



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

ATENCIÓN ENFERMERA EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

Alumno: Estefanía Vigaray Galera

Tutor: Prof. Dña. María Jesús Ramírez Expósito
Dpto: Ciencias de la Salud

JUNIO, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

ATENCIÓN ENFERMERA EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

Alumno: Estefanía Vigaray Galera

Tutor: Prof. Dña. María Jesús Ramírez Expósito
Dpto: Ciencias de la Salud

JUNIO, 2016

ÍNDICE

	Págs.
RESUMEN/ABSTRACT	2
1. INTRODUCCION	4
1.1. Epidemiología	4
1.2. Fisiopatología	5
1.3. Diagnóstico	6
1.3.1. Cuadro clínico	6
1.3.2. Pruebas diagnósticas	7
1.4. Tratamiento	8
1.4.1. Tratamiento nutricional	8
1.4.2. Tratamiento farmacológico	8
1.4.3. Tratamiento quirúrgico	10
1.5. Colitis Ulcerosa	10
1.6. Enfermedad de Crohn	13
1.7. Diferencias entre EC y CU	16
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivos generales	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. METODOLOGIA	19
4. RESULTADOS	21
4.1. El abordaje enfermero	21
4.1.1. Papel de la enfermería en las EII	22
4.1.2. Protocolo de la actuación enfermera	23
4.1.3. Cuidados enfermeros en la fase activa de la EII	24
5. CONCLUSIONES	28
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

RESUMEN

La enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU), conocidas como enfermedades inflamatorias intestinales (EII), son una de las enfermedades que predominan en el siglo XX, estando asociadas con la vida moderna e industrial y sobre todo en la parte occidental, viéndose aumentada en los últimos 10 años, sin distinción clara de sexo. Hoy en día todavía no se conocen con exactitud las causas de esta enfermedad, se cree que puede ser por una respuesta autoinmune la cual provoca una respuesta inflamatoria por parte del organismo. Por otro lado sabemos que esta enfermedad tiene manifestaciones tanto intestinales como extraintestinales. Es importante hacer una revisión sobre la enfermedad en conjunto, así como diferenciar las dos enfermedades principales EC y CU. Se debe conocer que tanto la CU como la EC se caracterizan por una fase de remisión y una fase activa conocida como brotes, siendo la fase activa distinta en cada enfermedad. La enfermería tiene un papel muy importante en las EII. Un abordaje enfermero es muy importante así como que el personal de enfermería sepa cuáles son las actividades que deben realizar ante estas enfermedades. El personal de enfermería tiene un amplio abanico de actuación en el que las funciones principales que se pueden destacar son promoción de la salud, mejora de la calidad asistencial hacia el paciente y su familia, afrontamiento de una nueva situación y diagnóstico, promover una actitud proactiva del paciente en el cuidado de su enfermedad. Para ello la creación de un protocolo de actuación enfermera para las EII sirve de gran ayuda, ya que está dirigido exclusivamente a la ayuda del paciente centrándose en la escucha activa, resolución de problemas del paciente, ayuda al afrontamiento de la nueva situación y por supuesto restablecer la calidad de vida del paciente. En definitiva conocer más la enfermedad y la implicación que tiene enfermería que es mucho más amplia de lo que parece. Para todo ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos Cuiden, Pubmed, Google académico así como en la biblioteca de la universidad de Jaén, con las cadenas de búsquedas apropiadas para cada buscador y seleccionando los documentos apropiados que, aportaban la información necesaria para confeccionar este documento.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis Ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Cuidados enfermeros.

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), known as inflammatory bowel diseases (IBD), are one of the diseases prevalent in the twentieth century, being associated with modern industrial life and especially in the western part, seeing increased in the last 10 years without clear distinction of sex. Today is not yet known exactly what causes this disease, is believed to be by an autoimmune response which causes an inflammatory response by the body. On the other hand we know that this disease has both intestinal manifestations as extraintestinal. It is important to do a review on the disease as a whole, as well as differentiate the two major diseases (CD and UC). It must be known both UC and CD are characterized by remissions and phase called active phase outbreaks, with the different active phase in each disease. Nursing has a very important role in IBD. A nurse approach is very important and that the nursing staff knows what activities to be carried out before these diseases are. The nursing staff has a wide range of performance in which the main functions that can be highlighted are promoting health, improving the quality of care to the patient and his family, coping with a new situation and diagnosis, promote proactive the patient in the care of their disease. This requires the creation of a protocol nurse acting for IBD is very helpful as it is directed exclusively to patient assistance focusing on active listening, problem solving patient, helps coping with the new situation and of course restore the quality of life of patients. Ultimately learn more about the disease and the implication of nursing is much broader than it seems. All it has conducted a literature search in different data bases care, Cuiden, Pubmed, academic Google as well as in the library of the University of Jaen, with appropriate for each search engine searches chains and by selecting the appropriate documents that provided the necessary information to make this document.

Keywords: Inflammatory bowel disease. Ulcerative colitis. Crohn's disease. Nursing care.

1. INTRODUCCION

Los trastornos inflamatorios que afectan el sistema gastrointestinal son habituales, aunque su severidad es variable, desde leve como una gastroenteritis vírica hasta enfermedades graves como la peritonitis. Un gran número de estados inflamatorios tienen una causa reconocible, aunque otros como la *enfermedad inflamatoria intestinal* (EII) engloba a un grupo de dolencias inflamatorias intestinales crónicas de origen idiopático. Las dos patologías más importantes que engloba este término son la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) (1).

1.1. Epidemiología

La epidemiología de las EII cambia según la zona geográfica. Así las tasas más altas de incidencia se encuentran en los países más desarrollados como Norteamérica, norte de Europa y Escandinavia, mientras que las más bajas están en zonas menos desarrolladas como Asia, África y Sudamérica, aumentando en países en vías de desarrollo, por lo que se puede decir que tanto la dieta, como el medio ambiente y las prácticas culturales podría ser considerados posibles factores de riesgo para estas enfermedades. También se ha descrito una mayor incidencia en la raza caucásica y en judíos que en el resto de las razas (2).

