



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2024 -2025
Trabajo de Fin de Grado

**CUIDADOS ENFERMEROS EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD
INTESTINAL INFLAMATORIA.**

AINHOA PEÑA CASTELLANOS

Tutor/a: Jonathan Rojo Ruiz

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Jonathan, por haber confiado plenamente en mí para realizar este TFG y haberse involucrado tanto para que este proyecto se llevara a cabo de la mejor manera posible.

A todas aquellas personas que han contribuido en mi formación, viéndome mejorar cada día y motivándome a aprender todo lo posible e intentar conseguir lo que me proponga.

A todas aquellas profesionales de enfermería que me han acompañado a lo largo de mis prácticas, brindándome su ayuda y conocimientos.

A mi familia, por haber sido un gran pilar en mi vida, confiando siempre en mí, estando a mi lado en cada paso que he dado y viéndome crecer.

A mi madre, por haber sido la persona más importante en mi vida, haberme guiado en cada paso del camino, dejándome ser yo misma y apoyándome en todo momento, por haber sido mi consuelo y haberme levantando todas las veces que me he caído, por haber dedicado tanto tiempo y esfuerzo, ofreciéndome tantas oportunidades como ha podido. Así que la mayoría de mis éxitos los comparto con ella ya que ha hecho posible que llegue hasta aquí.

A mi abuela por el consuelo ofrecido en momentos difíciles, dándome todo el cariño que he necesitado y a mi abuelo, por haber sido mi ejemplo a seguir, por haberme ayudado en todo momento confiando plenamente en mí, por haberme transmitido los valores que tengo y por haber contribuido en gran medida a convertirme en la persona que soy.

A mi pareja, por haberme querido y apoyado incondicionalmente, por haber creído siempre en mí y haberme acompañado durante este camino, por sacar siempre mi mejor versión y haber tenido tanta paciencia en los momentos más complicados.

A todas estas personas, que espero que se sientan orgullosas de la persona que soy y que saben perfectamente que siempre van a tener un lugar especial en mi corazón.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad intestinal inflamatoria es una patología caracterizada por una inflamación crónica de los tejidos del tracto digestivo, por lo que estos en respuesta a una lesión, infección o irritación se inflaman generando enrojecimiento, hinchazón y dolor, junto diarrea. Esta enfermedad en función de los síntomas y localización de la afectación se clasifica en Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn.

Objetivo: Identificar los cuidados enfermeros con mayor impacto en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.

Método: Se ha realizado una revisión sistemática a través de la búsqueda y lectura de distintos artículos seleccionados de la base de datos Pudmed en los últimos 5 años, en inglés y español, estudios en humanos y mayores de 18 años. Cumpliendo con los niveles de evidencia científica Caspe.

Resultados: Se ha realizado una lectura exhaustiva de los 22 artículos seleccionados en métodos, observando los resultados obtenidos para determinar los mejores cuidados para pacientes con EII, viéndose su influencia en la evolución de esta y en la calidad de vida de los pacientes.

Discusión y conclusiones: Algunos factores de riesgo como la dieta, ejercicio físico y los antibióticos influyen significativamente en la evolución de la EII. Además, los síntomas extraintestinales, el sueño, nuevos métodos de diagnóstico y el estado psicológico está relacionado con la calidad de vida de los pacientes. La inmunización también tiene un papel muy importante en la enfermedad y ciertas complicaciones como la incontinencia fecal empeoran el estado de los pacientes.

Palabras claves: enfermedad intestinal inflamatoria, cuidados, enfermería, tratamiento, calidad de vida.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 CAUSAS	1
1.2 FACTORES DE RIESGO.	1
1.3 SÍNTOMAS.....	2
1.4 DIAGNÓSTICO	3
1.5 COMPLICACIONES	4
1.6 EPIDEMIOLOGÍA	5
1.7 TRATAMIENTO.....	6
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS.....	10
4. MATERIAL Y MÉTODOS	11
4.1 DISEÑO.	11
4.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	11
4.3 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN.	11
5. RESULTADOS	13
6. DISCUSIÓN	19
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	26
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	27
9. CONCLUSIÓN.....	28
10. BIBLIOGRAFÍA	29
11. ANEXOS	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas distintas enfermedades.....	2
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	12
Tabla 3. Análisis DAFO.....	25
Tabla 4. Resumen de la selección de datos.....	33
Tabla 5. Nivel de evidencia científica Caspe.....	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema Pico.....	11
Figura 2. Diagrama de flujo de la selección de artículos.....	12

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

1. EII: Enfermedad Intestinal Inflamatoria.
2. CU: Colitis Ulcerosa.
3. EC: Enfermedad de Crohn.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad intestinal inflamatoria es una patología de tipo autoinmune caracterizada por una inflamación crónica de los tejidos del tracto digestivo, por lo que estos en respuesta a una lesión, infección o irritación se inflaman generando enrojecimiento, hinchazón y dolor, además de diarrea. Esta patología engloba principalmente a dos enfermedades, la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn. (1)

En primer lugar, la Colitis Ulcerosa es una afección en la cual el revestimiento del intestino grueso (colon) y el recto resultan inflamados (2), mientras que la enfermedad de Crohn es una afectación del tubo digestivo que evoluciona de modo recurrente con brotes que puede afectar desde la boca hasta el ano, siendo la localización más frecuente el íleon terminal (porción más distal del intestino delgado). (3)

1.1 Causas

En ambas afecciones, se desconoce con exactitud a que se debe de su aparición. Aunque en un primer momento, se sospechaba que los desencadenantes de la enfermedad podían provenir de la dieta y el estrés, se ha observado que estos factores agravan los síntomas, pero no son los causantes de la enfermedad.

Actualmente, la teoría más aceptada sobre el origen de la enfermedad se basa en un mal funcionamiento del sistema inmunitario, de forma que este reacciona de modo anómalo contra las propias células del tracto digestivo. Por lo que, se tratarían de enfermedades autoinmunes en las que la flora intestinal normal desencadenaría una respuesta inmunitaria anómala en aquellos pacientes con una determinada predisposición genética, posiblemente de origen multifactorial. (4)

1.2 Factores de riesgo.

- Edad: la mayoría de los pacientes son diagnosticados antes de los 30 años, aunque hay excepciones que lo desarrollan entre los 50 y 60 años. (5)
- Antecedentes familiares: existe una mayor probabilidad de padecer alguna de estas patologías si algún familiar cercano lo ha padecido anteriormente.
- Tabaquismo: el tabaco daña notablemente el aparato digestivo por lo que aumenta el riesgo de poder desarrollar estas enfermedades.

- **AINES:** aumentan el riesgo de padecerlas e incluso empeoran los síntomas de estas. Los Aines son fármacos antiinflamatorios no esteroideos más utilizados para aliviar el dolor en adultos. Entre estos están incluidos la aspirina, ibuprofeno y naproxeno entre otros. (6)
- **Raza o grupo étnico:** generalmente se produce con mayor frecuencia en personas de raza blanca, aunque pueden darse en cualquier raza.
- **Dietas:** las dietas enriquecidas en azúcares simples y grasas, junto con ausencia de alimentación con leche materna durante la primera etapa de la vida podrían modificar la microbiota aumentando la probabilidad de padecer estas enfermedades.
- **Nivel socioeconómico:** un bajo nivel socioeconómico parece que aumenta la probabilidad de padecer estas enfermedades ya que influyen mucho en el estilo de vida de las personas, ya que acceden a alimentos más ultraprocesados y de peor calidad.

1.3 Síntomas

Tabla 1: síntomas de las distintas enfermedades.

ENFERMEDAD DE CROHN	COLITIS ULCEROSA
Dolor cólico en fosa iliaca derecha	Dolor abdominal en cuadrante izquierdo
Masa palpable en cuadrante inferior derecho	Tenesmo fecal con dolor y diarrea
Pérdida de peso	Heces con sangre y moco
Diarrea crónica (heces sin sangre)	Diarrea (en ocasiones nocturna)
Náuseas, vómitos y dolor epigástrico	Inicio insidioso (1-3 meses)
Fiebre, fatiga y malestar	Anorexia, fatiga, debilidad y pérdida de peso.

En la tabla anterior se muestran los síntomas más comunes de estas enfermedades, ambos llevan a una gran pérdida de peso, provocando debilidad y fatiga en los pacientes que la padecen, algo que les puede suponer un problema en su calidad de vida.

Además, la mayoría de estos síntomas pueden desencadenar problemas psicológicos ya que afectan al estado del paciente llegando a provocar aislamiento social, sentimientos de soledad y tristeza. A mayores, de miedo y ansiedad a la hora de afrontar la enfermedad y

las posibles complicaciones, pudiendo experimentar un problema de aceptación con su cuerpo tras producirse un cambio tan brusco.

No obstante, el 50% de los pacientes pueden llegar a tener afectaciones extraintestinales, principalmente en las articulaciones, piel y ojos.

Las afectaciones articulares pueden dividirse en compromiso articular periférico (artritis tipo 1 y 2, artralgia sin artritis, entesitis o dactilitis) y compromiso de esqueleto axial (lumbago inflamatorio, sacroileitis aislada, espondilitis anquilosante).

Las manifestaciones cutáneas específicas pueden encontrarse en la zona perianal, cavidad oral o a distancia, incluyen plicomas, fisuras, úlceras, abscesos y fístulas. Mientras que las manifestaciones cutáneas reactivas no exhiben las características histológicas de la enfermedad de base, sin embargo, comparten el mismo mecanismo patogénico. En este grupo se encuentran las dermatosis neutrofílicas como el pioderma gangrenoso y el síndrome de Sweet. A mayores, las manifestaciones cutáneas asociadas no comparten el mismo mecanismo patológico de la EII, pero se observan asociadas con mayor frecuencia a esta. En este grupo se encuentran el eritema nodoso (EN), vasculitis, psoriasis, hidrosadenitis y lesiones de la mucosa oral.

Las lesiones orales son muy comunes en estos pacientes destacando a periodontitis, úlceras recurrentes o aftas y la queilitis angular.

Por último, entre las manifestaciones oculares inflamatorias destacan el ojo seco, la uveítis anterior, epiescleritis y escleritis anterior, sin embargo, también se ha descrito la ocurrencia de queratitis ulcerativa periférica, uveítis intermedia y posterior, panuveítis, escleritis posterior y vasculitis retina. (7)

1.4 Diagnóstico

Ambas enfermedades se diagnostican de la misma forma, comenzando con una analítica de sangre para observar si existe anemia o una infección que haya podido llevar a alguno de los principales síntomas. En esta, se puede añadir la detección de la proteína C reactiva que es un indicador de inflamación en el cuerpo. (8)

Esta proteína se produce en el hígado y se eleva ante la presencia de una inflamación, se encuentra en el grupo de proteínas reaccionantes de la fase aguda y responden ante las citocinas producidas por los glóbulos blancos durante la inflamación.

