y utilizados.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
Pubmed	59	6	6

Scielo	13	5	5
Cochrane library	7	2	2
SEEN	2	2	2
ACCUESP	4	3	3
BUva	2	2	2
Educainflamatoria	2	2	2

A continuación, se expone el proceso de selección de los artículos empleados para la realización de la revisión sistemática:

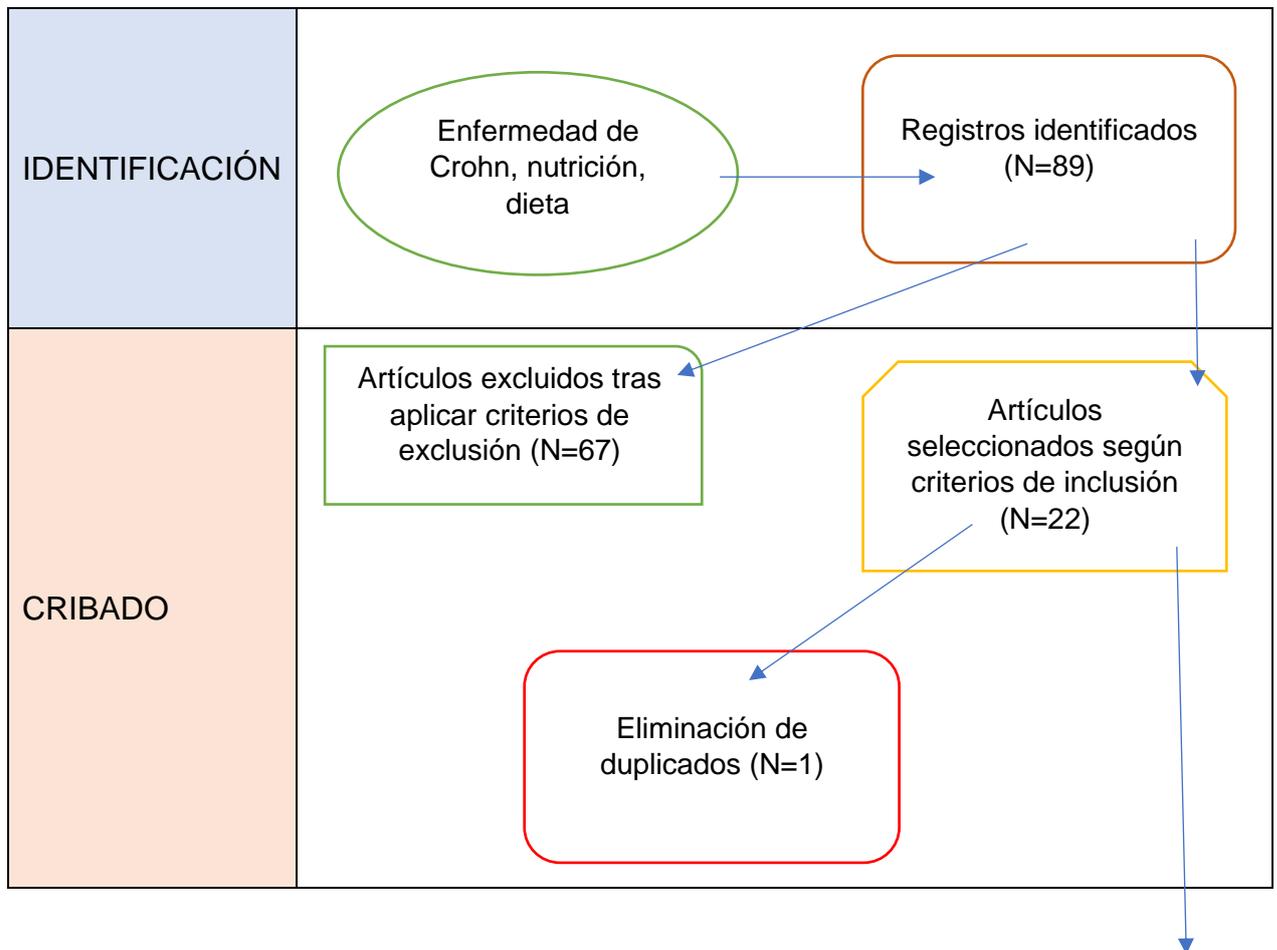




Figura 2. Estrategia de búsqueda

La tabla elaborada a partir de los artículos seleccionados se refleja en el Anexo II, debido a su extensión.

7.2. FASE AGUDA O PERIODO ACTIVO DE LA ENFERMEDAD - RECAÍDA

7.2.1. REPERCUSIÓN NUTRICIONAL

La recaída es la exacerbación de síntomas en un paciente con EC establecido que había estado en remisión clínica, ya sea espontáneamente o después de tratamiento médico(1) .

Las consecuencias dependen de la zona y longitud intestinal afectada, la edad y el tratamiento, en el que debe de tenerse en cuenta la nutrición a la hora de planificar el mismo(7).

El Patrón de recaída es puede ser poco común cuando se estima que es menor de una vez por año, o común, mayor de 2 veces por año(1).

La farmacoterapia también afecta el estado proteico del paciente, específicamente los corticoesteroides aumentan la pérdida de proteínas en adultos(8).

Los déficits más comunes que presentan los enfermos de Crohn son los siguientes(21):

- Calcio. principalmente en pacientes tratados con corticoides. Importante complementarlo con vitamina D, que ayuda a la absorción del calcio.
- Hierro. La causa más habitual de este déficit son las hemorragias intestinales. También pueden ocurrir por un déficit de aporte con la alimentación, por un déficit de vitamina B12 y ácido fólico y por malabsorción. La anemia es el principal síntoma extraintestinal, ya sea por aumento de pérdidas o por la disminución de absorción de hierro. Se debe evaluar periódicamente(8).
- El déficit de vit D favorece la aparición de osteoporosis. La vit D participa en la regulación del sistema inmune, por lo que su déficit participa en la patogenia de la enfermedad. Es recomendable suplementación de Vit d y calcio(8)
- Vitaminas B12. Ocurre cuando existe inflamación o extirpación del íleon terminal.
- Ácido fólico. Ocurre por un déficit de aporte en la alimentación, por inflamación o extirpación del yeyuno y por la toma de sulfasalazina.
- Sodio y potasio. Ocurre cuando existe inflamación o extirpación del intestino grueso.

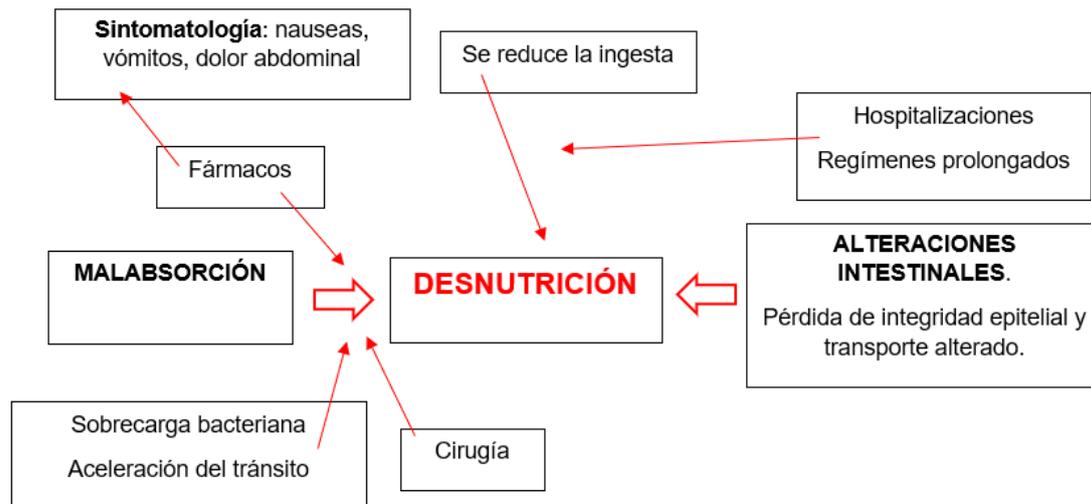


Figura 3. Mecanismos de desnutrición en pacientes con EII(5)

A pesar de poder registrar un IMC normal, a menudo estos pacientes presentan desnutrición por presentar patrones dietéticos subóptimos incluso aunque se encuentren en un periodo inactivo de la enfermedad(22). En cuanto a la actividad física fue significativamente menor en los pacientes con EC lo que implica un aumento del porcentaje de masa grasa (23).

Los cambios alimenticios que el enfermo lleva a cabo ante la aparición de la enfermedad tienden a ser restrictivos, ya que la exclusión de determinados alimentos mejora los síntomas. Esto puede llegar a provocar desnutrición, con pérdida de peso y pérdida de masa muscular, sarcopenia, y déficit de algunas vitaminas y minerales como la vitamina D o el Hierro, Zinc, Calcio(8).

Los hábitos alimentarios dependen de la persona, su cultura, la disponibilidad de alimentos en el lugar geográfico donde resida, entre otros. Se basan en la elección de esos alimentos que inducen o disminuyen los síntomas gastrointestinales. Las restricciones producen deterioro del estado nutricional y pueden desencadenar en cuadros de malnutrición o desnutrición debido al problema de absorción de nutrientes en el tubo digestivo, que implica un riesgo alto de hospitalización. Las dietas monótonas empeoran la calidad de vida y repercute en su vida social(8). Se debe valorar el beneficio real de las restricciones, las restricciones no controladas pueden dar lugar a desnutrición.

Se ha demostrado que el factor estrés es un factor de riesgo principal en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e influye de manera negativa en el trascurso de la enfermedad(12).