La incidencia de CU y EC ha aumentado durante los últimos 40 años. La tasa de incidencia en países anglosajones y escandinavos oscila para la CU 2/100.000 mientras que para la EC es de 4.5/100.000. Además, se ha registrado un incremento de la EC con respecto a la CU que se ha mantenido estable en los últimos diez años. Los estudios epidemiológicos realizados en España señalan una incidencia de la enfermedad de Crohn de 5 a 8 nuevos casos por 100.000 habitantes por año, siendo la incidencia en zonas urbanas mayor (3, 4).

En cuanto a las edades en las que aparecen las EII gran parte de los casos se presentan en la segunda y tercera década de la vida. Solo un tercio de la población que sufre EII es diagnosticada antes de los 20 años y un bajo porcentaje (4%) en menores de 5 años, de hecho, en los últimos años, y debido a la mejora en las técnicas diagnósticas, ha sido descrita también en la población pediátrica (3, 4).

En cuanto a diferencias de género, la CU es ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres, mientras que en la EC no se han descrito diferencias de género (4).

1.2. Fisiopatología

La enfermedad intestinal crónica es el resultado de la interacción de factores genéticos, inmunológicos, microbiológicos y ambientales.

La hipótesis más extendida ha sido que factores ambientales o infecciones pueden alterar la función de la barrera protectora del epitelio, llevando a una pérdida de la tolerancia inmunológica frente a los antígenos intestinales. Esta pérdida de tolerancia activa a las células dendríticas favoreciendo el transporte hasta los nódulos linfáticos del mesenterio donde se incrementa la producción de citokinas proinflamatorias (5, 6, 7).

El mecanismo de activación de las células efectoras parece ser similar en la CU y en la EC; efectores circulantes y células reguladoras penetran en el intestino a través de mecanismos selectivos que implican la interacción con el endotelio vascular, diapédesis a través de la pared vascular y migración hasta la lámina propia. El conocimiento de estos mecanismos ha permitido desarrollar nuevas moléculas que bloquean la inflamación y que actúan de forma selectiva en CU o EC (8).

Los factores genéticos juegan un importante papel, de hecho, más de 150 genes se han relacionado con la EII. Algunos de ellos están relacionados con la respuesta inmune innata, tales como el NOD₂, cuyas alteraciones son específicas de pacientes con EC, mientras que otros genes relacionados con la IL-3 se asocian tanto a la CU como a la EC (9). Además, parece que el factor genético es más predominante en la EC como lo indican los numerosos casos familiares y la elevada incidencia en gemelos monocigóticos. Por otro lado, también se ha descrito que CU y EC pueden ocurrir en la misma familia, lo que ha sugerido que algunos genes pueden ser comunes en ambos desórdenes (9). Sin embargo, aproximadamente dos tercios de los pacientes con EII no poseen alteraciones genéticas, lo cual ha sugerido que los factores microbiológicos y ambientales pueden desempeñar un papel clave (10).

De hecho, estudios realizados sobre individuos que migraron desde países con baja incidencia de EII hasta regiones con alta prevalencia de la enfermedad mostraron un incremento del riesgo. Estos datos, apoyaban el papel clave de los factores ambientales en esta patología (11, 12). Entre esos factores se incluye el tabaco, la dieta, drogas, factores psicosociales, clima población e higiene (13).

La composición de la microbiota digestiva, considerada tradicionalmente como un factor clave en la patogénesis de la EII, se ve claramente afectada por factores ambientales tales como la alimentación materna, el uso de antibióticos, el tabaco, la obesidad y la dieta (14, 15). Estos datos sugieren que una alteración de la composición microbiológica del intestino por factores ambientales puede ser uno de los principales mecanismos implicados en el incremento de la susceptibilidad a padecer esta patología (10).

Además, se ha descrito que la interacción entre los factores genéticos y ambientales parece tener gran importancia en la patogénesis de estos desórdenes, así, cambios en la dieta o el uso de antibióticos entre otros factores pueden contribuir al incremento de la prevalencia de la EII (9).

Los factores dietéticos pueden afectar a la función inmune directamente además de su efecto directo sobre la microbiota (16). Así, por ejemplo, una dieta alta en fibra protege contra la EII ya que favorece la formación de ácidos grasos de cadena corta como el butirato, importantes en la regulación de la actividad de las células T. De igual modo, una dieta rica en frutas y vegetales también se ha asociado con una disminución del riesgo de EC debido a sus propiedades antioxidantes (17). Por el contrario, las carnes rojas parecen estar asociadas a un mayor riesgo de EII. El ácido linoleico presente en ellas da lugar en su metabolismo a derivados del ácido araquidónico implicados en la producción de mediadores inflamatorios como prostaglandinas y leucotrienos (18).

Todos estos datos apoyan la idea de que los factores ambientales desempeñan un papel clave en la patogénesis de esta patología por alteración de la microbiota intestinal y modificando la respuesta inmune por diversos mecanismos.

1.3.Diagnóstico

El diagnóstico de EII está compuesto por un examen físico completo y la revisión de la historia del paciente (19).

1.3.1. Cuadro clínico

El cuadro clínico es fundamental para el diagnóstico, por tanto una buena anamnesis es esencial. En esta anamnesis se preguntará al paciente sobre antecedentes familiares de EII, puesto que se ha descrito que el 15% de los pacientes tiene un familiar de primer grado que

presenta esta patología. Tanto la EC como la CU pueden presentarse de forma aguda aunque con frecuencia se presentan de manera gradual, con evolución subaguda, crónica, y de forma continua (19).