Los resultados suelen ser $< 0,3$ mg/dL en adultos sanos. (9)

A su vez, se lleva a cabo un estudio de las heces para descartar sangre oculta o presencia de parásitos en ellas. Además, se realiza la prueba de la calprotectina fecal. La calprotectina es una proteína que se encuentra en las heces y detecta inflamación en los intestinos. Esta proteína está producida por los glóbulos blancos que llegan a la zona inflamada y allí se mezcla con las heces. (10)

Una vez realizadas estas dos pruebas, se necesita realizar una prueba endoscópica para determinar qué tipo de lesión es y donde se encuentra.

La prueba patognómica de estas enfermedades es la colonoscopia, que consiste en introducir un tubo delgado y flexible con luz y cámara en un extremo viendo todo el colon. Si es necesario, durante esta prueba se pueden tomar muestras del tejido denominadas biopsias y extirpar pólipos u otros tipos de tejidos anormales. Para realizar esta prueba se necesita realizar una preparación específica que requiere una dieta especial días previos a la intervención, tomar un laxante para limpiar el intestino y poder obtener imágenes adecuadas y ajustar la medicación para evitar posibles riesgos. (11)

Se pueden solicitar otras pruebas complementarias para completar el estudio como pueden ser una radiografía de la zona abdominal para poder descartar complicaciones graves, una tomografía computarizada (técnica radiográfica especial que brinda información más detallada) en la que se mira todo el intestino y sus tejidos exteriores, una resonancia magnética (escáner que utiliza un campo magnético y ondas de radio para crear imágenes detalladas de los órganos y tejidos) para evaluar fístulas anales o del intestino delgado. (12)

1.5 Complicaciones

Un mal control de estas enfermedades y de sus síntomas pueden desencadenar una serie de complicaciones que pueden disminuir la calidad de vida de los pacientes e incluso llegar a poner su vida en riesgo en casos extremos, algunas de estas complicaciones son:

- Desnutrición a causa de la pérdida de peso, lo cual puede llevar a un seguimiento por parte del nutricionista para valorar las necesidades de cada paciente y así conseguir una mejor recuperación.
- Cáncer de colon.
- Fístulas o úlceras intestinales: aberturas anormales de los intestinos que permite la

filtración de los contenidos a otras partes del cuerpo. (13)

- Obstrucción intestinal: detiene por completo o afecta gravemente el paso de los alimentos, líquidos, secreciones digestivas y gases a través de los intestinos. (14)
- Perforación intestinal: orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo, en este caso es una ruptura a través de todas las capas del intestino delgado y puede producir la liberación de contenido intestinal a la cavidad peritoneal. (15)
- Megacolon tóxico: afección que se presenta cuando una inflamación e hinchazón se disemina a las capas más profundas del colon, lo que provoca que este deje de funcionar y se ensanche. En casos graves puede llegar a romperse. (16)
- Peritonitis: inflamación del peritoneo (tejido delgado que recubre la pared interna del abdomen y cubre la mayoría de los órganos abdominales). Se produce por una acumulación de sangre, fluidos o pus en el vientre. (17)

1.6 Epidemiología

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) supone una carga considerable para el paciente, los datos actuales sobre la incidencia y la carga de la EII son limitados debido a la escasez de estudios epidemiológicos a nivel nacional, la heterogeneidad de los diseños, el reducido número de centros participantes y tamaño muestral. (18)

No obstante, en estudios globales se ha registrado que la mayor incidencia anual de EC (enfermedad de Crohn) se encuentra en Norteamérica (20.2 por 100000, personas/año); mientras que la incidencia anual de Colitis ulcerosa es mayor en Europa (24.3 por 100000 por persona año).

Históricamente, se ha descrito un gradiente geográfico con mayor incidencia en el norte que en el sur. Sin embargo, en los últimos años esto se ha modificado. Debido al aumento de los casos de EII en países del sur como España y Grecia, donde la incidencia de CU es de 11/100000 y 9/100000, mientras que rangos de incidencia promedio para CU son de 11.8/100000 en el norte y de 8.7/100000 en el sur. En el caso de EC los rangos promedios de incidencia son de 6.3/100000 y de 3.6/100000 para norte y sur. (19)

1.7 Tratamiento

En la actualidad no existe ningún tratamiento realmente efectivo para curar la enfermedad, no obstante, se posee una amplia variedad de fármacos que permiten controlar los síntomas. Aunque es un tratamiento muy complejo y variable dependiendo del paciente.

(20) Algunos de estos son:

- Salicilatos: fármacos antiinflamatorios que actúan sobre el colon, muy seguros, pudiéndose administrar tanto por vía oral como rectal.
- Corticoides: fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores, utilizados en brotes moderados y graves, su uso se limita a los brotes de la actividad ya que tienen muchos efectos secundarios como síndrome de Cushing, osteoporosis, aumento de peso...
- Inmunosupresores: fármacos que modulan las respuestas exageradas del sistema inmunitario, se usan cuando los corticoides no hacen el efecto esperado y ayudan a mantener la enfermedad inactiva, pero suponen un riesgo para el paciente ya que está más expuesto a infecciones y patógenos.
- Terapia biológica: es un tratamiento que usa sustancias elaboradas por organismos vivos, estas se producen en el cuerpo de manera natural o en un laboratorio, ayudan a estimular o inhibir el sistema inmunitario. (21) Algunas de estas terapias son los probióticos y fármacos anticitocinas.
- Cirugía: se utiliza cuando fracasa el tratamiento farmacológico, se suele realizar por laparoscopia y consiste en la extirpación de un fragmento de intestino para combatir el daño producido y en casos más graves se puede llegar a necesitar una colostomía.

Estos tratamientos dependen de la evolución del paciente y de la gravedad de la enfermedad. Algunos pacientes tienen dañada alguna parte del intestino por lo que requieren cirugía para extirpar esa parte, mientras que otros no llegan a estar tan afectados y con terapia farmacológica se consiguen buenos resultados.

1.7.1 Anticuerpos monoclonales

Los anticuerpos monoclonales son proteínas del sistema inmunitario que se crean en el laboratorio reconociendo dianas específicas.

En este sentido se conoce que el perfil de citocinas en la enfermedad de Crohn (EC) y en la colitis ulcerosa (CU) es distinto, de modo que en la EC existe una respuesta de células T

de tipo Th1 desregulada y excesiva (factor de necrosis tumoral alfa [TNF *], interleucina 6, 12 y 1 beta, interferón gamma) mientras que en la CU la respuesta es de tipo Th2 (interleucina 4, 5 y 10, 1ra y TGF-beta). (22) Por lo que se han diseñado anticuerpos específicos para tratar una u otra patología.

- INFLIXIMAB: anticuerpo monoclonal quimérico, con una región constante de IgG1 humana unida a regiones variables anti-TNF de ratón. Se administra por vía intravenosa. Este medicamento neutraliza el factor de necrosis tumoral alfa y previene efectos dañinos. (23).

- ADALIMUMAB: anticuerpo monoclonal anti-TNF completamente humano que se administra por vía subcutánea. (24)

- USTEKINAMUB: es un anticuerpo monoclonal completamente humano IgG1-κ que se une específicamente a la subunidad p40 de las IL-12 e IL-23 (citoquinas que intervienen en la activación de células NK y diferenciación-activación de linfocitos CD4).

- VEDOLIZUMAB: anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 que actúa sobre la α4β7 integrina de los linfocitos T, inhibiendo su adhesión a MAdCAM-1 (que se expresa en intestino y colon). Actúa por tanto sobre la migración de linfocitos T al tracto gastrointestinal.

- RITUXIMAB: es un anticuerpo monoclonal quimérico que se une de forma específica a la molécula CD20 humana. El principal mecanismo de acción atribuido a rituximab es la eliminación de las células B CD20+ fundamentalmente facilitada por la citotoxicidad dependiente de anticuerpos. (25)

- RISANKIZUMAB: es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo inmunoglobulina G1 (IgG1) selectivo, dirigido contra la proteína interleucina (IL)-23, producido en células de Ovario de Hámster Chino por tecnología de ADN recombinante. (26)

Existen más medicamentos biológicos que se utilizan en enfermedades autoinmunes, pero estos son los más usados en la actualidad. Todos presentan algún efecto secundario dependiendo del paciente.

1.7.2 Estilo de vida

En primer lugar, se recomienda que los pacientes con una enfermedad intestinal inflamatoria mantengan un estilo de vida saludable junto con una buena adherencia al tratamiento.

Además, deben mantener al día el calendario vacunal ya que al estar inmunodeprimidos tienen mayor riesgo de poder contagiarse, aunque tienen como contraindicación las vacunas de virus vivos. (27)

La actividad física desempeña un papel crucial en estos pacientes ya que el ejercicio ayuda a reducir la inflamación, mejora la función intestinal y alivia los síntomas. Previamente a comenzar con una actividad física es importante que el paciente consulte con profesional sanitario para evaluar su estado de salud y así poder pautarle una actividad física adecuada.

Otro factor importante es que el paciente aprenda a gestionar su estado emocional, ya que los brotes pueden ser una fuente significativa de estrés y ansiedad. Se ha demostrado que el aprendizaje y la aplicación de técnicas de regulación emocional contribuyen a una mejor calidad de vida en las personas que padecen estas enfermedades.

Evitar los hábitos tóxicos es imprescindible en estos pacientes, ya que el consumo de tabaco, alcohol y drogas pueden agravar seriamente los síntomas y la progresión de las enfermedades intestinales inflamatorias.

Es fundamental cuidar la salud sexual, aunque puede presentarse como un desafío en ciertos casos, como en pacientes con ostomías, cirugías y cambios corporales.

La dieta también es fundamental en estos pacientes, debe ser saludable y variada, identificando aquellos alimentos que son perjudiciales para cada paciente y elaborando su propia dieta en función de sus necesidades. Debido a que los alimentos pueden afectar a la inflamación del paciente, empeorando la sintomatología del mismo, por lo que mantener una dieta adecuada puede ayudar a disminuir esta inflamación, ayudando a manejar la enfermedad, así como mejorar el estado del sistema digestivo.

La salud ósea debe cuidarse ya que durante el proceso de la enfermedad puede verse afectada, por lo que hay que tener un consumo adecuado de calcio, medir los niveles de vitamina D y mantener una buena postura corporal para evitar posibles daños.

Por último, es importante cuidar la piel ya que con los medicamentos para esta enfermedad la piel puede verse afectada por lo que hay que mantenerla hidratada y limpia, protegerla de la radiación solar ya que está comprobado que con estos medicamentos la piel está más expuesta a la radiación por lo que deben usar cremas solares y evitar la exposición prolongada al sol. (28)

2 JUSTIFICACIÓN

El creciente aumento de pacientes con enfermedades intestinales inflamatorias, el avance y utilización de nuevos tratamientos para las mismas y los nuevos hábitos de vida implantados en nuestra sociedad, nos llevan a la necesidad de recopilar información acerca de estas enfermedades, sus síntomas y cuáles son los cuidados que requieren.