La enfermedad perianal es una de las complicaciones potenciales de la EC. Se manifiesta con erosiones anales superficiales, repliegues cutáneos, fisura, absceso, fístula o estenosis anal. Suelen ser lesiones poco sintomáticas o asintomáticas, de localización atípica, y es frecuente la multiplicidad de ellas. El diagnóstico es fácil si el paciente ya está diagnosticado de EC(24). Para diagnosticarlas, se realiza una exploración anal y perianal a los enfermos de Crohn. El principal tratamiento se basa en la administración de corticoides orales o locales, antibióticos y en casos extremos, se puede llegar al tratamiento quirúrgico. (24)

Otras complicaciones que pueden surgir tanto en la EC como en la CU incluyen cáncer intestinal, malabsorción de nutrientes, desnutrición y manifestaciones extraintestinales(4)

7.2.2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Las intervenciones dietéticas suelen centrarse en el consumo de bajas cantidades o exclusión de uno o más grupos de alimentos que desencadenan los síntomas. No existe un consenso para establecer una terapia dietética óptima para el mantenimiento de la remisión común a todos los pacientes (21) (4).

Durante los brotes es aconsejable hacer una dieta pobre en residuos, prescindiendo de fibra insoluble que genera mucho residuo fecal y favorece la obstrucción intestinal(13).

En cuanto a la clínica, podemos clasificar los brotes en tres niveles de gravedad(16):

- Leve: paciente ambulatorio. Dieta fraccionada con buena tolerancia oral, controlada en fibra insoluble y baja en lactosa, de fácil digestión y con un

adecuado aporte hídrico. Sin síntomas de deshidratación, fiebre, dolor o signos de obstrucción

- Moderado: presenta dolor a la palpación abdominal, febrícula o anemia, con pérdida de peso >10%. Dieta fraccionada, baja en residuos y sin lactosa. Como en la fase anterior, es importante asegurar una adecuada hidratación.
- Severo: precisa hospitalización. Presenta caquexia, fiebre, vómitos, obstrucción intestinal y absceso intraabdominal. En esta situación, puede requerir ingreso hospitalario y soporte nutricional específico con Nutrición Artificial.

Muchos alimentos provocan los síntomas gastrointestinales, lo que provoca una disminución de la calidad de vida del paciente y altera su estado nutricional(8). Los factores dietéticos que probablemente protejan contra los brotes incluyen alimentos que contienen el zinc y la vitamina D y, por otro lado, existen factores aumentan el riesgo de brotes, como los alimentos que contienen ácido mirístico, las carnes rojas y el azúcar(5). Se debe evitar el alcohol, la cafeína, la fructosa, el azúcar y los edulcorantes artificiales. Hay ciertos alimentos que son más difíciles de digerir, como los que contienen fibra insoluble, semillas, frutos secos, así como determinadas frutas y verduras(21). Se debe limitar lácteos, fibra y grasas. Hay ciertos alimentos, como el chocolate, café, leche entera o la lechuga, que comidos esporádicamente no causan daño, pero si se comen en exceso pueden causar un nuevo brote(7). Las carnes magras, el pescado, el arroz, la pasta y los purés son mejor tolerados(12). Como alimentos que mejoran los síntomas se puede incluir el yogur o el plátano(8). Se deben identificar alimentos a los que se asocian los síntomas, así como los alimentos que los reducen(21).

El principal objetivo de la dieta en la CU y la EC es prevenir y corregir la MEP (malnutrición energético – proteica) asociada a estas enfermedades, mediante la prescripción de una dieta variada y adaptada a los gustos del paciente, sin empeorar (y, si es posible, mejorando) la sintomatología. En la actualidad, no se dispone de evidencias suficientemente convincentes que incriminen a ningún alimento en el desencadenamiento, perpetuación o empeoramiento de la actividad inflamatoria en la EII (13).

Los pacientes con EC mostraron diferencias significativas en cuanto a la calidad de la ingesta dietética (en especial en la ingesta calórica, de proteínas dietéticas, de fibra dietética y la ingesta de micronutrientes), que se reflejan en las repercusiones nutricionales previamente descritas(19). Tanto en la CU como en la EC, son presentes alteraciones en diversos micronutrientes, con importantes funciones metabólicas. Estos déficits nutricionales puede condicionar la evolución clínica de estos pacientes, además de presentar implicaciones fisiopatológicas(13). El 29 % de los pacientes excluye cereales de su dieta, el 28 % la leche, el 18 % las verduras y el 11 % las frutas. La exclusión de la leche implica un menor consumo de calcio y vitamina K y la exclusión de vegetales se asoció a un menor consumo de vitaminas C y E(23).

Es importante no saltarse comidas, evitar comidas abundantes, siendo preferible realizar de 4-6 pequeñas ingestas, mantener una buena hidratación, estilo de vida saludable que incluye ejercicio físico, mantenimiento de un peso saludable evitando sobre peso y obesidad(2). La supresión por parte del paciente de determinados alimentos no parece ser una estrategia eficaz ni recomendable. Las dietas de exclusión deben ser útiles tan sólo en un pequeño subgrupo de pacientes. El reposo intestinal queda descartado(13). Se recomienda evitar beber durante las comidas y reducir el consumo de grasas(21). Cobra gran importancia la masticación(7).

Se ha demostrado que para el tratamiento no es necesario el "reposo intestinal", incluso en casos con fístulas o masa inflamatoria.(13)

Las dietas con carbohidratos específicos y baja en FODMAPs (Anexo III) pueden ser una de las estrategias a utilizar, ya que disminuyen los síntomas gastrointestinales y mejoran la tolerancia alimentaria.

Tabla 4. Alimentos que mejoran o empeoran los síntomas en la EC(8)

Mejoran síntomas gastrointestinales	Empeoran síntomas gastrointestinales
-------------------------------------	--------------------------------------

Yogur Arroz Plátano Té Pan y cereales Pescados blancos	Vegetales con hoja Picantes Frutos secos Frutas Picantes y sazonados Bebidas alcohólicas, carbonatadas y energéticas Leche y lácteos Fritos Azúcar refinado
---	---

Los probióticos pueden mejorar el equilibrio microbiano intestinal, mejorando la función de barrera intestinal y mejorando la respuesta inmune local(5).

Las dietas monótonas empeoran la calidad de vida y repercute en su vida social(8).

El uso de soporte nutricional artificial en la EII está indicado cuando el estado nutricional no se puede mantener de forma adecuada. Se establece una fórmula personalizada(13). Cuando se recurre a la nutrición enteral, la ingesta calórica diaria de una persona se administra a través de una dieta líquida que se puede administrar via oral o por sonda a través de la nariz o a través del abdomen. Se desconoce y se está estudiando el mecanismo por el cual la nutrición enteral puede influir en la inflamación(4). No hay pruebas suficientes para elegir un tratamiento de nutrición enteral en la enfermedad de Crohn que garantice una remisión.

7.2.3. PAPEL DE LA ENFERMERA

Cuando la persona es diagnosticada de EC, no suele encontrar una relación significativa entre la alimentación que llevaba hasta ese momento y la aparición de la enfermedad. Con el transcurso de la enfermedad la otorgan un papel determinante(25).

Las intervenciones dietéticas suelen centrarse en el consumo de bajas cantidades o exclusión de uno o más grupos de alimentos que desencadenan los síntomas. Predominan las dietas con carbohidratos bajos en refinados, bajas

en micropartículas, bajas en fibra, bajas en calcio, guiadas por síntomas y una dieta orgánica altamente restringida(4).

Cobra importancia evaluar la composición corporal, ingesta de alimentos, gasto de energía, el balance de nutrientes y niveles séricos de nutrientes para planificar una nueva dieta y realizar un abordaje terapéutico(19).

Este tipo de pacientes requieren apoyo a la hora de afrontar el diagnóstico y asumir la cronicidad de su enfermedad, que, en cierto modo, limitará ciertos aspectos de su vida. Para ello, la enfermera debe brindar las siguientes estrategias (26):

- Autoprotección: instruir al paciente para que sea capaz de tomar las mejores decisiones dietéticas que favorezcan su bienestar
- Autoentrenamiento: mediante prueba-error, identificar qué alimentos son beneficiosos durante el brote
- Aprender a vivir con la enfermedad
- Asumir las pérdidas percibidas asociadas a la enfermedad, la relación con los demás

Se recomienda al paciente seguir las siguientes pautas(14):

1. Llevar un registro alimentario. Algunos alimentos o bebidas pueden empeorar los síntomas asociados a la enfermedad. Anotar y llevar un registro de aquellos alimentos que te afectan negativamente.

2. Realizar cinco comidas al día. Comer tranquilo y en un ambiente relajado.

Ingerir menos cantidad de comida por toma, pero intenta si es posible realizar al menos 5 comidas. El estrés, el nerviosismo o las prisas pueden incrementar la sintomatología intestinal.

3. Beber suficientes líquidos, para mantener una adecuada hidratación y reponer las pérdidas intestinales y evitar las bebidas alcohólicas o con cafeína.

4. Limitar el consumo de alimentos con alto contenido en fibra

5. Consumir cereales de fácil digestión y evita productos de panadería o bollería que contengan semillas y frutos secos

6. Evitar el exceso de grasas. En periodos de actividad se absorben mal las grasas a nivel intestinal, aumentando la sintomatología
7. Mantener el aporte de proteínas y calorías adecuado, para evitar la pérdida de peso y masa muscular
8. Formas de cocción como la cocina de vapor.

7.3. PERIODO DE REMISIÓN

7.3.1. REPERCUSIÓN NUTRICIONAL

Durante el periodo de remisión, si la dieta ha sido instaurada correctamente, las repercusiones nutricionales se irán reduciendo.

Tras superar un brote, retomar cuanto antes la normalización alimentaria contribuirá a evitar alteraciones nutricionales.