Dentro del cuadro clínico, en el diagnóstico habrá que prestar atención a los síntomas que presenta el paciente. Estos síntomas pueden variar desde leves a severos y además dependerán del segmento del tracto digestivo que se vea afectado. Algunos de estos síntomas son:

- Diarrea: con moco o sangre; diarrea nocturna; incontinencia.
- Constipación: pudiendo ser un síntoma primario de la CU; sin expulsión de gases por lo que a veces hay obstrucción intestinal.
- Dolor al defecar.
- Necesidad urgente de defecar.
- Tenesmo
- Calambres y dolores abdominales: siendo en la EC en la parte inferior derecha del abdomen o alrededor del ombligo, y en la CU en el cuadrante inferior izquierdo.
- Síntomas generales como: fiebre, anorexia, fatiga, sudores nocturnos, retardo del crecimiento, amenorrea primaria (19).

1.3.2. Pruebas diagnósticas

Con respecto a las pruebas diagnósticas se pueden realizar las siguientes (1):

- *Examen de heces.* Se realizará una analítica de heces para descartar una posible infección bacteriana, viral o parasitaria, también para detectar sangre en heces o moco (ambas en pacientes con CU) (1, 19).
- *Enema de bario.* La radiografía ayuda a diferenciar la EC de la CU.
- *Imagen y Colonoscopia.* Se puede realizar una placa simple de abdomen, pudiendo identificarse si hay colitis incluso en algunos casos la extensión. También mediante radiografía de intestino delgado/enema baritado con contraste, se puede evaluar el estado del tubo digestivo (19).

La colonoscopia presenta una eficacia del 90% en la CU, pudiéndose observar las úlceras que aparecen con poca profundidad asociadas a edemas, eritema y friabilidad, la mucosa normalmente con sangrado e inflamada. En la EC las úlceras aparecen como pequeñas erosiones, con espacios de mucosa edematosa, generalmente en la zona del recto o restosigmoides, también se observa inflamación segmentada.

Además, permite la toma de biopsias y descartar otras patologías entre ellas la presencia de tumores (1,19).

- *Estudio hematológico.* En la CU existe un desequilibrio hidroelectrolítico debido a la diarrea y en la EC también habrá desequilibrio hidroelectrolítico junto a anemia, tiempo de protrombina mayor y alteración de la relación albumina-globulina (1). Se solicita un hemograma completo, así como enzimas hepáticas, velocidad de sedimentación, electrolitos y albúminas, calcio magnesio y vitamina B12 y ferritina sérica (19).

1.4. Tratamiento

El tratamiento para la EII dependerá de la gravedad de la enfermedad y suele ser sintomático. El tratamiento consta de una parte dietética y otra farmacológica.

1.4.1. Tratamiento nutricional

Uno de los propósitos que tiene el tratamiento nutricional es la restitución de macro y micro-nutrientes así como el suministro de calorías y proteínas. De este modo se consigue un balance nitrogenado positivo, lo que favorece que la mucosa intestinal se restituya (4). Una dieta blanda rica en proteínas, minerales y vitaminas, así como, con un alto valor calórico, sería la mejor en estos casos, evitando las grasas y la fibra. Se recomiendan comidas frecuentes y pequeñas. En algunos casos los pacientes con enfermedad severa deben recurrir a nutrición parenteral (casos de estenosis en la EC con fistulas o malabsorción severa, mientras que en la CU el tratamiento parenteral sirve de apoyo pre- y postquirúrgico). En la CU el tratamiento nutricional sirve de soporte mientras que en la EC sirve tanto de soporte como de tratamiento primario para inducir la remisión (4).

1.4.2. Tratamiento farmacológico

En el tratamiento farmacológico se han considerado diferentes fármacos.

- *Aminosalicilatos:* la sulfasalacina es un compuesto ácido que previene las recaídas y exacerbaciones. Suele utilizarse en la etapa de inducción a la remisión y en las recaídas de la enfermedad. Debido a sus numerosos efectos secundarios (cefaleas, náuseas, hemólisis, anemia, mialgias, artralgias y toxicidad hepática) su uso es cada vez menor.

- *Antidiarreicos*: destinados a disminuir la frecuencia y fluidez de las heces.
- *Corticoides*: Fueron los primeros fármacos utilizados para el tratamiento de la EII. Son empleados en el control de las exacerbaciones cuando otros tratamientos fracasan o cuando el paciente sufre una pérdida severa de peso o malabsorción. Los más frecuentemente empleados son la prednisona y la metilprednisolona, muy eficaces en el control de la enfermedad cuando está activa, provocando una remisión en un 60-90%. Además, son muy efectivos tanto para la EC como para la CU siendo para esta, el tratamiento de primera elección. Entre los efectos secundarios que puede presentar este tratamiento se han destacado alteraciones del crecimiento, retención de líquidos, ganancia de peso, redistribución del tejido adiposo, hipertensión, alteraciones en el metabolismo óseo, alteraciones dermatológicas, hiperglicemia, miopatías, pseudoartrosis y alteraciones emocionales (4).
- *Inmunosupresores*: Son los fármacos más empleados en la actualidad. Los resultados positivos empiezan tras 6-12 semanas de tratamiento según el paciente. Los efectos adversos se pueden dividir en dos grupos; alérgicos (aparecen tras el primer mes de tratamiento e incluyen pancreatitis, fiebre, náuseas, diarrea y hepatitis) y no alérgicos (aparecer tras meses o años de tratamiento, e incluyen leucopenia, trombocipenia e infecciones). Estos fármacos se consideran muy efectivos en formas graves de CU más que en la EC.
- *Antibióticos*: pueden ser de gran utilidad en algunas formas clínicas de la EII, debido a que pueden reducir la inflamación de la mucosa intestinal y también aminorar la concentración luminal de bacterias así como modular la respuesta celular. La antibioterapia de amplio espectro está indicada en los casos de megacolon tóxico, colitis severa y complicaciones intestinales de la EC. Sus efectos secundarios son náuseas, vómitos, sabor metálico, cefaleas, urticaria, ardor uretral o vaginal y dispepsia. Estos efectos secundarios suelen aparecer en un 90% de los pacientes tras seis meses de tratamiento (4).
- *Inflisimab*: es un anticuerpo monoclonal humano quimérico antifactor alfa de necrosis tumoral (TNF α). Está indicado tanto en EC como en CU en los casos refractarios al tratamiento convencional y en ocasiones como último recurso antes de indicar el tratamiento quirúrgico. Es muy efectivo para inducir la remisión tanto clínica como histológica después de tres infusiones por vía intravenosa (75-95%). Se puede utilizar como terapia de mantenimiento con infusiones cada ocho semanas en casos