A pesar de la gran cantidad de información de la que se dispone en el ámbito sanitario, el paciente no siempre tiene los conocimientos necesarios para convivir con la enfermedad que padece pese a estar diagnosticado. Unos hábitos de vida correctos contribuirían a mejorar su calidad de vida.

Debido a que considero que esta enfermedad tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y que una buena educación para la salud empieza desde los cuidados enfermeros que se aplican a los mismos, he decidido realizar una revisión sistemática de los cuidados con mayor impacto en la vida de este tipo de pacientes.

Además, debido al incremento de casos es importante desde el punto de vista clínico tener un mayor conocimiento de todos los factores inherentes a la enfermedad, para establecer un mejor tratamiento a los pacientes. A mayores, la enfermería es quién se encarga de llevar a cabo estos cuidados, siendo fundamental su función tanto para tratar a estos pacientes como para establecer una buena educación para la salud.

3 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar los cuidados enfermeros con mayor impacto en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.

Objetivos específicos:

- Observar que dieta influye positivamente en los pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.
- Determinar cómo influye la práctica de ejercicio físico en pacientes con EII.
- Comprobar si los antibióticos influyen en la evolución de EII.
- Concluir cuáles son los síntomas extraintestinales más comunes en la EII.
- Relacionar el estado psicológico con la evolución de la EII.
- Observar la relación de la calidad del sueño con la EII.
- Relacionar la incontinencia fecal con el abordaje sanitario en pacientes con EII.
- Observar la inmunización en pacientes con EII.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño.

El diseño es una revisión sistemática.

4.2 Estrategia de búsqueda.

Para establecer nuestra pregunta de investigación se utilizó el formato PICO según el siguiente esquema (Figura 1).

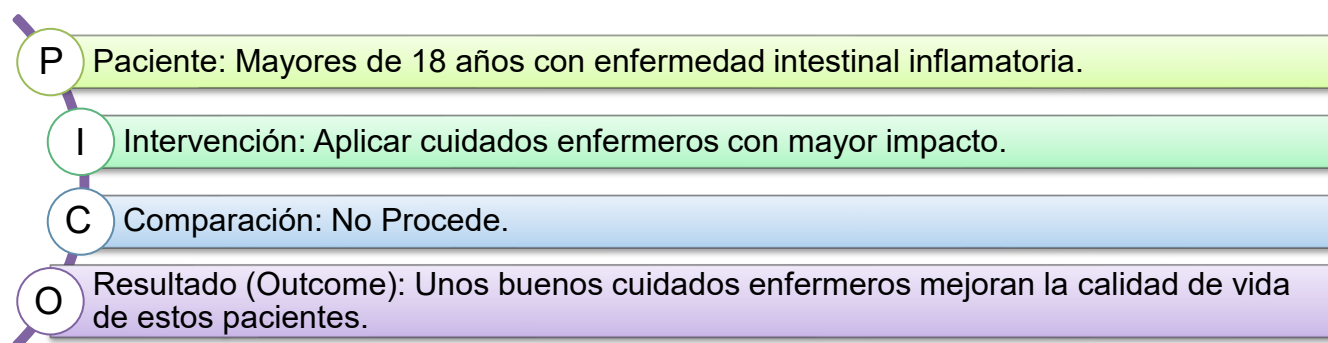


Figura 1: Esquema Pico

Tras este esquema, la pregunta que nos planteamos es: ¿Qué cuidados tienen un mayor impacto para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria?

4.3 Estrategia de selección.

Para realizar la búsqueda de artículos de esta revisión sistemática hemos utilizado la base de datos científica Pubmed, aplicando descriptores, operadores booleanos y filtros.

La estrategia de búsqueda utilizada fue la siguiente:

- Intestinal Inflammatory disease and care: 213 artículos.
- Intestinal Inflammatory disease and therapy: 1002 artículos.
- Intestinal Inflammatory disease and nursing: 21 artículos.

La búsqueda se realizó el 10 de marzo del 2025. Aplicándose los filtros de 5 años, español e inglés, humanos y mayores de 18 años, se obtuvo un total de 1236 artículos. Tras una primera lectura del título se descartaron aquellos que no cumplían con los criterios de

inclusión establecidos en la tabla 2 y quedando un total de 403 artículos (siendo descartados 833 artículos). A continuación, se realizó una lectura crítica del resumen de cada uno de ellos seleccionando 50 artículos que se adaptaban a nuestra búsqueda (descartando 353 artículos). Posteriormente, se llevó a cabo una lectura crítica completa de los artículos, seleccionando finalmente 22 artículos para la realización de la revisión sistemática (descartando finalmente otros 27 artículos). Todo este proceso se ve reflejado en el diagrama de flujo de selección de artículos (figura 2).

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos sobre cuidados en EII.	Artículos que no cumplan los criterios de calidad científica.
Pacientes con EII mayores de 18 años.	Artículos de más de 5 años de antigüedad.
Artículos con evidencias en humanos.	Artículos que no presenten otra patología digestiva.
Artículos en español e inglés.	

Al tratarse de una revisión sistemática hemos utilizado la herramienta Caspe para la evaluación de evidencias, descartando aquellos artículos que no cumplieran sus requisitos para incluirse en la revisión sistemática.

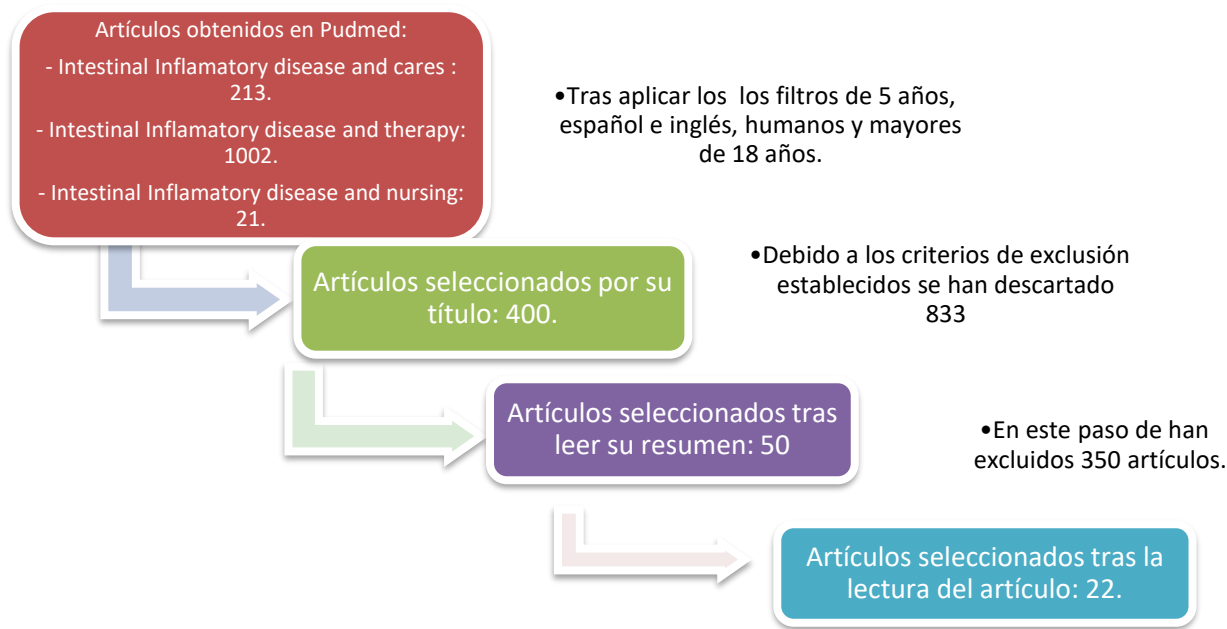


FIGURA 2. Diagrama de flujo de la selección de artículos.

5 RESULTADOS

Tras la lectura de los 23 artículos se ha realizado una tabla (anexo 1) reflejando los aspectos más importantes de cada artículo.

5.1 Factores de riesgo

5.1.1 Dieta

Varios autores han observado que la dieta influye significativamente en la progresión de la enfermedad intestinal inflamatoria. Estos estudios fueron una revisión sistemática realizada en Noruega en 2024 (29) analizando 47 estudios de calidad variable y un estudio prospectivo de cohortes de Massachussets en 2020 (30) con una muestra de 208.834 participantes, mayoritariamente mujeres y un seguimiento acumulado de 4, 9 millones de personas por año, se documentaron 328 casos de enfermedad de Crohn y 428 de colitis ulcerosa, en este estudio se observó que una dieta con mayor índice dietético de patrón inflamatorio se asoció con un 51% de aumento del riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn, pero no se encontró asociación con la colitis ulcerosa. En ambos estudios, se observó que una alta ingesta de carnes rojas y procesadas, azúcares y alimentos ultraprocesados empeoraba la evolución de la enfermedad de Crohn y de la colitis ulcerosa, clasificando estos alimentos como proinflamatorios.

No obstante, se observó que la dieta mediterránea, con baja ingesta de carbohidratos, azúcares y lactosa disminuía la incidencia y progresión de estas enfermedades, siendo factores protectores para esta enfermedad.

Por otro lado, un estudio retrospectivo tailandés del 2021 (31) realizado con una muestra de 417 adultos diagnosticados con colitis ulcerosa entre 1970 y 2010, con un seguimiento medio de 19,2 años. Se observó que el 55,4 % de los pacientes estaban con sobrepeso u obesidad en el momento del diagnóstico y que la obesidad se duplicó a lo largo de los 40 años pasando del 12,5 % al 24,9%. Además, se obtuvo que los pacientes obesos tenían un 72% más riesgo de hospitalización en comparación con los pacientes con peso normal. Por lo que se concluyó con que la prevalencia de obesidad en pacientes con colitis ulcerosa está aumentando y se sugiere que tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad.

Además, se observó la importancia de la cultura y geografía en la dieta de cada persona por eso un estudio observacional comparativo realizado en España y México en 2024 (32)

comparó la composición bacteriana intestinal y los parámetros nutricionales en pacientes con EII frente a controles sanos, observándose que la microbiota intestinal se ve afectada por estas enfermedades, además de por factores geográficos y dietéticos. Por lo que se ha visto la importancia de personalizar la dieta de cada paciente.