7.3.2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Cuando la enfermedad está en remisión se debe seguir una dieta variada, saludable y equilibrada(12). Se adopta una alimentación que se aleja de la dieta tan restrictiva citada anteriormente, por lo que estos déficits mejoran.

Se están estudiando factores dietéticos que probablemente protejan contra los brotes, como la fibra, el zinc y la vitamina D(5).

Durante la fase de transición de un periodo de actividad de la enfermedad a un periodo de no actividad (remisión) es necesario tener en cuenta las recomendaciones nutricionales: preparar alimentos a la plancha o hervido, incorporar alimentos con fibra poco a poco y según tolerancia, evitar alimentos que producen gases (coliflor, coles de bruselas, cereales integrales, legumbres), cocinar fruta y verdura antes de consumir, evitar alimentos mal tolerados, asegurar una buena hidratación, 5 comidas al día(14).

Pasado el tiempo, el consejo dietético será el mismo que recomendamos para la población sana, excluyendo aquellos alimentos que por propia experiencia no han sentado bien o simplemente hay algún tipo de aversión. La base de la alimentación deben ser los hidratos de carbono, principalmente los cereales, siendo de elección los integrales, frutas, verduras y hortalizas y legumbres. El consumo de lácteos y derivados debe estar presente de forma diaria: leche, yogures y quesos. En periodo de remisión no tiene por qué causar problemas digestivos. Preferiblemente, se consumirá pescado blanco y carnes magras, permitiendo un consumo de pescado azul de 2-3 veces por semana. La carne roja puede consumirse una vez cada 15 días. Los huevos pueden ingerirse 2-4 veces por semana, siendo la clara del huevo fuente de proteína de alto valor biológico(2).

En cuanto a las técnicas de cocinado, se recomienda priorizar la plancha, horno, hervido, papillote, vapor, wok(2).

Se recomienda evitar el consumo de bollería industrial y alimentos con elevado contenido en azúcares refinados, que pueden predisponer a que se desencadene un nuevo brote(21).

El efecto de una dieta elemental (la mitad de las necesidades calóricas diarias totales) en comparación con una dieta libre normal sobre las tasas de recaída es incierto. Se asocia una mayor recaída en pacientes con dieta libre, pero con poca diferencia(6).

7.3.3. PAPEL DE LA ENFERMERA

La prevención de las recaídas es un tema importante en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, especialmente porque estar en remisión se asocia con una mejor calidad de vida. Es importante el seguimiento de los consejos dietéticos para poder introducir progresivamente grupos de alimentos sin sufrir un nuevo brote(2).

El consejo dietético será el mismo que recomendamos para la población sana; una alimentación saludable, sana y variada(21), suficiente para cubrir las

necesidades de cada persona(2), excluyendo aquellos alimentos que por propia experiencia no han sentado bien o simplemente no sean del gusto del paciente.

El papel de la composición de grasas de la nutrición enteral en el tratamiento de la enfermedad de Crohn no está claro. No hay pruebas suficientes para elegir un tratamiento de nutrición enteral en la enfermedad de Crohn que garantice una remisión(28).

Se necesita más investigación para determinar la eficacia y seguridad del uso de la nutrición enteral como terapia de mantenimiento en la EC(6).

7.4. INTERVENCIÓN ENFERMERA. ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD

El papel de enfermería está cada vez está más implicado en las áreas médicas, como por ejemplo Medicina Digestiva, lo que sugiere una evolución en la atención de los cuidados enfermeros y un papel especializado en el tratamiento y cuidados del paciente, constituyendo un papel fundamental dentro de un equipo multidisciplinar(16) formado por especialistas médicos, enfermeras y psicólogos.

El aumento en la demanda por parte de los pacientes es debido a las dudas que les surgen sobre la evolución de su enfermedad. El personal de enfermería se convierte apoyo tanto informativo como asistencial para el paciente y su entorno más cercano, Estos pacientes necesitan una atención rápida, flexible y completa, que considere sus necesidades físicas, emocionales, sociales y laborales(14).

Las intervenciones de enfermería se basan en ofrecer al paciente una atención integral, complementando la asistencia médica (12). Se debe realizar un seguimiento con controles nutricionales, ya que muchos llegan a sufrir malnutrición que no se controla hasta que las consecuencias son evidentes, acompañado de un consejo dietético adecuado, acompañando la dieta con suplementos adecuados(7). El objetivo es recomendar una dieta lo más libre, completa y equilibrada posible(13) con la consiguiente disminución de sintomatología que contribuye a la disminución de la inflamación (8).

Se debe mostrar al paciente el papel que desempeña la dieta en el inicio y curso de la enfermedad, así como la importancia de una buena ingesta dietética y proporcionar consejos dietéticos prácticos y sólidos(5). El conocimiento de los hábitos dietéticos de la persona con EC en una población en la que su dieta se presupone que culturalmente es reconocida como saludable, nos puede dar pautas de abordaje o apoyo profesional tanto en materia de prevención, promoción y educación para la salud(25).

La función de la enfermera se debe desarrollar en este campo guiada por los siguientes factores: el reconocimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, la especialización en enfermedad inflamatoria intestinal, la evolución en los tratamientos en los últimos años y un aumento de la demanda de los pacientes. El papel de la enfermera es esencial, ya que es fuente de información, apoyo a lo largo del proceso y resuelve dudas brindando estrategias para enfrentarse a la enfermedad(12).

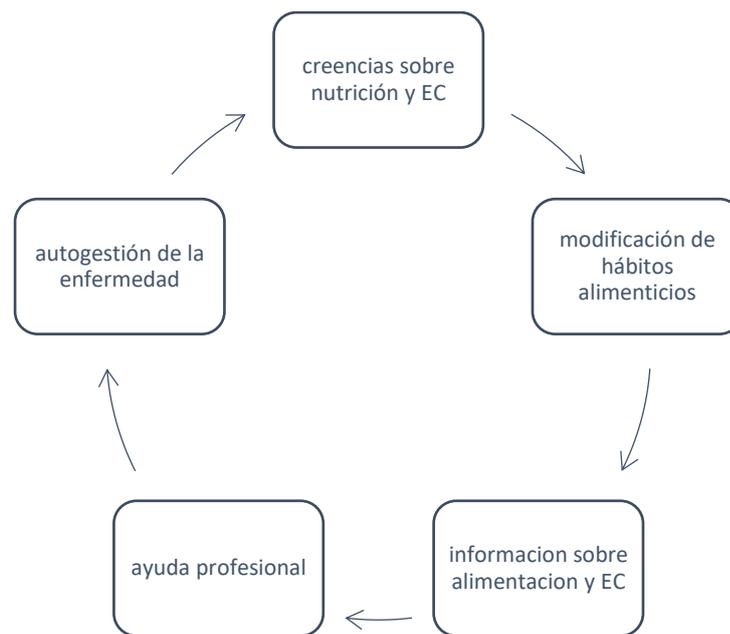


Figura 4. Abordaje de la enfermedad

La enfermera debe comprender la experiencia con la que el paciente convive, brindar ayuda y planificar intervenciones efectivas, ayudándolo a desarrollar estrategias para seguir viviendo una vida similar a la que vivía antes(26). El papel de los profesionales es fundamental. Desde el campo de la enfermería, existen 5 líneas en las que debemos actuar(25):

- Las Creencias sobre nutrición y EC,
- La Modificación de los hábitos alimentarios,
- La Búsqueda de información sobre alimentación y EC,
- El papel de los profesionales,
- Autogestión de la enfermedad

Es muy importante que a lo largo del transcurso de la enfermedad se establezca una relación estrecha entre el personal enfermero y el paciente, que promueva la creación de un proceso de ayuda, educación sanitaria y seguimiento, que ayude al paciente a adaptarse a su nueva situación, mejorando el grado de aceptación de la enfermedad, la satisfacción por la atención recibida y la sensación de control sobre su enfermedad, en cada una de las diferentes fases(14).

En el momento del diagnóstico, es recomendable que el paciente acuda a una primera consulta de enfermería, para que se sienta apoyado, se le explique y entienda su nueva situación y resuelva todas sus posibles dudas.

Las principales funciones del personal de enfermería se basan en(14):

- Educar al paciente y a su entorno, en promoción de la salud y en la adquisición de hábitos de vida saludables (dieta sana, ejercicio, hábito tabáquico, entre otros).
- Concienciar al paciente y a su entorno sobre la importancia que tiene la adherencia a la medicación pautada para disminuir la posibilidad de nuevos brotes.
- Comprobar el estado de inmunización del paciente antes de comenzar con cualquier tratamiento inmunosupresor, el personal de enfermería se encargará de solicitar las pruebas serológicas necesarias para conocer el estado de inmunización del paciente, y posteriormente administrar las vacunas necesarias.
- Realizar curas, detección y seguimiento de las posibles manifestaciones extraintestinales.
- Coordinar las derivaciones sanitarias a las diferentes especialidades y las pruebas diagnósticas que requieren.



Figura 5. Evolución del enfermo tras el diagnóstico

El tratamiento debe ser individualizado, para cubrir todas las necesidades del afectado.

Todavía no existe un consenso o una guía clara en la literatura sobre las terapias dietéticas óptimas para la inducción o el mantenimiento de la remisión en la EII(4). Existe una gran necesidad de ofrecer unas directrices estandarizadas a estos pacientes que puedan guiarlos durante su enfermedad(4).



Figura 6. Abordaje profesional de la enfermedad

La enfermera también puede brindar estrategias al enfermo sobre la deshabituación tabáquica, ya que influye de manera negativa a la evolución de la enfermedad y aumenta la frecuencia de aparición de brotes(16).

Debemos brindar apoyo en el transcurso de la enfermedad, ser fuente de información resolviendo dudas y dando herramientas para enfrentarse a la enfermedad con una actitud positiva(16).