seleccionados. El paciente debe estar monitorizado cada 15 minutos durante la infusión del tratamiento y cada 30 minutos durante las siguientes 4 horas. Uno de los efectos adversos de este tratamiento es la hipotensión (4). La mayoría de las reacciones adversas severas suelen aparecer con mayor probabilidad a partir de la segunda infusión y abarcan desde reacciones locales relacionadas con la infusión hasta reacciones sistémicas anafilactoides y complicaciones infecciosas que pueden presentarse en un 5-30% de los pacientes.

1.4.3. Tratamiento quirúrgico

Por último y cuando el paciente no responde al tratamiento farmacológico o sufre una complicación de la enfermedad como perforación o hemorragia existe el tratamiento quirúrgico. En la CU la colectomía total con descenso ileoanal es curativa pero esta cirugía se practica en casos graves cuando los brotes son muy fuertes y ha fallado el tratamiento farmacológico. Para la EC la cirugía es paliativa, debe ser la última opción puesto que en muchos casos hay una recurrencia posterior (Figura 1) (1,4).

Figura 1

Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
<ul style="list-style-type: none"> - Colitis refractaria - Megacolon toxico - Perforación - Hemorragia masiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Obstrucción, fistula, absceso - Perforación - Fallo de mero/retraso de la pubertad - Fracaso del tratamiento médico

Indicaciones de cirugía. Tomado de Medina Benítez et al., 2008 (4)

1.5. Colitis ulcerosa.

La CU es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la formación de úlceras en el intestino grueso. Suele estar limitado a la mucosa del colon y no afecta al intestino delgado, de igual modo también es poco frecuente que se vea afectado el ano. Su gravedad queda determinada por la extensión y la intensidad de la inflamación.

Esta patología es muy frecuente en Estados Unidos, Canadá, y los países que se encuentran al norte de Europa. En España se han descrito entre 5 y 10 casos cada 100.000 habitantes, siendo Latinoamérica el área geográfica con menos casos de esta enfermedad, aunque en los últimos años se ha incrementado el número, debido a los cambios de vida y alimentación que están sufriendo diferentes países, en especial México y Brasil (19).

También se ha descrito una mayor incidencia en la raza blanca con vida urbana, y no se han descrito diferencias de género (19).

Como se ha comentado anteriormente, en la CU se ve afectada principalmente la mucosa del colon. Con frecuencia, las alteraciones comienzan en el recto, progresando hasta afectar a todo el colon. La enfermedad comienza con una inflamación de la base de las criptas de Lieberkuhn, dañando las células epiteliales llegando a provocar abscesos.

La CU es de intensidad variable, pudiendo ser desde leve con hemorragias intermitentes debido a la ulceración de la pared del intestino y ligera diarrea, hasta grave, caracterizada por diarrea, hemorragia intensa, anemia, dolor abdominal y pérdida de peso. También puede cursar con fiebre y leucocitosis. Esta enfermedad en algunos casos puede llegar a ser fulminante, no respondiendo a ninguna terapia médica intensiva (20)

En esta patología se pueden dar dos tipos distintos de diarrea. Un primer tipo caracterizado por tenesmo rectal y repetidas defecaciones de pequeñas cantidades de heces mezcladas normalmente con pus, sangre y moco. El segundo tipo es una diarrea acuosa de gran volumen asociada a pérdida de sodio y agua debido a la baja motilidad del intestino (19).

Las complicaciones que presenta esta enfermedad a parte de las ya mencionadas pueden ser, megacolon tóxico, perforación y riesgo muy elevado de adenocarcinoma de colon, de hecho, en la CU el riesgo de cáncer de colon es muy elevado. Así, los pacientes que se consideran de alto riesgo para padecer dicha enfermedad serán aquellos que sufren CU desde hace más de 10 años y aquellos que tienen gran parte del colon afectado, indistintamente si la enfermedad es grave o leve. El cáncer normalmente es de carácter infiltrativo pudiendo ser multifocal por lo que su detección es complicada en una exploración rutinaria (20, 21).

A la CU se asocian también otras enfermedades como lesiones cutáneas, lesiones oculares, artritis y hepatopatías (20).

En la CU se habla de brotes agudos cuando la mucosa intestinal presenta un importante infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos y se forman abscesos crípticos muy característicos de esta enfermedad. Se presentan ulceraciones en la mucosa de manera continua, pero no sobrepasan la pared intestinal. La mucosa del recto estará siempre afectada, viéndose menos comprometida la parte de colon trasverso (20).

El índice que más se utiliza para identificar el grado de los diferentes brotes es el Índice de Truelove-Witts (Tabla 1):

Tabla 1

<i>Aspecto clínico</i>	<i>Leve</i>	<i>Grave</i>
Nº deposiciones diarias	<4	>6
Sangre en las deposiciones	Escasa	Abundante
Temperatura	Sin fiebre	>37.7°
Frecuencia cardiaca	Sin taquicardia	Taquicardia (>100)
Hemoglobina	Normal	<10g
VSG	Normal	>30mm/h

Clasificación de Truelove-Witts. Tomado de Gómez González del Tánago et al., 2008 (20)

Las complicaciones que se pueden presentar cuando hay un agravamiento de la enfermedad son:

- *Megacolon tóxico*: Aparece en aproximadamente un 5% de los casos y se caracteriza por una dilatación de al menos 6 cm (20). Existe adelgazamiento de la pared del colon y una parálisis motora (22). Mediante una exploración abdominal se muestra una distensión progresiva, con dolor difuso y los ruidos intestinales disminuyen (20). El diagnóstico se confirma mediante una radiografía de abdomen, mostrando una dilatación en colon derecho y trasverso. Si los ruidos intestinales desaparecen se ha producido una perforación en el intestino, disminuyendo durante un tiempo el dolor. El tratamiento requiere una monitorización de constantes, reposo intestinal, sonda nasogástrica y tratamiento con antibióticos de amplio espectro. La colectomía se indicara si no se resuelve el problema (20, 22).