5.1.2 Actividad Física

El impacto de la actividad física es importante en la evolución de las enfermedades intestinales por lo que en Reino Unido en 2022 se realizó una revisión sistemática (33) que mostró los múltiples beneficios de la actividad física en estos pacientes, pero que debido a sus limitaciones física y psicológicas su actividad física era muy reducida. Además, en un estudio transversal observacional realizado en Corea del Sur en 2021 (34) a 158 pacientes con EII, con una edad media de 46 años y de los cuales el 88% estaban en remisión, y en el que se usaron cuestionarios validados, se observó como las actividades moderadas y de ocio son las más beneficiosas para mejorar la calidad de vida de los pacientes. No obstante, un estudio prospectivo de cohortes de Dinamarca realizado en 2021 (35) dónde participaron 54.645 adultos con edades entre 50 - 64 años con un seguimiento promedio de 25 años y con 529 casos registrados, mayoritariamente de colitis ulcerosa, se observó que la realización de actividad física en el tiempo libre no disminuyó el riesgo de padecer estas enfermedades en adultos.

5.1.3 Medicamentos

Ciertos medicamentos suponen un riesgo para los pacientes con EII por eso se realizó un estudio de casos y controles en Dinamarca en 2024 (36) con pacientes hospitalizados por complicaciones derivadas de la EII y con pacientes que recibieron esteroides sistémicos en altas dosis, utilizando como control pacientes con EII que no tuvieron brote durante el mismo período, donde se evaluó si el uso de determinados antibióticos aumentaba el riesgo de brotes en pacientes con EII. Se observó que en la colitis ulcerosa existe mayor riesgo de brote ante las quinolonas, antiprotozoarios, antimicóticos y beta- lactámicos, mientras que en la enfermedad de Crohn aumenta el riesgo las quinolonas, antiprotozoarios, antimicóticos y antiinfecciosos intestinales. El estudio concluyó que algunos antibióticos están asociados de forma significativa con el riesgo de brotes, por lo que debe valorarse este riesgo antes de prescribir estos medicamentos.

5.2 Síntomas

Además de los síntomas más habituales de las enfermedades intestinales inflamatorias mencionados en el apartado 1. Introducción. Se han informado síntomas extraintestinales en pacientes con EII, por lo que la Unión Europea en 2020 realizó una revisión (37) en la que se observó que las manifestaciones extraintestinales más comunes en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria se asocian a las articulaciones, piel y ojos, afectando hasta el 50% de los pacientes. Destacaron como manifestaciones articulares la espondiloartritis axial en el 8% de los pacientes siendo más común en la enfermedad de Crohn, espondiloartritis periférica en el 25 % de los pacientes y artralgia no inflamatoria, aunque esta última puede estar relacionado con la edad o tratamientos. Entre las manifestaciones cutáneas destacaron el eritema nodoso, pyoderma gangrenoso siendo más común en la colitis ulcerosa y la psoriasis. En las manifestaciones oculares destacaron la episcleritis, uveítis anterior y escleritis. Por lo que una detección temprana de estos síntomas y su manejo por parte de los distintos profesionales, mejorarían la calidad de vida de estos pacientes ayudándoles a manejar estos síntomas y evitar un mayor daño, observándose también como los anti- TNF tienen un papel primordial en el tratamiento de la enfermedad y de las manifestaciones extraintestinales.

5.3 Diagnóstico

Un estudio prospectivo observacional realizado en Noruega en 2025 (38) evaluó la actividad de la colitis ulcerosa a través un enfoque molecular para mejorar los métodos tradicionales de diagnóstico, se vio que los puntajes moleculares predijeron mejor el estado clínico a 3-6 meses que otras herramientas clínicas y que al combinar las variables clínicas con las moleculares se mejoró significativamente la predicción de resultados. Observándose que la biopsia da un enfoque más granular y objetivo para poder evaluar esta enfermedad, además de permitir un diagnóstico temprano y ayudar a personalizar el tratamiento en función de las necesidades de cada paciente.

5.4 Complicaciones

El impacto psicológico de estos pacientes ante la enfermedad y cómo influye en su evolución es una de las complicaciones más comunes. Un análisis transversal realizado en Reino Unido en 2025 (39) con 599 pacientes con EII y con una edad promedio de 50 años, el 76% informó de síntomas depresivos relevantes, el 81% estaban en remisión bioquímica y el 76% reportaron un mal control de la enfermedad, se comprendió que la depresión y la

autopercepción de los síntomas son las emociones negativas que más influyen en el estado del paciente y la evolución de sus síntomas. Aunque, en un estudio prospectivo de cohorte Canadiense del 2022 (40) con una muestra de 154 pacientes con EII mayoritariamente mujeres con una edad media de 43 años y una evaluación al inicio, semana 26 y semana 52, se concluyó que las emociones negativas influyen principalmente en los síntomas de la enfermedad, aunque no en la inflamación real de la misma. Además, en un estudio prospectivo de cohorte observacional unicéntrico Coreano del 2020 (41) realizado con 355 pacientes recién diagnosticados de colitis ulcerosa, se evaluados dentro de las primeras 4 semanas de diagnóstico, se observó que la depresión y ansiedad alcanzaron niveles significativos con una alta prevalencia de discapacidad laboral, destacando el deterioro en actividades sociales y la calidad de vida de los pacientes. Por lo que estos artículos concluyeron la importancia de un abordaje psicológico temprano por parte del equipo sanitario para mejorar la sintomatología y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad intestinal inflamatoria. A mayores, un revisión narrativa realizada en Rumanía en 2024 (42) concluyó que adoptar una correcta estrategia ante el afrontamiento de estas enfermedades supone un impacto positivo para estos pacientes disminuyendo la ansiedad y depresión y mejorando su calidad de vida, estas estrategias se centran en intervenciones psicológicas destacando la educación para la salud, terapias cognitivo-conductuales, recomendaciones de ejercicio físico moderado y caminar diariamente, además del apoyo ante los estigmas sociales y la resiliencia para favorecer el humor y la aceptación personal.

Por otro lado, en un estudio unicéntrico retrospectivo de corte transversal realizado en España en 2019 (43) a 74 pacientes con EII con una edad media de 45 años, los cuales fueron derivados desde gastroenterología general, se identificó los errores más comunes en el manejo ambulatorio de estos pacientes, solo al 50% de los pacientes se les preguntó por el consumo del tabaco y al 29% se les recomendó dejar de fumar. Entre el 7-16 % tenían evaluado su estado frente a ciertas enfermedades y menos del 10% recibió las vacunas recomendadas. Por lo que se observó que los fallos más comunes fueron la falta de inmunización en estos pacientes, el uso incorrecto de inmunodepresores, una menor difusión de recomendaciones y una falta de seguimiento por parte de los profesionales sanitarios.

El sueño es fundamental para la calidad de vida de las personas, por lo que se realizó un estudio prospectivo de cohorte observacional unicéntrico en Polonia en 2020 (44) con una

muestra de 52 pacientes con EII, con el que relacionó la calidad del sueño con el aumento de las citoquinas proinflamatorias en pacientes con EII midiendo los niveles séricos IL-6, IL-17 e IL-23 y evaluando la calidad del sueño con el índice de calidad del sueño de Pittsburgh, se observó que el 50% de los pacientes tenían mal sueño, sobre todo aquellos que tenían la enfermedad activa y se vio que los niveles séricos eran más altos en estos pacientes, estableciendo que la calidad del sueño influye significativamente en la inflamación intestinal, por lo que los autores sugerían que una mala calidad del sueño llevaría a un aumento de la inflamación y al desarrollo de lesiones intestinales y que la mejora en la calidad del sueño en estos pacientes presentaría múltiples beneficios tanto para su calidad de vida, como para la evolución de su enfermedad.

Otra de las complicaciones más comunes es la incontinencia fecal, que además supone tanto un problema físico como psicológico para los pacientes con EII. En un estudio transversal observacional analítico realizado en Israel en 2024 (45) con 96 pacientes con EII, atendidos en un hospital universitario de Jerusalén con una edad media de 36.6 años, tan solo el 14% fueron preguntados por el personal sanitario sobre la incontinencia fecal. Se observó que el 88,5 % informaron haber tenido incontinencia fecal, sin existir relación con la actividad de la enfermedad. Concluyeron con la incontinencia fecal había afectado a la calidad de vida y al afrontamiento de la enfermedad de los pacientes, aumentando la depresión y produciéndose una alteración de la percepción personal. Por lo que es importante por parte del equipo sanitario aumentar la atención hacia estos síntomas.

5.5 Tratamiento

La dieta supone un factor de riesgo en pacientes con EII, aunque también puede ser usado como tratamiento complementario. En un ensayo clínico aleatorizado controlado abierto realizado en Irán en 2024 (46) con 50 pacientes con colitis ulcerosa, divididos en dos grupos, uno de intervención con una dieta combinada estructurada y fórmula nutricional y el otro grupo de control con recomendaciones dietéticas estándar durante 6 semanas, se observó que una dieta combinada (mediterránea y baja en FODMAP) es segura y ayuda a reducir los síntomas de estas enfermedades, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes y siendo bien tolerada por ellos, pudiéndose utilizar de forma complementaria junto al tratamiento farmacológico para mejorar la evolución de la enfermedad.

A mayores sobre la inmunización de pacientes con EII, en otro estudio analítico descriptivo transversal realizado en Chile en 2021 (47) con 243 pacientes con EII, con una edad media

de 36 años mayoritariamente mujeres y con previsión de salud privada, sólo 6 pacientes recibieron el esquema completo de vacunación y el 23% no habían recibido ninguna vacuna. Además, 40 de los pacientes fueron vacunados con vacunas de virus vivos atenuados lo cual está contraindicado. Por lo que la mayoría de los pacientes no recibieron el esquema completo de inmunización recomendado, debido principalmente a la desinformación y a la falta de indicación sanitaria, por lo que se concluyó con que se debería mejorar la educación para la salud de estos pacientes sobre la importancia de una correcta inmunización por parte del personal sanitario.

Respecto al uso de probióticos, un ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico simple ciego realizado en el Líbano en 2025 (48) con una duración de 2 meses y con una muestra de 21 pacientes con enfermedad de Crohn (11 en intervención y 10 en control) que recibieron 1 cápsula diaria de probióticos por 8 semanas, observó que el uso de probióticos mejoró la calidad de vida de los pacientes, al igual que su estado nutricional. No obstante, no mejoraron los síntomas de estos, ni se disminuyó el número de brotes ni de hospitalizaciones. Por lo que se concluyó que los probióticos podrían tener beneficios administrándose como complementos en la alimentación de estos pacientes.

A mayores, un estudio experimental realizado en Corea del sur en 2021 (49) a través del cultivo de organoides intestinales derivados de pacientes con enfermedad de Crohn y controles sanos, en el que se evaluó la capacidad de regeneración epitelial y de cicatrización con el uso de organoides intestinales en pacientes con enfermedad de Crohn, se observó que la capacidad de regeneración del tracto gastrointestinal se ve disminuida en condiciones inflamatorias debido a la baja proliferación celular, y el uso de organoides se podrían usar para modelar y estudiar la fisiopatología de esta enfermedad.