8. DISCUSIÓN

Tras la presentación individual de los artículos seleccionados, se realizó un análisis de los resultados en función de las variables más representativas

Se trata de una enfermedad crónica, en la que el paciente va a buscar que desencadenantes y respuestas a cerca de lo que llevó a que padeciese esta patología, por lo que el apoyo por parte de enfermería es fundamental.

Los pacientes deben aprender a conocerse, controlar la situación a partir de su propia experiencia. La dieta es fundamental, ya que el problema presente en el tubo digestivo impide la buena asimilación de los nutrientes. La dieta constituye una de las principales preocupaciones de estos pacientes (7).

Las modificaciones de la dieta se deben realizar por el método de ensayo error, ya que no hay unas directrices claras a seguir. El paciente es el que debe aprender a conocer que es lo que le resulta beneficioso o no, y qué es lo que puede llevar a desarrollar un brote. Puede resultar frustrante para el paciente.

Tras el diagnóstico de la enfermedad, la mayoría de los pacientes caen en la cuenta de que la alimentación ejerce un papel determinante en el transcurso de la enfermedad. Deben ejercer un riguroso control de la dieta, analizando en cada caso que es lo que puede sentar peor, mediante experimentación con la comida y bebida, y encontrando un equilibrio en lo que comer y lo que no, tratándose de un proceso dinámico acierto - error. Además de cambios a la hora de cocinar, siendo las mejores opciones a la plancha o al vapor. Frutas y verduras suelen estar desaconsejadas por tener mucha fibra. Cobra gran importancia la

masticación, ya que los alimentos son mejor digeridos, por eso en ocasiones es beneficiosa la ingesta de alimentos triturados (7).

En cuanto a las creencias sobre nutrición y su relación con la EC, el paciente debe aprender a asociar los alimentos que desencadenan la aparición del brote, y la importancia que la dieta tiene para lograr la remisión. Para ello, es necesario una modificación de hábitos alimenticios, mediante experimentación con un método ensayo-error. Los profesionales sanitarios somos los encargados de brindar al paciente toda la información necesaria para llevar a cabo este tipo de cambios y además del tratamiento farmacológico, proponer soluciones alternativas, como la dieta y un seguimiento del paciente no solo durante el ingreso. Hay que dar las claves para que sea capaz de autogestionar su enfermedad y adaptar estos cambios a su rutina, logrando que alcance una buena calidad de vida(25) (7).

Necesitamos que los investigadores estén de acuerdo a la hora de establecer un protocolo estandarizado, dietéticamente informado para unificar dietas (4) que permitan a los pacientes saber la línea en la que deben actuar para abordar la enfermedad y tener una calidad de vida óptima.

9. CONCLUSIONES

Los enfermos de Crohn tienen un riesgo nutricional, por lo que es importante realizar evaluaciones nutricionales periódicas. Cobra importancia evaluar la composición corporal, ingesta de alimentos, gasto de energía, el balance de nutrientes y niveles séricos de nutrientes para planificar una nueva dieta y realizar un abordaje terapéutico.

Dependiendo de los síntomas que se presenten y de la gravedad del brote se tendrá que adecuar en mayor o menor medida la dieta.

La desnutrición es un problema común que afecta negativamente el pronóstico, por lo que es importante realizar evaluaciones nutricionales en estos pacientes. Comúnmente se observa nutrición deficiente, por una ingesta dietética inadecuada, relacionada con la exclusión dietética de ciertos alimentos.

La farmacoterapia aumenta el riesgo de déficit proteico en estos pacientes, añadido a los déficits de vitaminas D, B12 y minerales como potasio, sodio, hierro, calcio o ácido fólico. Existe un predominio de desnutrición calórico-proteica en todo el curso de la enfermedad (periodo activo o remisión) por la dieta restrictiva.

La dieta parece tener una relación directa con la EC. La terapia farmacológica sigue siendo el pilar del tratamiento de la EII. Sin embargo, los aspectos nutricionales son especialmente relevantes ya que potencialmente influyen en la actividad de la enfermedad y, por tanto, en su morbilidad.

Tras el diagnóstico de la enfermedad, los enfermos de Crohn caen en la cuenta de que la alimentación ejerce un papel determinante en el trascurso de la enfermedad. Deben ejercer un riguroso control de la dieta. Todos los enfermos muestran su preocupación en cuanto a la dieta al no existir pautas dietéticas establecidas que puedan orientarlos. El abordaje de la EC es meramente clínico y con enfoque patológico, pero no desde una perspectiva de salud, fomentando hábitos saludables.

Cobra importancia diferenciar las etapas de la enfermedad ya que en la remisión la dieta puede ser no restrictiva.

Durante el periodo activo de la enfermedad se tiende a restringir los alimentos que favorecen los síntomas intestinales. Se limitan o restringen alimentos que contienen fibra insoluble, como semillas, frutos secos, verduras y algunas fibras, carnes rojas, alimentos ricos en grasas, azúcares refinados, o integrales. Se debe reducir el consumo de alimentos con cafeína o edulcorantes artificiales, así como las grasas saturadas y azúcares. En cambio, los alimentos que se pueden incluir son carnes magras, pasta y arroz, yogures, plátano, y se tolera mejor la comida triturada o en puré.

Por ello es importante retomar una alimentación lo más variada y completa posible en periodo de remisión, para suplir los déficits que han aparecido durante el brote. Es necesario el seguimiento de los consejos dietéticos para poder introducir progresivamente grupos de alimentos sin sufrir un nuevo brote.

Para el paciente, conocer que padece una enfermedad crónica le desencadena una serie de reacciones como inseguridad, miedo o ansiedad. El conocimiento de los hábitos dietéticos de la persona con EC en una población en la que su dieta se presupone que culturalmente es reconocida como saludable, nos puede dar pautas de abordaje o apoyo profesional tanto en materia de prevención, promoción y educación para la salud.

La terapia farmacológica sigue siendo el pilar del tratamiento. Sin embargo, los aspectos nutricionales son especialmente relevantes ya que influyen en la evolución de la enfermedad. Las modificaciones en la dieta, la importancia de la masticación, la realización de pequeñas comidas con mayor frecuencia, las formas de cocinado libres de grasa que ayudan a una mejor asimilación de nutrientes intervienen en la prevención de la aparición de un nuevo brote y es una estrategia de tratamiento deseable.

No se pueden establecer conclusiones firmes con respecto a la efectividad y la seguridad de la nutrición enteral para el mantenimiento de la remisión.

Necesitamos que los investigadores estén de acuerdo con un marco o protocolo estandarizado, dietéticamente informado para que tales dietas se exploren. El objetivo del abordaje enfermero es integrar todas las funciones, estandarizar criterios y definir el papel de la enfermería, limitando el impacto en la calidad de vida del paciente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 15 de marzo de 2022];82(1):46-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27979414/>
2. Burgos Peláez Guillermo R. Información elaborada por Documento Elaborado por: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

3. Un estudio revela, por primera vez, la incidencia real de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en España: 16 casos/100.000 habitantes-año | CIBERISCI III [Internet]. [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ciberisciii.es/noticias/un-estudio-revela-por-primera-vez-la-incidencia-real-de-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-espana-16-casos100000-habitantes-ano>
4. Limketkai BN, Iheozor-Ejiofor Z, Gjuladin-Hellon T, Parian A, Matarese LE, Bracewell K, et al. Dietary interventions for induction and maintenance of remission in inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 de febrero de 2019 [citado 15 de marzo de 2022];2019(2). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012839.pub2/full>
5. Moreira E, Rodríguez X, López P, Silva L, Olano E, Moreira E, et al. Nutrición en las enfermedades inflamatorias del intestino. Una revisión. *Rev Médica del Uruguay* [Internet]. mayo de 2021 [citado 15 de marzo de 2022];37(3):65-73. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000301402&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Akobeng AK, Zhang D, Gordon M, Macdonald JK. Enteral nutrition for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 11 de agosto de 2018 [citado 15 de marzo de 2022];2018(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005984.pub3/full>
7. García-Sanjuán S, Lillo-Crespo M, Sanjuán-Quiles Á, Richart-Martínez M. [DIETARY HABITS AND FEEDING BELIEFS OF PEOPLE WITH CROHN'S DISEASE]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2022];32(6):2948-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667757/>
8. Tumani MF, Pavez C, Parada A, Tumani MF, Pavez C, Parada A. Microbiota, hábitos alimentarios y dieta en enfermedad inflamatoria

- intestinal. Rev Chil Nutr [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 15 de marzo de 2022];47(5):822-9. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000500822&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. La enfermedad de Crohn [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://accuesp.com/crohn-y-colitis/la-enfermedad/crohn>
 10. R. López Cortés¹, B. Marín Fernández², C. Hueso Montoro¹, P. Escalada Hernández² ACSA y CRG. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000100014
 11. Enfermedad de Crohn | Síntomas y Causas | MSD Salud [Internet]. [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/enfermedad-crohn.html>
 12. Calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Crohn [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30437>
 13. Gelada EC. Nutrición y enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. [citado 15 de marzo de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000500009&lang=es
 14. Enfermedad Crohn archivos - G-Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://educainflamatoria.com/category/enfermedad-crohn/>
 15. Samuel Huber. New Insights into Inflammatory Bowel Disease.
 16. académico C, Trueba Expósito Tutor M, D^a Mónica Fernández Salim D. GRADO EN ENFERMERÍA Trabajo Fin de Grado Revisión bibliográfica sobre la Enfermedad de Crohn y el abordaje enfermero. 2016;