- *Sangrado rectal*: esta complicación es poco frecuente, siendo una colectomía la opción más ideal cuando la hemorragia es grande (20).

1.6. Enfermedad de Crohn.

La EC, descrita en 1932 por Burrill Crohn, es un trastorno inflamatorio, autoinmune y crónico que afecta a cualquier tramo del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. Recibe también otras denominaciones como ileitis, enteritis regional ileocolitis, colitis granulomatosa y colitis transmural (1).

Esta patología evoluciona en brotes, distinguiéndose una fase activa de intensidad y duración variable, y una fase inactiva en la que se produce una remisión que puede durar meses o incluso años.

La localización más frecuente es en íleon terminal e intestino grueso, pero siempre se extiende de forma alternante, es decir, porciones sanas seguidas de porciones con úlceras, estrecheces, fístulas o abscesos.

Es especialmente frecuente en occidente, sobre todo en anglosajones europeos y de 3 a 5 veces más en norteamericanos. En España sufren la enfermedad 8 de cada 100.000 habitantes (20).

Esta patología se inicia habitualmente en la adolescencia y al comienzo de la edad adulta, siendo la edad más frecuente entre 15 y 30 años y presenta un componente hereditario muy importante, de hecho, existe una probabilidad del 30% de padecer EC si la persona tiene antecedentes familiares. Esta enfermedad, como ya se ha mencionado, la padecen tanto hombres como mujeres en igual número.

Generalmente, suele verse afectada una sola zona del tracto digestivo y en el momento del diagnóstico, un tercio de los pacientes presentan afectado el íleon, un segundo tercio tendrá afectado el colon y el tercio restante ambas localizaciones (20).

Las lesiones que se presentan cuando hay un cuadro agudo son úlceras que pueden evolucionar a fístulas que sobrepasan el intestino. También se observa una inflamación de toda la pared digestiva pudiendo desarrollarse con perforaciones, estenosis y abscesos. La

pared del intestino se encuentra edematosa e infiltrada con células inflamatorias. Los ganglios linfáticos regionales siempre estarán afectados.

La submucosa comprende infiltración linfocitaria y linfoedema. Estas lesiones se extienden a la capa muscular y serosa, provocando un engrosamiento de la pared intestinal. Cuando la enfermedad progresa, la pared intestinal se estrecha, volviéndose estenótica y fibrótica.

La capa serosa se encuentra con frecuencia inflamada y exudativa, con vasos sanguíneos y linfáticos congestionados. La inflamación de la capa serosa influirá en la aparición de fistulas.

Los brotes se pueden clasificar:

- Brote leve: pacientes ambulatorios con una buena tolerancia de la alimentación oral. sin ningún signo negativo como dolor abdominal, anorexia, obstrucción...
- Brote moderado: pacientes que no responden al tratamiento del brote leve, presentando fiebre, dolor abdominal, náuseas y vómitos, así como anemia significativa.
- Brote grave: la sintomatología persiste presentando fiebre alta, vómitos constantes, obstrucción intestinal caquexia o evidencia de abscesos (20).

En esta enfermedad la estenosis o fistulas pueden permanecer asintomáticas durante años, aunque si el brote surge en el íleon puede causar un dolor agudo de abdomen y astenia. Si la afección es el del colon, un gran porcentaje de pacientes tienen manifestaciones extraintestinales como artritis o eritema nodoso (20).

En cuanto a las complicaciones que pueden presentar estos pacientes se han destacado las siguientes:

- *Alteraciones osteoarticulares*: Pueden afectar tanto a grandes articulaciones como a pequeñas.
- *Alteraciones cutáneas*: el eritema nodoso es el más frecuente, sobre todo en niños. Otra complicación cutánea es el pioderma gangrenoso.
- *Alteraciones hepáticas*: cuando se afecta el íleon en más del 30% de los pacientes puede aparecer colelitiasis.
- *Alteraciones oculares*: puede aparecer uveítis (inflamación de la lámina intermedia del ojo), escleritis (inflamación de la esclerótica) y epiescleritis (inflamación de la porción anterior del globo ocular).

- *Alteraciones óseas:* la osteoporosis es una de las principales complicaciones debido a los tratamientos con corticoides, también puede haber una inflamación crónica y malabsorción de calcio y vitamina D.
- *Alteraciones renales:* se puede producir una insuficiencia renal por amiloidosis secundaria y uropatía obstructiva.
- *Alteraciones hematológicas:* especialmente anemia secundaria debido a las pérdidas crónicas o incluso por la inadecuada absorción de hierro y vitamina B12 y malabsorción (20).

La EC puede pasar inadvertida durante mucho tiempo debido a que las manifestaciones clínicas son pobres. Normalmente los síntomas iniciales son anorexia, malestar general, fiebre, malestar abdominal y diarrea. En niños y adolescentes se suma a estos síntomas el retardo del crecimiento y la falta de maduración sexual. A medida que avanza la enfermedad los síntomas se agudizan, sobre todo la diarrea (que se hará más intensa) así como los dolores abdominales. Además, debido a la obstrucción parcial que sufre el intestino, el dolor será intermitente y espasmódico (2)

Cuando la enfermedad está muy avanzada se pueden producir síntomas obstructivos con dolor abdominal, estreñimiento, náuseas y vómitos. También puede ir acompañado de fiebre, leucocitosis, dolor, masa abdominal, sensibilidad a la presión y defensa muscular.