Por último, una revisión narrativa realizada en Reino Unido en 2021 (50) realizó una guía práctica para el manejo de la insuficiencia intestinal en pacientes con EII ante el fracaso farmacológico ya que supone una complicación grave, enfocándose principalmente en el manejo de los síntomas, evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, se ofreció un primer modelo que individualizada el tratamiento y mostraba un apoyo psicológico a los pacientes, aportando una gran importancia al equipo sanitario el cuál debería involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su propia enfermedad.

6 DISCUSIÓN

Tras la lectura de estos artículos se han observado cuales serían los cuidados más adecuados para pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria intentando minimizar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Dieta

En varios artículos de la presente revisión se ha demostrado la importancia de mantener una dieta baja en carnes rojas y procesadas, disminuir el consumo de azúcares y grasas, y evitar alimentos procesados, para disminuir la inflamación y mejorar la calidad de vida de las personas con EII. Tanto en la revisión sistemática de Noruega (29) como en el estudio prospectivo de Massachussets (30) se observó que la dieta proinflamatoria empeoraba la evolución tanto de la enfermedad de Crohn como de la colitis ulcerosa, pero sorprendentemente tan solo aumentaba el riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn y no de la colitis ulcerosa. Ambas patologías cursan con una inflamación del tracto digestivo, por lo que en principio parecería lógico que una alimentación proinflamatoria favoreciera la aparición de ambas enfermedades. Esta discrepancia probablemente tenga que ver con el hecho de que, aunque ambas enfermedades comparten un origen autoinmune, los factores ambientales y el microbiota intestinal probablemente jueguen un papel importante al interaccionar con los elementos genéticos favoreciendo la aparición de una u otra enfermedad. Por otro lado, una vez que alguna de las enfermedades se ha desencadenado, la alimentación proinflamatoria favorecerá el agravamiento de los síntomas de ambas patologías.

Por otro lado, el estudio retrospectivo tailandés (32) observó que la mitad de los pacientes diagnosticados de EII presentaban sobrepeso u obesidad, lo cual aumentaba a lo largo de los años, y además que los pacientes con obesidad presentaban un 72% mayor riesgo de hospitalización en comparación con los normopeso. De nuevo estos datos van en consonancia con las características propias de la EII, puesto que la obesidad desarrolla a largo plazo inflamación visceral que probablemente está agravando los síntomas de la EII a nivel de la mucosa gastrointestinal. Si se tiene en cuenta además que muchas veces la obesidad es consecuencia de una mala alimentación, comúnmente con alimentos proinflamatorios, probablemente se junten ambos factores incrementándose aún más el riesgo de aparición, empeoramiento de estas patologías o sus síntomas.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la cultura y geografía de cada paciente ya que el microbiota intestinal cambia, como demostró el estudio observacional (33) en el que los autores mostraron cambios en el microbiota intestinal no solo dependientes de factores geográficos o dietéticos sino también de la presencia de EII, que alteró la flora bacteriana intestinal. Este hecho probablemente complique tanto la sintomatología como la curación de la enfermedad, puesto que al perderse el equilibrio de la flora intestinal se favorece la colonización del intestino por bacterias potencialmente patógenas, que atravesarán la mucosa intestinal generando procesos infectivos e inflamatorios que complicarán la evolución de la enfermedad, por lo que se debería individualizar cada dieta según el microbiota de cada persona y sus necesidades.

Actividad Física

Según la revisión sistemática (35), es de destacar la importancia de que estos pacientes tengan una vida activa, evitando la obesidad y realizando ejercicio físico moderado ajustado a su situación. Es importante, que dentro del ejercicio no sobrepasen su límite, adapten la duración e intensidad en función de su condición física en cada momento. Además, la actividad física junto con la dieta podría suponer un factor protector para evitar complicaciones de la enfermedad ayudando a minimizar los síntomas y mejorando la calidad de vida de los pacientes, como también indica el estudio observacional (36) que hace hincapié en que compatibilizar el ejercicio físico con momentos de ocio podría ayudar a sus relaciones sociales y mejorar su estado anímico. No obstante, sería conveniente realizar estudios que proponga cuales serían los ejercicios más adecuados para estos pacientes, así como unas recomendaciones que se puedan aportar a los mismos. De todas maneras, no hay que olvidar que el estudio prospectivo danés (37) no observó correlación entre realización de actividad física y disminución del riesgo de aparición de EII, por lo que la actividad física no evita la aparición de estas patologías, aunque minimiza sus síntomas, probablemente evitando un empeoramiento del estado de salud general y permitiendo además mantener un mínimo de actividad laboral, social, etc... que mejore su estado anímico.

Medicamentos

Es importante conocer que ciertos medicamentos podrían aumentar el riesgo de un nuevo brote y empeorar los síntomas de las EII. En el estudio de casos y controles (48), se analizó el efecto de los antibióticos sobre estas enfermedades, observándose que algunos son sensibles tanto para la colitis ulcerosa como para enfermedad de Crohn. Viendo este estudio se demuestra que es importante conocer estos efectos ante de prescribir estos medicamentos a estos pacientes, aunque es importante evaluar si los beneficios son mayores que el riesgo que suponen.

Actualmente faltan más estudios que verifiquen la seguridad de los medicamentos para este tipo de pacientes ya que tienen un intestino más sensible que otros pacientes y al ser una enfermedad autoinmune también se desconoce cómo va a actuar el sistema inmune ante determinados medicamentos.

Síntomas

Es fundamental poder detectar otros síntomas a mayores de los comunes ya mencionados en la introducción, como son el caso de las manifestaciones extraintestinales, que tal y como muestra uno de los artículos seleccionados (37) suele ser muy comunes entre los pacientes con EII y supone una disminución de su calidad de vida. No obstante, una vez encontrados los síntomas se procede a tratar clínicamente farmacológicamente y con recomendaciones. Por lo que es importante que los profesionales conozcan estas manifestaciones que se centran en las articulaciones, piel y ojos para poder reconocerlas con rapidez, aliviar los síntomas lo antes posibles y evitar posibles daños a largo plazo. Por lo que considero que se debería seguir impartiendo cursos a los profesionales sobre los avances de esta enfermedad para que puedan estar preparados y detectar con mayor facilidad estos síntomas.

Diagnóstico

En el estudio observacional noruego (48) se introduce un nuevo método de diagnóstico priorizando la biopsia, que ha demostrado dar un resultado más objetivo ante el diagnóstico de la colitis ulcerosa, permitiendo dar un diagnóstico más temprano y personalizar el tratamiento en función de cada paciente. No obstante, al ser un estudio reciente se

necesitan más estudios que respalden los resultados obtenidos. Aunque debido al tipo de estudio y a la fiabilidad obtenida considero que es una técnica muy prometedora, que podría destacar por encima de los métodos de diagnóstico tradicionales, mejorando el tiempo de diagnóstico y permitiendo individualizar los tratamientos. Esta técnica podría resultar más efectiva que otros métodos de diagnóstico, debido a su objetividad para analizar las biopsias, además de encontrarse los resultados de una forma más temprana y debido al estudio molecular que se realiza de la muestra, se podría llegar a individualizar el tratamiento dependiendo del paciente y del resultado de la prueba, permitiendo disminuir el tiempo de espera de los pacientes para obtener un diagnóstico y acelerar el tratamiento de los síntomas.

Complicaciones

El estado psicológico de los pacientes con EII se ha visto que tiene un impacto importante en la evolución de la enfermedad, por lo que un mal manejo de este llevaría a un mayor porcentaje de complicaciones en estos pacientes. En el análisis transversal de Reino Unido (39) se ha demostrado en varios artículos que un gran porcentaje de estos pacientes padecen de ansiedad y depresión junto con una falta de afrontamiento ante la enfermedad y una disminución de la percepción sensorial. No obstante, en el estudio prospectivo de cohorte Canadiense (40) se observó como las emociones negativas influían significativamente en la sintomatología de la enfermedad, empeorando los mismos. Mientras, otro estudio prospectivo de cohortes unicéntrico observacional Coreano (41) relacionó un aumento de la discapacidad laboral y una disminución de las actividades sociales con una prevalencia significativa de ansiedad y depresión en pacientes con colitis ulcerosa recién diagnosticada. Por lo que es importante tener en cuenta el estado psicológico de estos pacientes, ya que unas emociones negativas llevarían a un empeoramiento de los síntomas y a disminuir su calidad de vida.

Actualmente existen múltiples recomendaciones y cuidados relacionados con el manejo de los síntomas y con mejorar la clínica de los pacientes. No obstante, el abordaje psicológico se deja bastante al margen sin tener en cuenta que las emociones juegan un papel fundamental en la evolución de la enfermedad. En varios artículos se observa claramente como los pacientes con emociones negativas tienen una disminución de su calidad de vida llevándolos a un peor abordaje de los síntomas. Por lo que sería primordial buscar

estrategias que garanticen un mayor apoyo psicológico a estos pacientes, así como la realización de programas orientados a mejorar su estado anímico y a afrontar de una mejor manera esta enfermedad.

Además, se ha visto en un estudio observacional (45) que muchos de estos pacientes presentan incontinencia fecal lo que les supone un conflicto emocional ante esta situación, además de haberse comprobado que estos síntomas no son tratados en consulta y hay una falta de abordaje sanitario. Por lo que es importante proporcionar un espacio seguro a estos pacientes para poder consultarlo sin sentirse avergonzados, proporcionándoles el apoyo necesario ante la posibilidad de una modificación de la percepción personal y mejorar así su bienestar físico y psicológico. No obstante, este estudio se realizó en Israel, país perteneciente a otro continente y con otra cultura. Aunque considero, que faltan más estudios en Europa donde se muestre si existe un correcto abordaje de esta sintomatología, ya que considero que podría existir un error de comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, porque el profesional sin evidencias podría no preguntar al paciente y este ante un sentimiento de vergüenza podría preferir no referirlo.

También es fundamental que estos pacientes tengan una buena calidad del sueño para mejorar la evolución de la enfermedad y tener una buena calidad de vida, para ello se podrían proporcionar pautas y recomendaciones para garantizar que tengan un descanso adecuado y reparador. Según lo indicado en el estudio prospectivo (44) existe una clara relación entre la calidad del sueño de los pacientes y el aumento de citocinas séricas proinflamatorias, demostrando que, si un paciente tiene una mala calidad del sueño, su inflamación aumentara, empeorando la evolución de la enfermedad. Por lo que se podrían realizar más estudios que analicen cuales son las técnicas de sueño más efectivas para estos pacientes ya que su propia sintomatología en determinados casos podría dificultarles tener un sueño eficiente y reparador.

No obstante, tal y como muestra uno de los últimos artículos (50) es importante un buen manejo en aquellos pacientes cuyo tratamiento farmacológico haya fracasado ayudándoles a manejar los síntomas, individualizando su tratamiento, aportándoles apoyo psicológico y mejorando su calidad de vida.