17. Díaz Boada O. Etiología e importancia de la alimentación en la Enfermedad de Crohn. Fac Farm USC. 2016;
18. La prevalencia de colitis ulcerosa es tres veces superior a la estimada [Internet]. [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://isanidad.com/151871/la-prevalencia-de-la-enfermedad-de-crohn-y-de-colitis-ulcerosa-es-tres-veces-superior-a-las-cifras-estimadas/>
19. Costa COPC, Carrilho FJ, Nunes VS, Sipahi AM, Rodrigues M. A snapshot of the nutritional status of Crohn's disease among adolescents in Brazil: a prospective cross-sectional study. BMC Gastroenterol [Internet]. 8 de diciembre de 2015 [citado 7 de mayo de 2022];15(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26642931/>
20. La pregunta clínica con PICO | Días de Informática [Internet]. [citado 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://informaticamedicablog.wordpress.com/2014/03/14/la-pregunta-clinica-con-pico/>
21. Alimentación [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://accuesp.com/crohn-y-colitis/vivir-con-la-enfermedad/alimentacion>
22. Aghdassi E, Wendland BE, Stapleton M, Raman M, Allard JP. Adequacy of nutritional intake in a Canadian population of patients with Crohn's disease. J Am Diet Assoc [Internet]. septiembre de 2007 [citado 7 de mayo de 2022];107(9):1575-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17761234/>
23. Sousa Guerreiro C, Cravo M, Costa AR, Miranda A, Tavares L, Moura-Santos P, et al. A comprehensive approach to evaluate nutritional status in Crohn's patients in the era of biologic therapy: a case-control study. Am J Gastroenterol [Internet]. noviembre de 2007 [citado 7 de mayo de 2022];102(11):2551-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17680845/>
24. Boscá MM, Alós R, Maroto N, Gisbert JP, Beltrán B, Chaparro M, et al. Recommendations of the Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Spanish Working Group (GETECCU) for the treatment of perianal fistulas of

- Crohn's disease. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 15 de marzo de 2022];43(3):155-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31870681/>
25. García-Sanjuán S, Lillo-Crespo M, Sanjuán-Quiles Á, Richart-Martínez M. Hábitos dietéticos y creencias sobre la alimentación de las personas con enfermedad de Crohn. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado 15 de marzo de 2022];32(6):2948-55. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001200079&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 26. García-Sanjuán S, Lillo-Crespo M, Richart-Martínez M, Sanjuán Quiles Á. Understanding life experiences of people affected by Crohn's disease in Spain. A phenomenological approach. Scand J Caring Sci [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 7 de mayo de 2022];32(1):354-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28869658/>
 27. Akobeng AK, Zhang D, Gordon M, Macdonald JK. Enteral nutrition for maintenance of remission in Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 11 de agosto de 2018 [citado 7 de mayo de 2022];2018(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005984.pub3/full>
 28. Ajabnoor SM, Forbes A. Effect of fat composition in enteral nutrition for Crohn's disease in adults: A systematic review. Clin Nutr [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 16 de marzo de 2022];38(1):90-9. Disponible en: <http://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261561417314383/fulltext>
 29. Blog Conectando Pacientes - Crohn y dieta baja en Fodmaps [Internet]. [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.conectandopacientes.es/blog/crohn/crohn-y-dieta-baja-en-fodmaps>
 30. Van Der Waaij LA, Stevens J. FODMAP-beperkt dieet bij prikkelbaredarmsyndroom. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158(20).
 31. Rovira V, Solano I, Musgo A, Jesús R, Ibáñez B, Teresa M, et al. Artículo

Original Pacientes con trastorno funcional intestinal: eficacia de una dieta baja en FODMAPS para el tratamiento de los síntomas digestivos
 Patients with functional bowel disorder: effectiveness of a diet low in FODMAPS for the treatment of gastrointestinal symptoms. 2016;36(1):64-74.

11. ANEXOS

Anexo I. Tabla 5. Clasificación de Montreal de la enfermedad de Crohn (10)

CLASIFICACION DE MONTREAL DE LA ENFERMEDAD DE CROHN		
EDAD AL DIAGNOSTICO	LOCALIZACION	PATRÓN EVOLUTIVO
1. MENORES DE 16	L1. ILEAL	B1. NO OBSTRUCTIVO + NO FISTULIZANTE (INFLAMATORIO)
2. EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 17 Y 40 AÑOS	L2. CÓLICA	B2. OBSTRUCTIVO (FIBROESTENOSANTE)
3. MAYORES DE 40	L3. ILEOCÓLICA	B3. FISTULIZANTE
	L4. GASTROINTESTINAL ALTA + CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES	SI EXISTE AFECTACIÓN PERIANAL AÑADIR A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES

Anexo II. Artículos seleccionados

A continuación, se expone por medio de una tabla los resultados y conclusiones obtenidos a partir de los artículos que fueron seleccionados para realizar la revisión bibliográfica.

Tabla 6. Datos significativos de los artículos seleccionados.

FUENTE	N.E.	ARTÍCULO	AUTOR	FECHA	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS	CONCLUSIONES	RECOMENDACION EPS ENFERMERA
Pubmed	A	Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease: First Latin American Consensus of the Pan American Crohn's and Colitis Organisation	J K Yamamoto-Furusho, F Bosques-Padilla Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México	Dic 2016	Nutrición, enfermedad de Crohn	K. Yamamoto-Furusho coordinó y organizó el Comité Directivo de la PANCCO, conformado por médicos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela. Cada uno fue responsable de desarrollar las preguntas sobre el diagnóstico, el tratamiento y las situaciones especiales en las enfermedades de la CUCI y EC. La incidencia y prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha aumentado en los últimos años. Tras un abordaje terapéutico (medicación o quirúrgico) es importante retomar lo antes posible la normalización alimenticia	Es importante emplear criterios homogéneos en cuanto al diagnóstico y tratamiento	
Pubmed	A	Dietary habits and feeding beliefs of people with crohn's disease	Sofía García-Sanjuán, Manuel Lillo-Crespo, Nursing Department, Health Sciences Faculty. University of Alicante, Spain.	Dic 2015	Nutrición, enfermedad de Crohn	Se emplea un diseño cualitativo. Se realizaron 19 entrevistas a afectados por la enfermedad de Crohn, en la provincia de Alicante. Las consecuencias dependen de la zona y longitud intestinal afectada, la edad y el tratamiento, en el que debe de tenerse en cuenta la nutrición a la hora de planificar el mismo	Tras el diagnóstico de la enfermedad, la mayoría de los pacientes caen en la cuenta de que la alimentación ejerce un papel determinante en el trascurso de la enfermedad. Deben ejercer un riguroso control de la dieta.	Realizar cambios a la hora de cocinar, siendo las mejores opciones a la plancha o al vapor. Frutas y verduras suelen estar desaconsejadas por tener mucha fibra. Cobra gran importancia la masticación
Pubmed	A	Una instantánea del estado nutricional de la enfermedad de	Camila Ortiz Próspero Cavalcante	Dic 2015	Nutrición, enfermedad de Crohn	Estudio prospectivo con 22 pacientes con EC leve a moderadamente activa, 29 pacientes con EC inactiva y 35	La desnutrición es un problema común que afecta negativamente el pronóstico, por lo que es importante realizar	Cobra importancia evaluar la composición corporal, ingesta de alimentos, gasto de

		Crohn entre adolescentes en Brasil: un estudio transversal prospectivo	Costa, Flair José Carrilho Department of Gastroenterology, University of Sao Paulo School of Medicine Hospital das Clínicas			controles, con un rango de edad de 13,2 a 19,4 años La relación entre la nutrición y la enfermedad de Crohn (EC) es compleja e involucra varias posibilidades terapéuticas. La desnutrición es un problema común que afecta negativamente el pronóstico. Los pacientes con EC mostraron diferencias significativas en cuanto a la calidad de la ingesta dietética (en especial en la ingesta calórica, de proteínas dietéticas, de fibra dietética y la ingesta de micronutrientes), que se reflejan mayoritariamente en las vitaminas A y E, con déficit de ambas.	evaluaciones nutricionales en estos pacientes. Tienen un riesgo nutricional, por lo que es importante realizar evaluaciones nutricionales periódicas.	energía, el balance de nutrientes y niveles séricos de nutrientes para planificar una nueva dieta y realizar un abordaje terapéutico.
Pubmed	A	Un enfoque integral para evaluar el estado nutricional en pacientes con enfermedad de Crohn en la era de la terapia biológica: un estudio de casos y controles	Catarina Sousa Guerreiro, Marilia Cravo Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Lisboa y Unidad de Nutrición y Metabolismo Instituto de Medicina Molecular de la Universidad de Lisboa	Nov 2007	Nutrición, enfermedad de Crohn	Se evaluó un total de 78 pacientes con EC y 80 controles sanos. El 29 % de los pacientes excluye cereales de su dieta, el 28 % la leche, el 18 % las verduras y el 11 % las frutas. La exclusión de la leche implica un menor consumo de calcio y vitamina K y la exclusión de vegetales se asoció a un menor consumo de vitaminas C y E. En cuanto a la actividad física fue significativamente menor en los pacientes con EC lo que implica un aumento del porcentaje de masa grasa. El IMC promedio fue inferior en comparación con controles	Se observa nutrición deficiente en estos pacientes. La forma más prevalente de desnutrición fue el exceso de peso corporal, provocado por una ingesta dietética inadecuada, relacionada con la exclusión dietética de ciertos alimentos.	