Junto a la EC, es frecuente el desarrollo simultáneo de la enfermedad perianal. Otra de las consecuencias de esta enfermedad es la aparición de carencias nutricionales debido a la malabsorción, pudiendo estar comprometida la absorción de carbohidratos, vitaminas hidrosolubles y liposolubles.

Por otro lado también se detectan manifestaciones extraintestinales, como problemas articulares (artritis, sacroileitis), lesiones cutáneas, trastornos oculares y úlceras que puede afectar a la boca.

Otros trastornos que son provocados por la EC son los cálculos biliares y renales, trastornos psiquiátricos y problemas vasculares. (3)

1.7. Diferencias significativas entre EC y CU

El diagnóstico diferencial debe hacerse cuando existen causas infecciosas de colitis, gastroenteritis, vasculitis, colitis alérgica o linfoma intestinal. Con los distintos datos clínicos, analíticos o patológicos podemos diferenciar entre CU y EC (4). Las diferencias más significativas se muestran en el siguiente cuadro (Figura 2) (19):

Figura 2

	COLITIS ULCEROSA	ENFERMEDAD DE CROHN
Localización	Empieza en el recto y se va extendiendo proximalmente	50% respeta el recto. En cualquier tramo (sobre todo en íleon terminal y colon derecho)
Macroscopía	<p>Continua</p> <p>Pared adelgazada</p> <p>Mucosa de aspecto granular con úlceras y pseudopolipos</p> <p>Úlceras superficiales</p>	<p>Segmentaria</p> <p>Pared engrosada</p> <p>Mucosa con aspecto empedrado</p> <p>Úlceras profundas con fistulas y fisuras</p>
Microscopía	<p>Solo mucosa</p> <p>Infiltrado inflamatorio inespecífico</p> <p>No</p> <p>Abscesos crípticos</p>	<p>Transmural</p> <p>Granulomas no caseificantes</p> <p>Agregados linfoides</p> <p>Raros</p>
Clínica	Tenesmo, diarrea sanguinolenta.	Fiebre, diarrea acompañada de dolor abdominal, masa

	Diarrea frecuente de palpable, empeora con el pequeño volumen , con tabaco, desnutrición.	
	urgencia	Estomatitis
		Tumoración abdominal
		Lesiones perianales
Complicaciones	Megacolon toxico	Obstrucción
	Perforación	Fistulas
	Malignización	
Asociaciones	Pioderma gangrenoso	Eritema nudoso
	Colangitis esclerosante	Aftas
		Cálculos oxalato

Diferencias entre CU y EC. Tomada de Bernstein C et al., 2009 (19)

Otra forma de hacer un diagnóstico diferencial se resume en la siguiente figura (Figura 3) (4):

Figura 3

	Colitis Ulcerosa	Enfermedad de Crohn
<i>Clínica</i>		
Sangrado resctal/ diarrea	Frecuente/Intensa	Raro/Moderada
Moco o pus en heces	Frecuente	Raro
Enfermedad en el ID	No (ileitis por reflujo)	Si
Afectación alta	No	Si
Masa abdominal	Rara	Frecuente en FID
Enfermedad perianal	No	Frecuente
Pérdida de peso	Leve	Severa

Retraso de talla y puberal	Leve	Pronunciado
Fiebre, anorexia y fatiga	Inconstantes	Frecuentes
<i>Serología</i>		
p- ANCA	Frecuente	Raro (enfermedad colica)
ASCA	Raro	Frecuente
<i>Patología</i>		
Inflamación transmural	No	Si
Distorsión de las criptas	Si	Poco frecuente
Criptitis y abscesos crípticos	Si, extensos	Si, focales
	Frecuente	Infrecuente
Deplección de moco	No	Si
Granulomas	Raro	Frecuente
Fisuras		Variable
Afectación rectal	Si	
	Difusa	Segmentaria o difusa
Distribución inflamatoria	Si	
		Raro
Megacolon toxico		

Diagnóstico diferencial de la CU y EC. Tomada de Medina Benítez et al., 2008 (4)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

En el presente Trabajo Fin de Grado, se pretende estudiar las enfermedades intestinales inflamatorias con el fin de conocer no solo las características fisiopatológicas de las mismas sino también sentar las bases del papel que el personal de enfermería debe desempeñar en todo el proceso de la enfermedad.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer y discutir los protocolos de abordaje enfermero en los pacientes con EII.

- Conocer el papel del personal de enfermería en el cuidado de los pacientes con EII.
- Conocer la importancia de los programas de educación sanitaria que enfermería presta no solo al paciente sino también a su entorno familiar.

3. METODOLOGIA

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa mediante la revisión de artículos publicados. Se ha hecho la revisión tanto en lengua española como en inglesa, en diferentes bases de datos tanto nacionales como internacionales, empleando diferentes cadenas de búsqueda que han sido modificadas de acuerdo con las características de cada base de datos.

Este trabajo se ha realizado en las siguientes fases:

1º Fase:

Esta fase comprende la consulta en las siguientes bases de datos: Cuiden, Pubmed, Google académico. Así como una búsqueda en la base de datos de la biblioteca de la universidad de Jaén.

La búsqueda se realizó con las siguientes palabras claves:

En español: Enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis Ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Cuidados enfermeros.

En inglés: Inflammatory bowel disease. Ulcerative colitis. Crohn's disease. Nursing care.

2º Fase: En esta fase se siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Las revistas seleccionadas eran a texto completo
- La lengua en las que estaban los textos eran en inglés o español.
- Eran de carácter general.