Tratamiento

Se considera que las enfermedades intestinales inflamatorias son de origen autoinmune por lo que la mayoría de los tratamientos farmacológicos que se administran tienen propiedades inmunosupresoras, lo que provoca que estos pacientes están más expuestos a ciertas enfermedades como la hepatitis, neumonía y tuberculosis entre otras. Por lo que la prevención tiene una gran importancia para evitar su contagio y se recomienda un esquema de inmunización para estos pacientes. Se podría solucionar el problema que supone la falta de inmunización que se han observado en varios estudios, realizándose programas de vacunación para estas personas, informándoles de la posibilidad de vacunación y de los beneficios que supondría para ellos realizarlo. A su vez, podría llevar a cabo un seguimiento de estos para garantizar el cumplimiento del esquema de inmunización y llevar a estos pacientes a mejorar su calidad de vida evitando el contagio de estas enfermedades. No obstante, es cierto que muchos pacientes no llegan a vacunarse por falta de tiempo o por decisiones tanto personales como religiosas por lo que se debe respetar su decisión, pero es importante que se transmitan las consecuencias que podría suponer dicha decisión y que si cambian de opinión podrían acceder a dichas vacunas.

Por otro lado, otro de los artículos mencionados anteriormente también propone el uso de organoides para ayudar a la regeneración epitelial y a la cicatrización del intestino pudiendo mejorar el estilo de vida de los pacientes (49). En este trabajo experimental de Lee y colaboradores en explantes en cultivo de criptas intestinales de pacientes sanos y con enfermedad de Crohn, se observó que la aplicación de organoides intestinales (generados en cultivo en el laboratorio) de muestras de pacientes, tenían menor capacidad regeneradora de heridas provocadas en los cultivos de criptas intestinales en condiciones de inflamación, debido a la baja tasa de proliferación celular. No obstante, se necesitan más estudios para mostrar todos los beneficios que tendrían para estos pacientes, así como comprobarse los posibles adversos que tiene y evaluar si el beneficio es mayor que el riesgo. Pero sin duda podrían ser un gran avance para el tratamiento de estas enfermedades y para la calidad de vida de estos pacientes. Aunque estos estudios de laboratorio son prometedores a priori, el salto a la clínica será complicado por el desconocimiento de todos los factores implicados que actúan fisiológicamente en la regeneración de la mucosa intestinal. Por otra parte, se sabe que la flora bacteriana intestinal normal secreta factores tróficos que favorecen la regeneración del epitelio

intestinal por lo que la alteración de esta ocurre en la EII probablemente dificultará la eficacia de dicho tratamiento con organoides.

A mayores, también se ha observado la importancia del uso de los probióticos para mejorar el estado nutricional de estos pacientes y su calidad de vida. En el ensayo clínico libanés (34) en el que usaron como probióticos lactobacilos, bifidobacterias y lactococos, la suplementación probiótica no mejoró los síntomas de la EII, aunque los pacientes incrementaron su masa corporal, tanto a nivel de masa grasa como muscular. A pesar de que la suplementación probiótica pretendía en este estudio restablecer la flora intestinal alterada en la EII y con ello remitir los síntomas de la patología, el resultado no fue el esperado. Probablemente la ausencia de signos de remisión de la patología se deba a que hay otros factores importantes implicados en la aparición y progresión de la enfermedad, además hay que tener en cuenta el bajo número de pacientes del estudio (11 en el grupo de intervención) y la breve duración del estudio, de tan solo dos meses. Por otra parte, actualmente todavía existe un gran desconocimiento de esa flora bacteriana normal que puebla el intestino humano, por lo que quizás los probióticos elegidos no son los más adecuados. No obstante, está claro que el probiótico tuvo cierto efecto positivo sobre la función intestinal, puesto que los pacientes aumentaron de peso. Aunque se necesitan más estudios que refuercen estos estudios, sí que se recomienda su utilización como complementos al tratamiento farmacológico para aumentar los beneficios en estos pacientes.

Por último, tras la lectura de todos los artículos y de la valoración de los resultados obtenidos, he considerado que se necesita realizar por parte de enfermería una mayor educación para la salud en este tipo de pacientes, ayudándoles a comprender en que consiste su enfermedad, cuáles son los cuidados más importantes para el manejo de esta y como conseguir que tengan una buena calidad de vida. Además, de reforzar el abordaje psicológico de estos pacientes que se encuentran ante una enfermedad que posiblemente dure toda su vida y que supone un gran cambio en su estilo de vida, al final es tan importante el control de los síntomas y de la enfermedad como conseguir que tengan un buen estado anímico y afronten la enfermedad con optimismo y un buen estado anímico.

6.1 Análisis DAFO

A continuación, se muestra el análisis DAFO donde se muestran los aspectos favorables y desfavorables tanto en el enfoque interno como externo de esta revisión sistemática.

Tabla 3. Análisis DAFO

	ASPECTOS FAVORABLES	ASPECTOS DESFAVORABLES
INTERNO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	Existen muchos estudios que se centran en estos pacientes y existe una gran disponibilidad por parte de los pacientes para participar en ellos y dar su opinión a través de entrevistas o cuestionarios.	Algunos de los artículos presentaban limitaciones sobre la muestra de población seleccionada.
EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	Al ser una enfermedad con una mayor prevalencia se va a seguir estudiando su evolución y por lo tanto van a ir siguiendo nuevos avances que permitan mejorar los síntomas y calidad de vida de estos pacientes.	Se necesitan más investigaciones para reforzar y completar parte de los estudios ya realizados para una mayor concreción y fiabilidad.

6.2 Limitaciones

En esta revisión sistemática las principales limitaciones que se han encontrado se relacionan con el tiempo que ha durado el estudio, que en algunos casos se necesita de otro estudio para reforzar su conclusión. También se ha observado que existe limitaciones en algunos artículos debido a que la muestra de la población seleccionada es pequeña siendo necesario realizar otros estudios con mayor población que permita hacer un seguimiento de estos resultados, comprobando los beneficios de los cuidados mencionados en el apartado 5. Resultados.

7 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El conocer los mejores cuidados para pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria proporcionaría múltiples beneficios para este tipo de pacientes, además de mejorar su calidad de vida proporcionándoles más información para manejar su enfermedad y sus cuidados. Por lo que adoptar unos correctos programas por parte del personal sanitario

para guiar a los pacientes al correcto manejo de su enfermedad supondría una mayor implicación por parte de estos en sus cuidados y mejoraría su calidad.

A su vez, se podrían establecer programas de educación para la salud por parte de enfermería destinados a educar a estos pacientes sobre el correcto manejo de sus síntomas y de adoptar unos correctos hábitos de vida que los llevaría a mejorar su calidad de vida.

8 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Algunos de los artículos utilizados para realizar esta revisión sistemática necesitan de más estudios que refuercen y concreten sus resultados. Además, existe un aumento de la prevalencia de pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria debido al cambio en los hábitos de vida adoptados en la sociedad actual por lo que es necesario realizar más investigaciones para abordar los síntomas de estos pacientes, disminuir la frecuencia de sus brotes y mejorar su calidad de vida.

A mayores, debido a los nuevos fármacos que se están utilizando va a ser necesario estudiar qué efectos secundarios podrían generar en los pacientes, diseñar nuevos programas de educación para la salud que ayuden a abordar estos síntomas, que los pacientes conozcan con más precisión en que consiste su enfermedad y cómo manejarla.

9 CONCLUSIÓN.

- Se ha demostrado que unos correctos cuidados orientados a una dieta adecuada, una vida activa, una buena calidad del sueño, un correcto conocimiento sanitario y un buen abordaje psicológico de estos pacientes mejoran la calidad de vida de estos pacientes y disminuyen las posibles complicaciones de la enfermedad.
- Una dieta baja en alimentos proinflamatorios ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes con EII, además de disminuir su obesidad.
- El ejercicio físico moderado en pacientes con EII evita complicaciones de su enfermedad.
- Determinados antibióticos como las quinolonas, antiprotozoarios, antimicóticos y beta-lactámicos en la colitis ulcerosa, las quinolonas, antiprotozoarios, antimicóticos y antiinfecciosos intestinales en la enfermedad de Crohn aumentan el riesgo de presentar brotes de EII, por lo que es importante evaluar los beneficios y riesgos que suponen.
- Los síntomas extraintestinales más comunes de la EII son: articulares, tópicos y oculares.
- Una de las principales complicaciones de las EII es la aparición de ansiedad y depresión por lo que es importante su detección temprana y abordaje por parte de los profesionales sanitarios.
- La mala calidad del sueño aumenta citocinas proinflamatorias que agravan los síntomas de la enfermedad, por lo que hay que promover en estos pacientes un buen manejo del sueño.
- La incontinencia fecal es un tema poco tratado por el equipo sanitario que supone un problema para los pacientes por lo que es importante abordar estos síntomas con los pacientes.
- Se necesita un mejor seguimiento del calendario vacunal de estos pacientes para prevenir la aparición de diversas patologías infecciosas puesto que estos pacientes están tratados con fármacos inmunosupresores.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)-EnsayosClínicos ... [Internet]. [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ensayosclinicosroche.es/es/trials/autoimmune-disorder/ibd.html>
2. Colitis ulcerativa: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000250.htm>
3. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 18 de febrero de 2025]. Enfermedad de Crohn: ¿Qué es? Síntomas y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-crohn>
4. Clínic Barcelona [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Causas y factores de riesgo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/enfermedad-inflamatoria-intestinal/causas-y-factores-de-riesgo>
5. Enfermedad inflamatoria intestinal (I): clasificación, etiología y clínica [Internet]. [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281813701203>
6. AINE (Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides) [Internet]. [citado 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://rheumatology.org/patients/aines-medicamentos-antiinflamatorios-no-esteroides>
7. Luzoro A, Sabat P, Guzmán L, Frias F. Manifestaciones extraintestinales de enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Med Clin Condes. 1 de julio de 2019;30(4):305-14.
8. ¿Cómo se diagnostica la EII? | Crohn's & Colitis Foundation [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.crohnscolitisfoundation.org/es/como-se-diagnostica-la-eii>
9. Proteína C reactiva: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003356.htm>
10. Prueba de calprotectina fecal: Prueba de laboratorio de MedlinePlus [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-calprotectina-fecal/>
11. Colonoscopia: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003886.htm>
12. Enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.labtestsonline.es/conditions/enfermedad-inflamatoria-intestinal>
13. Fístula gastrointestinal: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001129.htm>
14. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Obstrucción intestinal - Trastornos gastrointestinales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias->