						previos tras el transcurso de la enfermedad, y un 32% de los pacientes tenía un IMC mayor a 25 (sobrepeso)		
Pubmed	A	Adecuación de la ingesta nutricional en una población canadiense de pacientes con enfermedad de Crohn	Elaheh Aghdassi , Bárbara Wendland Universidad Health Network, Toronto, Canadá	Sep 2007	Nutrición, enfermedad de Crohn	Estudio transversal de 74 pacientes con una edad media de 35,7 que registraron durante 7 días sus ingestas. No hubo diferencias reseñables entre los pacientes con enfermedad activa e inactiva en cuanto al incumplimiento de la Ingesta Dietética de Referencia. A pesar de poder registrar un IMC normal, a menudo estos pacientes presentan desnutrición, debido a una ingesta insuficiente de micronutrientes, como vitaminas C,E o calcio. Presentan patrones dietéticos subóptimos a pesar de un IMC normal y una enfermedad inactiva.	La enfermedad de Crohn se asocia con frecuencia a deficiencias nutricionales, a menudo como resultado de la actividad de la enfermedad y una ingesta oral deficiente.	Necesidad de asesoramiento dietético y la suplementación
Pubmed	A	Comprender las experiencias de vida de las personas afectadas por la enfermedad de Crohn en España. Un enfoque fenomenológico	Sofía García-Sanjuán , Manuel Lillo-Crespo Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España.	Mar 2018	Nutrición, enfermedad de Crohn	Estudio descriptivo de 19 personas diagnosticadas de EC en Alicante. Acciones a llevar a cabo con este tipo de pacientes: autoprotección; auto-entrenamiento; aprender a vivir con la enfermedad; pérdidas percibidas asociadas a la enfermedad; y la relación con los demás. Se refleja a un paciente crónico que no es consciente de la cronicidad.	Las personas afectadas por la enfermedad de Crohn deben adaptar su vida a su nueva condición crónica.	La enfermera debe de comprender dicha experiencia y brindar su ayuda para planificar intervenciones efectivas. Y ayudarlo a desarrollar estrategias para seguir viviendo una vida similar a la que vivía antes.

						La incertidumbre sobre la enfermedad y necesitan aprender a vivir con una condición crónica que limita su vida diaria.		
Scielo	A	Nutrición en las enfermedades inflamatorias del intestino. Una revisión	Eduardo Moreira, Ximena Rodríguez Hospital Maciel, ASSE. Montevideo, Uruguay. Gastroenteróloga. Unidad de Enfermedades Inflamatorias Intestinales. Hospital Maciel, Uruguay.	Sep 2021	Alimentación, Enfermedad de Crohn	<p>Metaanálisis que incluye 192 pacientes adultos tratados con Nutrición Enteral, y 160 con corticoesteroides.</p> <p>La dieta ejerce una fuerte influencia en el desarrollo y curso de la enfermedad inflamatoria intestinal. Los factores dietéticos que probablemente protejan contra los brotes, como la fibra, el zinc y la vitamina D y, por otro lado, existen factores aumentan el riesgo de brotes, son los alimentos que contienen ácido mirístico, las carnes rojas y el azúcar.</p> <p>Tres modelos o enfoques principales de intervención dietética: suplementación dietética, exclusión de alimentos seleccionados, y fórmulas dietéticas para alcanzar una dieta normal.</p> <p>Los probióticos pueden mejorar el equilibrio microbiano intestinal, mejorando la función de barrera intestinal y</p>	La terapia farmacológica sigue siendo el pilar del tratamiento de la EII. Sin embargo, los aspectos nutricionales son especialmente relevantes ya que potencialmente influyen en la actividad de la enfermedad. Las modificaciones en la dieta tanto para la prevención como para el tratamiento de la EII son una estrategia de tratamiento deseable.	Mostrar al paciente el papel que desempeña la dieta en el inicio y el curso de la enfermedad, brindar estrategias para lograr una buena ingesta dietética y proporcionar consejos dietéticos prácticos y sólidos.

						mejorando la respuesta inmune local.		
Scielo	A	Hábitos dietéticos y creencias sobre la alimentación de las personas con enfermedad de Crohn	Sofía García-Sanjuán, Manuel Lillo-Crespo Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, España.	Dic 2015	Alimentación, Enfermedad de Crohn	Se realizaron 19 entrevistas a afectados por EC. Cuando la persona es diagnosticada de EC, no suele encontrar una relación significativa entre la alimentación que llevaba hasta ese momento y la aparición de la enfermedad. Con el transcurso de la enfermedad la otorgan un papel determinante. Existen 5 líneas en las que debemos actuar: las Creencias sobre nutrición y EC, la Modificación de los hábitos alimentarios, la Búsqueda de información sobre alimentación y EC, El papel de los profesionales, y Autogestión de la enfermedad.	La dieta parece tener una relación directa con la EC. Todos los enfermos muestran su preocupación en cuanto a la dieta al no existir pautas dietéticas establecidas que puedan orientarlos. El abordaje de la EC es meramente clínico y con enfoque patológico, pero no desde una perspectiva de salud, fomentando hábitos saludables desde la multidisciplinariedad.	El conocimiento de los hábitos dietéticos de la persona con EC en una población en la que su dieta se presupone que culturalmente es reconocida como saludable, nos puede dar pautas de abordaje o apoyo profesional tanto en materia de prevención, promoción y educación para la salud. La mayoría de los afectados por la enfermedad no conoce la existencia de profesionales especializados en nutrición y/o hábitos alimenticios, que pueden realizarles un seguimiento y recomendaciones, al igual que la complementación de la dieta con suplementos nutritivos.

Scielo	A	Nutrición y enfermedad inflamatoria intestinal	E. Cabré Gelada Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. España.	May 2007	Alimentación, Enfermedad de Crohn	Se reintrodujeron alimentos convencionales de manera escalonada en 28 pacientes con EC que habían entrado en periodo de remisión gracias a una dieta elemental. 20 de ellos presentaron intolerancia a alguno de los alimentos, pero fueron capaces de tolerarlo en sucesivas exposiciones. La supresión por parte del paciente de determinados alimentos no parece ser una estrategia eficaz ni recomendable. Las dietas de exclusión deben ser útiles tan sólo en un pequeño subgrupo de pacientes. El reposo intestinal queda descartado. No existe ningún fundamento científico para suprimir los lácteos. Muchos pacientes muestran déficit de lactasa. Durante los brotes es aconsejable hacer una dieta pobre en residuos, prescindiendo de fibra insoluble que genera mucho residuo fecal y favorece la obstrucción intestinal. El uso de soporte nutricional artificial en la EII está indicado cuando el estado nutricional no se puede mantener de forma adecuada. Se establece una fórmula personalizada.	El tratamiento de los brotes de actividad de la enfermedad con nutrición enteral puede ser recomendable, aunque menos efectivo que el tratamiento con corticoides, que podría estar indicado sobre todo en los brotes iniciales	El objetivo es recomendar una dieta lo más libre, completa y equilibrada posible
Scielo		Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes	R. López Cortés, B. Marín Fernández	Abr 2016	Alimentación, Enfermedad de Crohn	Estudio observacional, descriptivo y trasversal en 100 pacientes a los que se les	Uno de los datos más relevantes obtenidos en este	

		con enfermedad inflamatoria intestinal	Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona			entrega un cuestionario con variables sociodemográficas. Se clasifica en función de la localización (ilecólica, ileal, perianal u otras localizaciones), el patrón (fistulizante, estenosante o inflamatorio) y la gravedad (leve, moderada o grave), para determinar la clasificación de la Enfermedad de Crohn en los pacientes, se debería utilizar la clasificación de Montreal, que tiene en cuenta la edad en el momento del diagnóstico (<16, 17-40, >40), su localización (ileal, cólica, ileocólica, gastrointestinal alta) y su comportamiento (no obstructivo no fistulizante, obstructivo, fistulizante) Las personas con enfermedad de Crohn o sexo femenino perciben peor calidad de vida relacionada con la salud respecto a pacientes con colitis ulcerosa u hombres.	estudio es la influencia del sexo como factor predisponente.	
Scielo	A	Microbiota, hábitos alimentarios y dieta en enfermedad inflamatoria intestinal	María Fernanda Tumani, Carolina Pávez Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad	Sep 2020	Alimentación, Enfermedad de Crohn	Revisión sistemática. No existe tratamiento farmacológico capaz de remitir la enfermedad. El tratamiento que engloba terapias antiinflamatorias e inmunosupresoras junto a la alimentación. La nutrición en este tipo de enfermedades tiene	Los hábitos alimentarios dependen de la persona, su cultura, la disponibilidad de alimentos dependiendo del lugar geográfico en el que habite. La relación entre la microbiota intestinal y la alimentación juega un papel fundamental. Predominio de desnutrición calórico-proteica, déficit de vit d y hierro, en todo el curso de la	Se debe valorar el beneficio real de las restricciones, las restricciones no controladas pueden dar lugar a desnutrición. El objetivo es generar un efecto en la disminución de la sintomatología y

			<p>Católica de Chile. Santiago, Chile. Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.</p>		<p>la capacidad de disminuir los síntomas gastrointestinales.</p> <p>Muchos alimentos provocan los síntomas gastrointestinales, lo que provoca una disminución de la calidad de vida del paciente, alterando su estado nutricional. Alimentos que mejoran síntomas como el yogur, arroz o plátano. Las restricciones producen deterioro del estado nutricional pudiendo llegar a producirse cuadros de malnutrición o desnutrición debido al problema de absorción de nutrientes en el tubo digestivo, que se asocia con riesgo de hospitalización. Las dietas monótonas empeoran la calidad de vida y repercute en su vida social.</p> <p>Los cambios alimenticios que el enfermo lleva a cabo ante la aparición de la enfermedad tienden a ser restrictivos, ya que la exclusión de determinados alimentos mejora los síntomas.</p> <p>En relación con la microbiota, no hay una explicación exacta de la relación entre dieta y la enfermedad crónica intestinal. Es importante un estudio de la microbiota del paciente ya que puede ejercer un papel</p>	<p>enfermedad (periodo activo o remisión) por la dieta restrictiva. Es necesario una constante valoración del estado nutricional. Cobra importancia diferenciar las etapas de la enfermedad ya que en la remisión la dieta puede ser no restrictiva. Control sobre los cambios de microbiota intestinal que pueden dar lugar a mal absorción y déficits nutricionales.</p>	<p>contribuir a disminuir la inflamación.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