Palabra clave	Base de datos	Nº documentos encontrados	Nº documentos descartados	Nº documentos revisados	Nº documentos elegidos	Muestra final
Enfermedad de Crohn & Colitis Ulcerosa	Cuiden	10	7	5	6	5
Enfermedades inflamatorias intestinales	Cuiden	26	16	10	3	3
Actuación enfermera en EII	Cuiden	9	6	3	2	2
Inflammatory bowel disease	Pubmed	278	216	62	5	5
Crohn´s Disease and Ulcerative Colitis	Pubmed	253	200	53	6	6
Enfermedad inflamatoria intestinal	Biblioteca universidad de Jaén	2	0	2	2	2
Enfermedad inflamatoria intestinal	Google académico	8360	8330	30	8	5
Cuidados enfermeros en EII	Google académico	6920	6900	20	6	4

4. RESULTADOS

4.1. El abordaje enfermero

Según la OMS:

“la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”

La enfermería está presente en más áreas médicas, y el área digestiva es una de ellas. En los últimos años se ha producido una progresión en la atención de los cuidados enfermeros en pacientes con EII. El manejo de estas enfermedades solicita un abordaje multidisciplinar por parte de un equipo especialista compuesto por médicos, psicólogos y enfermeras, por tanto la enfermería se está convirtiendo en un pilar importante, especializándose en su tratamiento y los cuidados (23).

El cambio que se ha producido para que la enfermería actúe en este ámbito está sustentado en cuatro pilares fundamentales (24):

- Reconocer dichas enfermedades como tales y no como problemas emocionales y por tanto ser tratados como tal. Se amplió el conocimiento de la enfermedad suponiendo un eje importante para mejorar la calidad del paciente.
- La especialización de los facultativos en EII ha hecho que haya una implicación en la elaboración de los cuidados asistenciales por parte del equipo de enfermería dirigida a estos pacientes.
- La evolución de los distintos tratamientos existentes hoy en día para el abordaje de esta enfermedad, dependiendo de los hábitos de vida del paciente y de su estilo de vida y no solo del patrón evolutivo del paciente.
- La demanda por parte de los pacientes se ha visto incrementada, debido a la incertidumbre y a las dudas que se les plantea.

Por tanto estos cuatro pilares han sido los principales motivos por los que la enfermería tiene hoy en día una gran repercusión en las EII. Así pues, surge la necesidad de una

especialización por parte del personal de enfermería que en la actualidad está en crecimiento aunque todavía con mucha escasez.

En la actualidad son pocas las comunidades que tienen una unidad de atención integral para los pacientes con EII, más concretamente una Unidad de Atención de Crohn y Colitis (UACC) aunque están presentes en hospitales de Madrid, Valencia, Avilés (Asturias) y Catalunya (24).

El papel que juega enfermería en las EII es muy variado teniendo unas funciones muy distintas según el hospital en el que se desempeñe. Por ello, para que el trabajo enfermero se unificase se creó el Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedades Inflammatorias Intestinales (GETEII) (20).

4.1.1. Papel de enfermería en las EII

Es muy importante que a lo largo de la enfermedad se forme una relación estrecha entre el paciente y el enfermero, así se podrá promover un proceso de ayuda, de educación para la salud, seguimiento del paciente, ayuda en sus necesidades y adaptación a su nueva vida así como mejorar el grado de aceptación de la enfermedad.

Entre las principales actividades que realiza un enfermero están:

- Educación tanto del paciente como de su entorno, promoción de la salud y el logro de hábitos saludables (dieta sana y equilibrada, consumo de tabaco, visitas a otros especialistas como ginecólogo, reumatólogo...)
- Reforzar la importancia de una buena adherencia a los tratamientos.
- Administración de los tratamientos biológicos pautados por el médico, vigilando posibles efectos adversos. En el caso de que los tratamientos sean tópicos o subcutáneos las explicaciones de cómo usarlos serán dadas por el personal de enfermería así como explicar los posibles efectos adversos.
- También se encargará de conocer el estado de vacunación del paciente y enfermedades que haya padecido este y se favorecerá el contacto con medicina preventiva para programar, actualizar y administrar las vacunas que le sean necesarias.
- La realización de curas y seguimiento ante las posibles manifestaciones extraintestinales de la enfermedad.
- Fomentar una atención continuada y a distancia si fuese necesario con el paciente.

- Favorecer la participación activa por parte del paciente para la toma de decisiones con respecto a su estado de salud.
- Atención también a la unidad familiar (los familiares también podrán contactar con el personal de enfermería para consultar cualquier duda) (21, 24).

4.1.2. Protocolo de actuación enfermera:

Cuando se diagnostica la enfermedad el paciente suele sufrir un desequilibrio en su vida, puesto que los síntomas suelen empeorar, hacerse más intensos o incluso remitir de forma impredecible. Todo esto afecta a su vida personal, familiar, laboral y social (25).

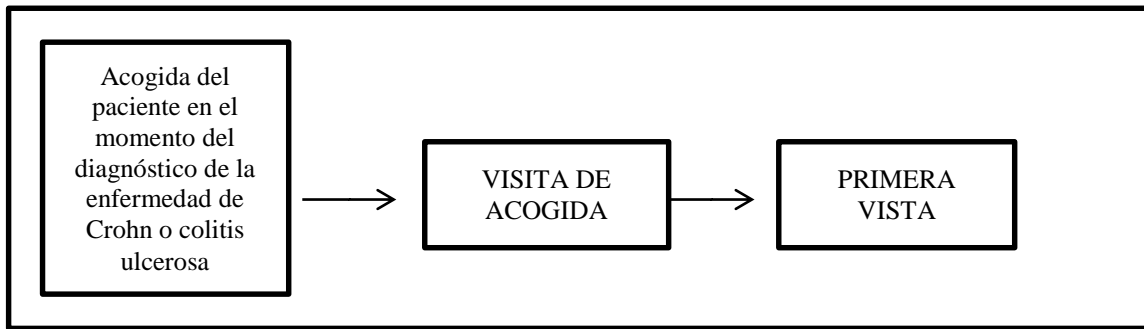
La labor enfermera es muy importante sobre todo cuando está encaminada a mejorar la calidad de vida y el cuidado del paciente. Como ya se ha mencionado es muy importante durante la enfermedad ayudar, educar y mantener un seguimiento del paciente. El personal de enfermería es fundamental en el equipo multidisciplinar que se forma para dedicarse a las EII.