15. Perforación intestinal - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Perforaci%C3%B3n_intestinal
16. Megacolon tóxico: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000248.htm>
17. Peritonitis: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001335.htm>
18. Chaparro M, Barreiro-de Acosta M, Benítez JM, Cabriada JL, Casanova MJ, Ceballos D, et al. EpidemIBD: rationale and design of a large-scale epidemiological study of inflammatory bowel disease in Spain. *Therap Adv Gastroenterol*. 1 de enero de 2019;12:1756284819847034.
19. Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes*. 1 de julio de 2019;30(4):257-61.
20. Clínic Barcelona [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal | Hospital Clínic Barcelona. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/enfermedad-inflamatoria-intestinal/tratamiento>
21. Definición de terapia biológica - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-biologica>
22. Hinojosa J. Anticuerpos anti-TNF en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 1 de mayo de 2000;23(5):250-7.
23. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Infliximab. Nombre comercial: Remicade. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/medicamentos/infliximab>
24. Sofprint. Sociedad Canaria de Pediatría de Tenerife. [citado 23 de febrero de 2025]. Nuevas terapias en enfermedad inflamatoria intestinal. Disponible en: <https://scptfe.com/nuevas-terapias-en-enfermedad-inflamatoria-intestinal/>
25. Fernández Fresnedo G, López-Hoyos M, Arias M. Rituximab en el tratamiento de las enfermedades. *Nefrología*. 1 de junio de 2009;2(3):24-33.
26. anx_149039_es.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20200827149039/anx_149039_es.pdf
27. Vivir día a día con la enfermedad inflamatoria intestinal - G-Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://educainflamatoria.com/bienestar-y-apoyo-emocional/vivir-dia-a-dia-con-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal/>

28. [Habitos-saludables.pdf](https://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2024/03/Habitos-saludables.pdf) [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2024/03/Habitos-saludables.pdf>
29. Christensen C, Knudsen A, Arnesen EK, Hatlebakk JG, Sletten IS, Fadnes LT. Diet, Food, and Nutritional Exposures and Inflammatory Bowel Disease or Progression of Disease: an Umbrella Review. *Adv Nutr.* mayo de 2024;15(5):100219.
30. Lo CH, Lochhead P, Khalili H, Song M, Tabung FK, Burke KE, et al. Dietary Inflammatory Potential and Risk of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *Gastroenterology.* 1 de septiembre de 2020;159(3):873-883.e1.
31. Johnson AM, Harmsen WS, Aniwan S, Tremaine WJ, Abu Dayyeh BK, Loftus EV. Prevalence and Impact of Obesity on Disease-specific Outcomes in a Population-based Cohort of Patients with Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis.* 12 de junio de 2021;15(11):1816-23.
32. García-Gamboa R, Díaz-Torres O, Gradilla-Hernández MS, Pérez-Brocal V, Moya A, González-Avila M. Gut Bacterial Composition and Nutritional Implications in Mexican and Spanish Individuals with Inflammatory Bowel Disease Compared to Healthy Controls. *Int J Mol Sci.* 5 de noviembre de 2024;25(22):11887.
33. Mareschal J, Douissard J, Genton L. Physical activity in inflammatory bowel disease: benefits, challenges and perspectives. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care.* mayo de 2022;25(3):159.
34. Kim B, Chae J, Kim EH, Yang HI, Cheon JH, Kim TI, et al. Physical activity and quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Medicine (Baltimore).* 9 de julio de 2021;100(27):e26290.
35. Rasmussen NF, Bech BH, Rubin KH, Andersen V. Associations between participation in, intensity of, and time spent on leisure time physical activity and risk of inflammatory bowel disease among older adults (PA-IBD): a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 1 de abril de 2021;21:634.
36. Lo B, Biederman L, Rogler G, Dora B, Kreienbühl A, Vind I, et al. Specific Antibiotics Increase the Risk of Flare-Ups in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Results from a Danish Nationwide Population-Based Nested Case-Control Study. *J Crohns Colitis.* 14 de agosto de 2024;18(8):1232-40.
37. Jansen FM, Vavricka SR, den Broeder AA, de Jong EM, Hoentjen F, van Dop WA. Clinical management of the most common extra-intestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease focused on the joints, skin and eyes. *United European Gastroenterol J.* noviembre de 2020;8(9):1031-44.
38. Madill-Thomsen KS, Venner JM, Parsons DE, Famulski KS, Thiesen AL, Hoque S, et al. Relating the molecular phenotype of ulcerative colitis to the clinical course. *Sci Rep.* 11 de marzo de 2025;15:8342.
39. Seaton N, Wileman V, Norton C, Hudson J, Mondelli V, Moss-Morris R. The relationships between depression, inflammation and self-reported disease activity in IBD and their impact on healthcare usage. *BMC Gastroenterol.* 6 de marzo de 2025;25(1):140.

40. Stone JK, Shafer LA, Graff LA, Witges K, Sexton K, Lix LM, et al. The association of efficacy, optimism, uncertainty and health anxiety with inflammatory bowel disease activity. *J Psychosom Res.* marzo de 2022;154:110719.
41. Moon JR, Lee CK, Hong SN, Im JP, Ye BD, Cha JM, et al. Unmet Psychosocial Needs of Patients with Newly Diagnosed Ulcerative Colitis: Results from the Nationwide Prospective Cohort Study in Korea. *Gut Liver.* 15 de julio de 2020;14(4):459-67.
42. Popa SL, Fadgyas Stanculete M, Grad S, Brata VD, Duse TA, Badulescu AV, et al. Coping Strategies and Inflammatory Bowel Disease: A Narrative Review. *J Clin Med.* 12 de marzo de 2024;13(6):1630.
43. Casanova MJ, Chaparro M, Gisbert JP. Errors in the care of inflammatory bowel disease patients: «Errata» Study. *Gastroenterol Hepatol.* mayo de 2020;43(5):233-9.
44. Sobolewska-Włodarczyk A, Włodarczyk M, Talar M, Wiśniewska-Jarosińska M, Gąsiorowska A, Fichna J. The association of the quality of sleep with proinflammatory cytokine profile in inflammatory bowel disease patients. *Pharmacol Rep.* 2021;73(6):1660-9.
45. Ilisar T, Liebergall-Wischnitzer M, Solnica A, Zusman N, Rottenstreich M, Katz L. Prevalence of faecal incontinence in patients with inflammatory bowel disease: Severity and its relationship with quality of life. *J Adv Nurs.* febrero de 2025;81(2):860-6.
46. Narimani B, Sadeghi A, Daryani NE, Shahrokh S, Nilghaz M, Ghods M, et al. Effectiveness of a novel diet in attenuation of clinical activity of disease in patients with ulcerative colitis: a randomized, clinical trial. *Sci Rep.* 14 de junio de 2024;14:13791.
47. ¿Están recibiendo los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal una adecuada inmunización? [Internet]. [citado 21 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570520303034>
48. Hoteit M, Hellani M, Karaja M, Zayour N, Sadek Z, Hotayt B, et al. Evaluating the Efficacy of Probiotics on Disease Progression, Quality of Life, and Nutritional Status Among Patients with Crohn's Disease: A Multicenter, Randomized, Single-Blinded Controlled Trial. *Nutrients.* 17 de febrero de 2025;17(4):708.
49. Lee C, Hong SN, Kim ER, Chang DK, Kim YH. Epithelial Regeneration Ability of Crohn's Disease Assessed Using Patient-Derived Intestinal Organoids. *Int J Mol Sci.* 2 de junio de 2021;22(11):6013.
50. Morgan J, Bond A, Kullu C, Subramanian S, Dibb M, Smith PJ. Managing intestinal failure in inflammatory bowel disease - 'when the drugs don't work'. *Frontline Gastroenterol.* 19 de junio de 2020;12(5):414-22.
51. Christensen C, Knudsen A, Arnesen EK, Hatlebakk JG, Sletten IS, Fadnes LT. Diet, Food, and Nutritional Exposures and Inflammatory Bowel Disease or Progression of Disease: an Umbrella Review. *Adv Nutr.* mayo de 2024;15(5):100219.

11 ANEXOS

TABLA 4. RESUMEN DE LA SELECCIÓN DE DATOS

AUTORES, AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	RESULTADOS
MJ.CASANOVA ET AL. (2019) MADRID (ESPAÑA) (43)	ESTUDIO UNICÉNTRICO, RETROSPECTIVO DE CORTE TRANSVERSAL	Identificar los errores más frecuentes en el manejo ambulatorio de los pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria (EII).	Existe un gran número de errores en el manejo ambulatorio de estas enfermedades, la mayoría se centra en una falta de inmunización a estos pacientes, al uso incorrecto de inmunosupresores, una menor difusión de recomendaciones y falta de seguimiento por parte de los especialistas.
N. SEATON ET AL. (2025) UK (39)	ANÁLISIS TRANSVERSAL	Comprender cómo la actividad de la enfermedad autoinformada y la inflamación se relacionan con la depresión.	La depresión y la autopercepción de los síntomas influyen en mayor medida sobre el estado del paciente y la evolución de su sintomatología. Tratar la depresión desde un enfoque psicológico mejoraría la calidad de vida de los pacientes.
C.CHRISTENSEN ET AL. NORWAY (2024)(51)	REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS	Relacionar los diferentes patrones dietéticos, así como alimentos y nutrientes con la incidencia y progresión de la enfermedad intestinal inflamatoria.	Una alta ingesta de carnes rojas y procesadas, grasas, azúcares y alimentos ultraprocesados aumenta la incidencia y progresión de estas enfermedades. La dieta mediterránea, lactancia materna, baja ingesta de carbohidratos, azúcares y lactosa disminuyen la incidencia y progresión de estas enfermedades. La dieta y los hábitos dietéticos influyen significativamente en la evolución de la enfermedad.

F.M JANSEN ET AL. (2020) UNIÓN EUROPEA (37)	REVISIÓN NARRATIVA	Revisar las manifestaciones extraintestinales más comunes en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria y su manejo clínico.	Se ha observado que las manifestaciones extraintestinales más comunes se centran en las articulaciones, piel y ojos, y que su detección temprana y manejo por parte de los distintos profesionales ayudan a manejar los síntomas y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.
J.K STONE ET AL. (2022) CANADA (40)	ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTE.	Observar cómo se asocian las emociones positivas y negativas con la actividad de la enfermedad intestinal inflamatoria.	Las emociones negativas, como la ansiedad, y factores psicológicos como la autoeficacia, influyen significativamente en los síntomas de la enfermedad, pero no aumenta la inflamación real de la misma. Las emociones influyen más en la percepción subjetiva del brote que en la parte objetiva de la enfermedad. Otras emociones como la incertidumbre o el optimismo no tuvieron relación con la sintomatología de la enfermedad.
C.LO P.LOCHHEAD ET AL. (2020) MASSACHUSETTS (USA) (30)	ESTUDIO DE 3 COHORTES PROSPECTIVAS EN EEUU.	Medir si una dieta más inflamatoria influye en el desarrollo de enfermedades intestinales inflamatorias.	Los alimentos más inflamatorios son carnes rojas y procesadas, refrescos, azúcares, alimentos ultraprocesados y grasas saturadas. Una dieta rica en alimentos inflamatorios aumenta en riesgo de padecer enfermedad de Crohn, pero no colitis ulcerosa, por lo que un cambio en la dieta podría reducir la incidencia de padecer enfermedad de Crohn.
J.MARESCHAL ET AL. (2022) UK(33)	REVISIÓN SISTEMÁTICA	Describir el nivel de actividad física en pacientes con EII. Describir los beneficios, analizar los desafíos y las perspectivas relacionadas con la actividad física en esta población.	La actividad física presenta múltiples beneficios para estos pacientes, no obstante, se ha demostrado que existe un bajo nivel de actividad debido a las limitaciones tanto físicas como psicológicas. Se necesitan más estudios para poder brindar recomendaciones más sólidas sobre los patrones de ejercicio.