						<p>importante en la etiología de la enfermedad.</p> <p>La farmacoterapia también afecta el estado proteico del paciente, específicamente los corticoesteroides aumentan la pérdida de proteínas en adultos. Las dietas con carbohidratos específicos y baja en FODMAPs pueden ser una de las estrategias a utilizar, ya que disminuyen los síntomas gastrointestinales y mejoran la tolerancia alimentaria.</p> <p>La anemia es el principal síntoma extraintestinal El déficit de vit D favorece la aparición de osteoporosis</p>		
Cochrane library	A	Nutrición enteral para el mantenimiento de la remisión en la enfermedad de Crohn	Anthony K Akobeng, Dongni Zhang Sidra Medicine, Doha, Qatar	Ago 2018	Dieta enfermedad de Crohn	<p>Revisión Sistemática.</p> <p>Nutrición enteral: ingesta calórica diaria de una persona se administra a través de una dieta líquida que se puede administrar vía oral o por sonda a través de la nariz o a través del abdomen. Se desconoce y se está estudiando el mecanismo por el cual la nutrición enteral puede influir en la inflamación. La prevención de las recaídas es un tema importante en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, especialmente porque estar en remisión se asocia con una mejor calidad de vida. La nutrición enteral puede ser eficaz para el mantenimiento de</p>	Los resultados son inciertos y no se pueden establecer conclusiones firmes con respecto a la efectividad y la seguridad de la nutrición enteral para el mantenimiento de la remisión. Se necesita más investigación para determinar la efectividad y seguridad del uso de la nutrición enteral como terapia de mantenimiento en la enfermedad de Crohn.	

						la remisión. El uso de esteroides y agentes inmunosupresores puede minimizarse en pacientes con enfermedad de Crohn, reduciendo así los eventos adversos asociados con estos medicamentos.		
Cochrane library	A	Intervenciones dietéticas para la inducción y el mantenimiento de la remisión en la enfermedad inflamatoria intestinal	Berkeley N. Limketkai, Séfora Iheozor-Ejiofor Division of Digestive Diseases, University of California Los Angeles, Los Angeles, USA	Feb 2019	Dieta enfermedad de Crohn	Evaluación prospectiva de 400 pacientes consecutivos con EII en un centro de atención terciaria. Las intervenciones dietéticas suelen centrarse en el consumo de bajas cantidades o exclusión de uno o más grupos de alimentos que desencadenan los síntomas. Predominan las dietas con carbohidratos bajos en refinados, bajas en micropartículas, bajas en fibra, bajas en calcio, guiadas por síntomas y una dieta orgánica altamente restringida. No existe un consenso para establecer una terapia dietética óptima para el mantenimiento de la remisión. Los factores que contribuyen al desarrollo de la EII no están claros, aunque el paradigma actual de patogénesis implica la interacción de los genes de susceptibilidad a la enfermedad, la respuesta inmune	Necesitamos que los investigadores estén de acuerdo con un marco o protocolo estandarizado, dietéticamente informado para que tales dietas se exploren.	Necesidad de ofrecer unas directrices estandarizadas a estos pacientes que puedan guiarlos durante su enfermedad

						<p>inapropiada, la microbiota intestinal y los factores ambientales. Algunos factores ambientales potenciales incluyen infecciones gastrointestinales, antibióticos, consumo de tabaco y anticonceptivos orales. Las intervenciones dietéticas estudiadas incluyen alguna restricción dietética o exclusión de uno o varios componentes de los alimentos que se cree que desencadenan los síntomas de la EII o la inflamación. Las dietas eran tan variadas que había poco margen para agrupar los datos.</p>	
SEEN	A	Recomendaciones Nutricionales Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Sociedad española de endocrinología y nutrición		Enfermedad de Crohn	<p>El tratamiento dietético varía en función de la fase de la enfermedad que el paciente sufra: fase activa, con un brote leve, moderado o grave, o fase de remisión. Importante no saltarse comidas, evitando comidas abundantes, es preferible realizar de 4-6 pequeñas ingestas, mantener una buena hidratación, estilo de vida saludable que incluye ejercicio físico, mantenimiento de un peso saludable evitando sobre peso y obesidad. En fase de remisión el consejo dietético será el mismo que recomendamos para la población sana, excluyendo aquellos alimentos que por propia experiencia no han</p>	Seguimiento de los consejos dietéticos para poder introducir progresivamente grupos de alimentos sin sufrir un nuevo brote.

						<p>sentado bien o simplemente hay algún tipo de aversión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La base de la alimentación deben ser los cereales (valorar que sean integrales), frutas, verduras y hortalizas y legumbres. ▪ El consumo de lácteos y derivados debe estar presente de forma diaria: leche, yogures y quesos. Se podrá reducir o eliminar la lactosa en caso de intolerancia. ▪ Es preferible el consumo de pescado blanco y carnes magras. Recomendaremos un consumo de pescado azul de 2-3 veces por semana. La carne roja puede consumirse una vez cada 15 días. ▪ Es recomendable un consumo de huevos de 2-4 veces por semana. La clara de huevo es fuente de proteína de alto valor biológico. ▪ Las técnicas culinarias recomendadas son: plancha, horno, hervido, papillote, vapor, wok. ▪ Evite el consumo de bollería industrial y alimentos con elevado contenido en azúcares refinados. 		
SEEN	A	Revisión sistemática sobre	Sociedad Española de	Abr 2020	Enfermedad de Crohn	El papel de la composición de grasas de la nutrición enteral en		

		la importancia de las grasas en la nutrición enteral en los pacientes con enfermedad de Crohn y la tasa de remisión	Endocrinología y Nutrición, España.			el tratamiento de la enfermedad de Crohn no está claro. No hay pruebas suficientes para elegir un tratamiento de nutrición enteral en la enfermedad de Crohn que garantice una remisión		
BUva	A	Revisión bibliográfica sobre la Enfermedad de Crohn y el abordaje enfermero.	María Trueba Expósito Tutor/a: Dra. D ^a Mónica Fernández Salim Universidad de Valladolid, Diputación de Palencia.	Jul 2017	Dieta, Enfermedad de Crohn	<p>FASE ACTIVA</p> <p>Leve: paciente ambulatorio. Dieta fraccionada con buena tolerancia oral, controlada en fibra insoluble y baja en lactosa, de fácil digestión y con un adecuado aporte hídrico. Sin síntomas de deshidratación, fiebre, dolor o signos de obstrucción</p> <p>Moderado: presenta dolor a la palpación abdominal, febrícula o anemia, con pérdida de peso >10%. Dieta fraccionada, baja en residuos y sin lactosa. Como en la fase anterior, es importante asegurar una adecuada hidratación.</p> <p>Severo: precisa hospitalización. Presenta caquexia, fiebre, vómitos, obstrucción intestinal y absceso intraabdominal. En esta situación, puede requerir ingreso hospitalario y soporte nutricional específico con Nutrición Artificial.</p> <p>La curación de la mucosa es un parámetro objetivo, más que la remisión clínica y se asocia con mejor pronóstico a largo plazo ya que el riesgo de cirugía y</p>		

						hospitalizaciones se ve disminuido		
Buva	A	Calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Crohn	Remesal Oliva, Marina Tutora: Eva Muñoz Conejero Cotutor: Marta Sahagún Olea Universidad de Valladolid.	Jun 2018	Dieta, enfermedad de Crohn	<p>En los pacientes con enfermedad de Crohn puede aparecer nutrición deficiente con déficit de ciertos nutrientes pudiendo desencadenar en déficit de vitaminas, descalcificación ósea o retraso del crecimiento y del desarrollo sexual de los niños. Por ello, se debe mantener una ingesta adecuada, dentro de la tolerancia individual, y si es insuficiente, aportar medidas suplementarias.</p> <p>Es importante distinguir entre brote y en remisión. Cuando la enfermedad está en remisión se debe seguir una dieta variada, saludable y equilibrada. Cuando la enfermedad está en periodo activo, se deben realizar restricciones, limitando el consumo de lácteos, fibra y grasas. Las carnes, el pescado, el arroz, la pasta y los purés son mejor tolerados. Las restricciones dependen de la parte de intestino que esté afectado.</p>	<p>Para el paciente, conocer que padece una enfermedad crónica le desencadena una serie de reacciones como vulnerabilidad, inseguridad, miedo o ansiedad. Se ha demostrado que el factor estrés es un factor de riesgo principal en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal e influye de manera negativa en el trascurso de la enfermedad.</p> <p>Es de vital importancia el papel de la enfermería en los pacientes con enfermedad de Crohn, pues la enfermera proporciona, tanto apoyo imprescindible en los momentos de incertidumbre, como una fuente de información a todas las dudas que puedan surgir a lo largo de la enfermedad.</p>	<p>La función de la enfermería se ha desarrollado en este campo por los siguientes factores: el reconocimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, la especialización en enfermedad inflamatoria intestinal, la evolución en los tratamientos en los últimos años y un aumento de la demanda de los pacientes. El papel de la enfermera es esencial, ya que es fuente de información, apoyo a lo largo del proceso y resuelve dudas brindando estrategias para enfrentarse a la enfermedad.</p> <p>Las intervenciones de enfermería se basan en ofrecer al paciente una atención integral, complementando la asistencia médica con información de la patología y educación para la salud, donde se empodera al paciente para ser capaz de tener</p>

								una autonomía correcta en su cuidado
Educainflamatoria	A	Consejos nutricionales para pacientes en brote	Dra. Ana Cantón Blanco Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago		Enfermedad de Crohn	<p>1. Llevar un registro alimentario Algunos alimentos o bebidas pueden empeorar los síntomas asociados a la enfermedad. Anota o lleva un registro de aquellos alimentos que te afectan negativamente.</p> <p>2. Realizar cinco comidas al día. Come tranquilo y en un ambiente relajado. ingiere menos cantidad de comida por toma, pero intenta si es posible realizar al menos 5 comidas. El estrés, el nerviosismo o las prisas pueden incrementar la sintomatología intestinal.</p> <p>3. Bebe suficientes líquidos Para mantener una adecuada hidratación y reponer las pérdidas intestinales y evitar las bebidas alcohólicas o con cafeína.</p> <p>4. Limitar el consumo de alimentos con alto contenido en fibra</p> <p>5. Consume cereales de fácil digestión y evita productos de panadería o bollería que contengan semillas y frutos secos</p> <p>6. Evitar el exceso de grasas En periodos de actividad se absorben mal las grasas a nivel intestinal, aumentando la sintomatología</p> <p>7. Mantén el aporte de proteínas y calorías adecuado</p>	Dependiendo de los síntomas que se presenten y de la gravedad del brote se tendrá que limitar en mayor o menor medida la dieta.	