SL. POPA ET AL. (2024) RUMANIA (42)	REVISIÓN NARRATIVA	Revisar las distintas estrategias utilizadas para el afrontamiento ante la enfermedad en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria y el impacto que supone sobre su calidad de vida.	Adoptar una correcta estrategia ante el afrontamiento de la enfermedad supone un impacto positivo en la calidad de vida de estos pacientes disminuyendo las emociones negativas como la ansiedad y depresión. Las estrategias más efectivas se centran en intervenciones psicológicas como educación para la salud, terapias cognitivo-conductuales, ejercicio físico moderado y caminar. Así como un apoyo ante el estigma social y la resiliencia favoreciendo el humor y la aceptación de uno mismo.
A.SOBOWSKA-ET AL. (2020) POLONIA(44)	ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTE, OBSERVACIONAL UNICÉNTRICO	Relacionar la calidad del sueño con las citoquinas proinflamatorias en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.	Se estableció que la calidad del sueño influye significativamente en la inflamación intestinal de estos pacientes, por lo que una mala calidad del sueño produce una alteración del ritmo circadiano que conlleva un aumento de la inflamación y al desarrollo de lesiones intestinales. Por lo que un buen manejo del sueño sería beneficioso para estos pacientes, siendo un buen objetivo terapéutico.
JR.MOON ET AL. (2020) COREA(41)	ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTE OBSERVACIONAL UNICÉNTRICO	Relacionar el estrés psicosocial con la calidad de vida y la relación laboral con pacientes recién diagnosticados de colitis ulcerosa moderada.	La gran mayoría de pacientes presentaron ansiedad y depresión clínicamente significativos, demostrando ser importantes en pacientes recién diagnosticados, deteriorando su calidad de vida y aumentando la discapacidad laboral. Por lo que se recomendó realizar un cribado psicológico temprano para mejorar la atención psicosocial en estos pacientes.
A.M JOHNSON ET AL. (2021) TAILANDIA(31)	ESTUDIO RETROSPECTIVO	Observar la prevalencia de la obesidad en el diagnóstico de la colitis ulcerosa y en las complicaciones de la enfermedad.	Se observó que los pacientes obesos tienen una mayor prevalencia de presentar esta enfermedad, al igual que el riesgo de hospitalización y del uso de corticoides. No obstante, no se encontraron resultados significativos en la relación entre la obesidad y el riesgo de cirugías en estos pacientes. Se requiere más estudios para estos resultados.

R. QUERA ET AL. (2021) CHILE(47)	ESTUDIO ANALÍTICO DESCRITIVO TRANSVERSAL	Describir la prescripción y adherencia a la vacunación en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria e identificar los posibles factores asociados.	Se ha observado que la mayoría de los pacientes no recibieron el esquema completo de inmunización recomendado, destacando la falta de indicación médica y la desinformación como principales motivos de la falta de vacunación. No obstante, se observó que la mayor parte de pacientes se vacunaron de Influenza y hepatitis B. Se concluyó que se debería mejorar la educación para la salud en estos pacientes sobre la importancia de la vacunación por parte del personal sanitario.
T. ILSAR ET AL. (2024) ISRAEL(45)	ESTUDIO TRANSVERSAL OBSERVACIONAL ANALÍTICO	Evaluar la prevalencia de la incontinencia fecal en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria, así como su severidad e impacto en la calidad de vida.	La gran mayoría de los pacientes habían experimentado incontinencia fecal, provocando un deterioro importante en su calidad de vida, observándose un mayor impacto en pacientes con colitis ulcerosa que en pacientes con enfermedad de Crohn. Además, se ve afectado el afrontamiento de estos pacientes ante esta situación aumentando el riesgo de depresión y alterándose la percepción personal. Por lo es importantes por parte del equipo sanitario mejorar la atención hacia estos síntomas y hacia el bienestar psicológico de estos pacientes.
M. HOTEIT ET AL. (2025) LÍBANO (48)	ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO SIMPLE CIEGO.	Evaluar el impacto de lo probióticos multicepa en la enfermedad intestinal inflamatoria.	Se observó que los probióticos mejoraron la calidad de vida y el estado nutricional de los pacientes. No obstante, no se encontraron mejoras en los síntomas, ni disminución de los brotes y hospitalizaciones. Por lo que se concluyó que los probióticos pueden administrarse como complemento en la alimentación de estos pacientes.

B. KIM ET AL. (2021) COREA(34)	ESTUDIO TRANSVERSAL OBSERVACIONAL	Relacionar la actividad física con la calidad de vida en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.	Se ha observado que la actividad física mejora significativamente la calidad de vida en estos pacientes, entre los cuales destacan las actividades moderadas y de ocio como las más beneficiosas.
KS. MADILL- THOMSEN ET AL. (2025) NORUEGA (38)	ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL	Evaluar la actividad de la colitis ulcerosa mediante un enfoque molecular para mejorar los métodos tradicionales.	Se ha observado que la biopsia permite dar un enfoque más granular y objetivo para evaluar esta enfermedad, además de permitir un diagnóstico más temprano y ayudar a personalizar el tratamiento según las necesidades de cada paciente. Además, proponen este método como complementario o reemplazando métodos tradicionales.
C. LEE ET AL. (2021) COREA(49)	ESTUDIO EXPERIMENTAL	Evaluar la capacidad de regeneración epitelial y cicatrización utilizando organoides intestinales en pacientes con enfermedad de Crohn	Se ha observado que la capacidad de regeneración en estos pacientes está disminuida en condiciones inflamatorias debido a la baja proliferación celular y que estos organoides pueden ser usados para modelar y estudiar la fisiopatología de esta enfermedad.
B. LO ET AL. (2024) DINAMARCA(36)	ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES	Evaluar si el uso ciertos antibióticos aumenta el riesgo de brotes en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria.	Se ha comprobado que algunos antibióticos están asociados de forma significativa con el riesgo de brotes en estos pacientes, por lo que debe valorarse este riesgo antes de prescribir estos medicamentos. Se observó que en la colitis ulcerosa existe mayor riesgo ante las quinolonas, antiprotozoarios, antimicóticos y beta- lactámicos. Mientras, que en la enfermedad de Crohn aumenta el riesgo las quinolonas, antiprotozoarios, antimicóticos y antiinfecciosos intestinales.
B. NARIMANI	ENSAYO CLÍNICO	Evaluar los efectos de una dieta combinada en la enfermedad intestinal inflamatoria y en la calidad de vida de	Se observó que la dieta combinada (mediterránea + baja en FODMAP) es segura y eficaz para reducir los síntomas de la enfermedad, además de ser bien tolerada por los pacientes y mejorar su calidad de vida.

ET AL. (2024) IRÁN(46)	ALEATORIZADO CONTROLADO ABIERTO	los pacientes.	Por lo que se puede usar junto al tratamiento para mejorar la evolución de estas enfermedades.
R. GARCÍA- GAMBOA ET AL. (2024) MEXICO Y ESPAÑA(32)	ESTUDIO OBSERVACIONAL COMPARATIVO	Comparar la composición bacteriana intestinal y parámetros nutricionales de pacientes con enfermedad intestinal inflamatorio frente a pacientes sanos.	Se observó que el microbiota intestinal en estos pacientes está influida por la enfermedad, factores geográficos y dietéticos. Por lo que se ha visto la importancia de personalizar la dieta de los pacientes en función de su geografía y cultura.
N. FOGH RASMUSSEN ET AL. (2021) DINAMARCA (35)	ESTUDIOS COHORTE PROPSECTIVA	Evaluar si la actividad física en el tiempo libre disminuye el riesgo de padecer enfermedad intestinal inflamatoria en adultos	Se observó que la realización de actividad física en el tiempo libre no reduce el riesgo de desarrollar estas enfermedades
J. MORGAN ET AL. (2021)UK (50)	REVISIÓN NARRATIVA	Realizar una guía práctica para el manejo de la insuficiencia intestinal en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria antes el fracaso farmacológico.	El principal enfoque debe encaminarse hacia el manejo de los síntomas, evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se ofreció un modelo que priorizaba la individualización del tratamiento y el apoyo psicológico. Tiene una gran importancia el equipo sanitario involucrando a los pacientes en sus decisiones,

Tabla 5. Nivel de evidencia científica Caspe

Artículo	Nivel evidencia Caspe
MJ.CASANOVA ET AL. MADRID (ESPAÑA) (2019) (43)	6/7
N. SEATON ET AL. UK (2025) (39)	7/7
C.CHRISTENSEN ET AL. NORWAY (2024) (29)	6/6
F.M JANSEN ET AL. UNIÓN EUROPEA (2020) (37)	4/5
J.K STONE ET AL. CANADA (2022) (40)	7/7
C.LO P.LOCHHEAD ET AL. MASSACHUSETTS (USA) (2020) (30)	6/7
J.MARESCHAL ET AL. UK (2022) (33)	5/6
SL. POPA ET AL. RUMANIA (2024) (42)	6/6
A.SOBOLEWSKA-ET AL. POLONIA (2020) (44)	6/7
JR.MOON ET AL. COREA (2020) (41)	5/7
A.M JOHNSON ET AL. TAILANDIA (2021) (31)	6/7
R. QUERA ET AL. CHILE (2021) (47)	7/7
T. ILSAR ET AL. ISRAEL (2024) (45)	7/7
M. HOTEIT ET AL. LÍBANO (2025) (48)	8/10
B. KIM ET AL. COREA (2021) (34)	6/7
KS. MADILL- THOMSEN ET AL.	6/7

NORUEGA (2025) (38)	
C. LEE ET AL. COREA (2021) (49)	6/7
B. LO ET AL. DINAMARCA (2024) (36)	7/7
B. NARIMANI ET AL. IRÁN (2024) (46)	9/10
R. GARCÍA- GAMBOA ET AL. MEXICO Y ESPAÑA (2024) (32)	7/7
N. FOGH RASMUSSEN ET AL. DINAMARCA (2021) (35)	6/7
J. MORGAN ET AL. UK (2021) (50)	5/6