						<p>Para evitar la pérdida de peso y masa muscular</p> <p>8. Formas de cocción como la cocina de vapor.</p> <p>Durante la fase de transición de un periodo de actividad de la enfermedad (brote) a un periodo de no actividad (remisión) es necesario tener en cuenta las recomendaciones nutricionales: preparar alimentos a la plancha o hervido, incorporar alimentos con fibra poco a poco y según tolerancia, evitar alimentos que producen gases (coliflor, coles de bruselas, cereales integrales, legumbres), cocinar fruta y verdura antes de consumir, evitar alimentos mal tolerados, asegurar una buena hidratación, 5 comidas al día.</p>		
Educainflamatoria	A	Enfermería especializada en enfermedad inflamatoria intestinal	<p>María del Carmen Morete Pérez</p> <p>Enfermera de la Unidad EICI. Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.</p>	Sep 2019	Enfermedad de Crohn	<p>El manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), requiere un abordaje multidisciplinar en el que participe un equipo de especialistas médicos, psicólogos y enfermeras. Estos pacientes necesitan una atención rápida, flexible y completa, que considere sus necesidades físicas, emocionales, sociales y laborales.</p> <p>En el momento del diagnóstico, es recomendable que el paciente acuda a una primera consulta de enfermería, para que se sienta apoyado, se le</p>	El objetivo del abordaje enfermero es integrar todas las funciones, estandarizar criterios y definir el papel de la enfermería.	Es muy importante que a lo largo del transcurso de la enfermedad se establezca una relación estrecha entre el personal enfermero y el paciente, que promueva la creación de un proceso de ayuda, educación sanitaria y seguimiento, que ayude al paciente a adaptarse a su nueva situación, mejorando el grado de aceptación de la enfermedad, la satisfacción por la atención recibida y la

					<p>explique y entienda su nueva situación y resuelva todas sus posibles dudas.</p> <p>Las principales funciones del personal de enfermería se basan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Educar al paciente y a su entorno, en promoción de la salud y en la adquisición de hábitos de vida saludables (dieta sana, ejercicio, hábito tabáquico, entre otros). -Concienciar al paciente y a su entorno sobre la importancia que tiene la adherencia a la medicación pautada para disminuir la posibilidad de nuevos brotes. -Comprobar el estado de inmunización del paciente antes de comenzar con cualquier tratamiento inmunosupresor, el personal de enfermería se encargará de solicitar las pruebas serológicas necesarias para conocer el estado de inmunización del paciente, y posteriormente administrar las vacunas necesarias. -Realizar curas, detección y seguimiento de las posibles manifestaciones extraintestinales. -Coordinar las derivaciones sanitarias a las diferentes 	<p>sensación de control sobre su enfermedad, en cada una de las diferentes fases.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						especialidades y las pruebas diagnósticas que requieren.		
ACCUESP	A	Enfermedad celiaca, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa ¿juntas o revueltas?	Noemí Manceñido Marcos Médica especialista en Aparato Digestivo del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Infantil Sofía en San Sebastián de los Reyes (Madrid)	Oct 2019	Enfermedad de Crohn	Celiaquía y EC comparten genes en distintos cromosomas, pero aún queda mucho que investigar sobre la causa de esta asociación. Las dos enfermedades tienen un gran impacto desde un punto de vista clínico, laboral, económico y sanitario, por lo que el diagnóstico precoz es imprescindible. Frecuentemente se hace el cribado de enfermedad celíaca durante el diagnóstico inicial de la EII, sobre todo si el síntoma predominante es la diarrea. Se recomienda descartar la presencia de EII en pacientes con enfermedad celíaca y a la inversa, descartar enfermedad celíaca en pacientes con EII con mal control.		
ACCUESP	A	La enfermedad de Crohn	Santiago García López Responsable de la consulta monográfica de enfermedad inflamatoria	Dic 2019	Enfermedad de Crohn	Patología inflamatoria crónica de origen autoinmune que puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo (desde la boca hasta el ano). Normalmente se presenta	No hay cura, el personal sanitario trata limitar el impacto en la calidad de vida que el paciente sufre provocado por estas enfermedades.	

			intestinal. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.			<p>con mayor frecuencia en la parte final del intestino delgado (íleon terminal) y en el comienzo del colon (válvula ileocecal y ciego).</p> <p>Síntomas muy variables, dependiendo de la localización de la inflamación.</p> <p>Intestino delgado: diarrea, dolor abdominal, debilidad, pérdida de peso y apetito.</p> <p>Colon: diarrea a veces con sangre</p> <p>Pueden aparecer síntomas añadidos como vómitos, anemia y manifestaciones extraintestinales como dolores articulares, lesiones de piel, piedras en el riñón o vesícula, inflamación de ojos...</p>		
ACCUESP	A	Alimentación	Confederación ACCU Crohn y Colitis Ulcerosa	Dic 2019	Enfermedad de Crohn	<p>No hay una dieta especial y estándar para la enfermedad inflamatoria intestinal. Es necesario un abordaje personalizado, ya que la tolerancia dependerá del momento de la enfermedad en que se encuentre y la zona afectada.</p> <p>Sin embargo, hay ciertos alimentos que son más difíciles de digerir, como los que contienen fibra insoluble,</p>	<p>Durante el periodo activo de la enfermedad se tiende a restringir los alimentos que favorecen los síntomas intestinales. Por ello es importante retomar una alimentación lo más variada y completa posible en periodo de remisión, para suplir los déficits que han aparecido durante el brote.</p>	<p>Una dieta saludable y equilibrada es fundamental para tener una vida saludable. Las personas con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, deben prestar especial atención a la alimentación para evitar problemas</p>

					<p>semillas, frutos secos, así como determinadas frutas y verduras. Durante el brote, es común restringir alimentos para evitar dolor y síntomas intestinales. En estado de brote se deben identificar alimentos a los que se asocian los síntomas, así como los alimentos que los reducen. Se deben reducir las dosis, realizando pequeñas comidas más frecuentes. Se debe evitar el alcohol, la cafeína, la fructosa, el azúcar y los edulcorantes artificiales. Se recomienda evitar beber durante las comidas y reducir el consumo de grasas.</p> <p>Déficits más comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calcio. principalmente en pacientes tratados con corticoides. Importante complementarlo con vitamina D, que ayuda a la absorción del calcio. -Hierro. La causa más habitual de este déficit son las hemorragias intestinales. También pueden ocurrir por un déficit de aporte con la alimentación, por un déficit de vitamina B12 y ácido fólico y por malabsorción. -Vitaminas B12. Ocurre cuando existe 	<p>de desnutrición y deshidratación. Hay algunos consejos generales como recomendar en remisión, seguir una dieta lo más variada posible, evitando restricciones.</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>inflamación o extirpación del íleon terminal.</p> <p>-Ácido fólico. Ocurre por un déficit de aporte en la alimentación, por inflamación o extirpación del yeyuno y por la toma de sulfasalazina.</p> <p>-Sodio y potasio. Ocurre cuando existe inflamación o extirpación del intestino grueso.</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

N.E.: Nivel de evidencia.

Anexo III. Dietas bajas en FOODMAP'S

Las dietas bajas en fodmap's son pautas nutricionales que en ocasiones se recomiendan a personas con patologías intestinales(29). Algunos profesionales la recomiendan para aliviar síntomas digestivos(30) durante un periodo de 6 semanas. Consiste en la restricción o supresión de carbohidratos de cadena corta fermentables, como indican sus iniciales in inglés: Oligosacáridos, Disacáridos, Monosacáridos y Polioles Fermentables(30) existentes en determinadas frutas (melón, manzana), vegetales (cebolla, champiñones o espárragos), y algunos cereales(29).

Los carbohidratos de cadena corta fermentables son deficientemente adsorbidos por el intestino delgado, lo que puede favorecer la aparición de irritación intestinal, por ser captados por las bacterias intestinales(30).

Este tipo de dieta se aconseja en ocasiones a pacientes con EC ya que muchos de los síntomas de intestino irritable y ésta son similares (diarrea, o malestar abdominal entre otros).

Diversos estudios reflejan resultados positivos en pacientes enfermos de Crohn, al reducir estos síntomas intestinales, aunque son necesarias más investigaciones al respecto debido a la falta de estudios sobre este tipo de dieta(29). Algunos de estos estudios no reflejan mejoría de síntomas digestivos en pacientes con EC al mostrar adherencia a esta dieta(31), o muestran que no tiene relación con el mantenimiento del periodo de remisión.

Esta dieta es bastante restrictiva, lo que puede provocar carencias nutricionales. Debe estar indicada y supervisada por un especialista, y tras el fin de este tratamiento dietético, determinar el nivel de tolerancia a la hora de reintroducir los alimentos previamente restringidos o suprimidos(31).