Tras el diagnóstico la intervención enfermera es muy importante puesto que proporciona apoyo tanto profesional como emocional, despeja dudas sobre la enfermedad, fomenta la confianza en el equipo asistencial. Con estos propósitos fue creado el protocolo de acogida del paciente inmediatamente después del diagnóstico de la EII en general.

El objetivo principal del protocolo (26) es el de acoger tanto al paciente como a la familia en el inicio de la enfermedad, con el fin de promover la confianza en el equipo asistencial y proporcionar toda la información que el paciente requiera para que la adaptación a la nueva situación tanto para el paciente como para las personas que están a su alrededor. Este protocolo se marca como objetivos la reducción de la ansiedad, la valoración de la inmunización del paciente y la actualización del calendario de vacunaciones.

Según el protocolo se harán dos visitas tras el diagnóstico de la enfermedad (con el médico especialista) una de acogida y una primera visita de enfermería. (Figura 4) (27).

Figura 4



Componentes del protocolo de acogida del paciente diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal. Tomada de Dosal, A et al., (2012) (27)

A continuación se describen las dos primeras visitas que hace el personal de enfermería:

- Visita de acogida:

Es el primer contacto que la enfermera tendrá tanto con el paciente como con sus familiares tras el diagnóstico de la enfermedad por parte del médico especialista. La visita será amena y rápida (no más de quince minutos). El objetivo principal es acoger al paciente y familiares e informar sobre el funcionamiento de la consulta (26).

En la visita se hará entrega de toda la información necesaria, teléfono de contacto, nombre de la enfermera, así como una explicación de las circunstancias en las que el paciente debe ponerse en contacto con su enfermero. Además, se le proporcionará información de la EII en general y también de la EC y CU, para que el paciente lo lea detenidamente en su domicilio. Finalmente, se resolverán las dudas y preguntas, generando siempre un ambiente de confianza paciente-enfermero.

Tras esto se programara una primera visita en los siguientes diez días.

- Primera visita de enfermería

La duración de esta visita será más extensa, en torno a cuarenta y cinco minutos aproximadamente. Esta visita la dividiremos en tres parte (28):

1) Recogida de datos

Se hará una valoración del paciente para intentar destacar posibles problemas y plantear las intervenciones convenientes para su cuidado. Para ello en “la hoja de recogida de datos” (Figura 5), se recogerán tanto datos personales, antecedentes familiares, tabaquismo,

medicaciones (antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos), antecedentes de tuberculosis, identificar posibles trastornos de humor, problemas médicos recientes y pasados, antecedentes de viajes, duración de los síntomas actuales y su aparición con anterioridad, posibles manifestaciones extraintestinales (artritis, patología ocular, cutáneas, osteoporosis, enfermedad venosa tromboembólica), se interrogará sobre la sintomatología (vómitos, diarrea, dolor abdominal, fistulas) (19, 27).

Figura 5

Diagnostico		Fecha		Zona de afectacion
Médico de referencia				
Hóbitos tóxicos	Alcohol Tabaco Exfumador	Comentarios		
Alergias				
Tratamiento	Adhesión			
Control de salud	Revisión odontológica:	Fecha		Comentario
	Revisión ginecológica:	Fecha		Resultado citología
Nutrición	Tipo de dieta			
	Intolerancia a alimentos			
	Suplementos dietéticos			
Eliminación	Intestinal:	Sangre ____	Incontinencia ____	Espustos rectales ____
	nº deposiciones ____	Moco ____	Tenesmo ____	Flatulencia ____
	Consistencia ____	Urgencia ____		
Ejercicio	Tipo	Frecuencia		
Descanso	Reparador	SI/No	Nivel energía durante el día	
Nivel de estudios	Profesión			
Estructura familiar	Vive con:	Cuidador principal:		
Preocupación o temor				Ansiedad
Reproducción	Embarazos			Abortos

Hoja de recogida de datos a utilizar en la primera visita enfermera. Tomada de Bernstein et al., (2009) (19)

2) Educación sanitaria

Se prestara toda la información posible a cerca del diagnóstico de la enfermedad, también de los signos y síntomas de la enfermedad, para así tener los conocimientos suficientes y poder detectar cualquier signo de alarma que el paciente tenga. Se insistirá sobre la importancia del tratamiento farmacológico.

Por otro lado se le explicaran las distintas pruebas diagnósticas que se le podrá practicar si fuese necesario. También se le hablará sobre la importancia de una buena nutrición y se le darán consejos dietéticos, se harán recomendaciones generales sobre hábitos de vida saludable, y si fuese el caso, la planificación del embarazo. Se ofrecerá contacto con distintas

asociaciones para la búsqueda de más información acerca de la enfermedad y se favorecerá el contacto con otros pacientes afectados de la misma patología.

3) Prevención de infecciones y programa de vacunación

Antes de iniciar un tratamiento y sobre todo en el caso de ser inmunosupresor, se deberá de hacer una anamnesis detallada de infecciones previas. Se deberán realizar pruebas de hepatitis B y C, varicela y triple vírica. Esto es muy importante ya que muchos de los pacientes se verán inmunodeprimidos, por lo que pueden tener riesgo elevado de padecer una de estas enfermedades (Figura 6) (27).

Por otra parte, la malnutrición es considerada una de las principales fuentes de disminución inmune. También el consumo de más de dos fármacos es un factor muy importante para que exista riesgo de contraer una infección oportunista sobre todo en personas mayores de 50 años (29).

Figura 6

Anamnesis detallada				
Historia de infecciones bacterianas				
Infección del tracto urinario	SI	No	Fecha:	
Neumonía	SI	No	Fecha:	
Riesgo de infección activa o latente de tuberculosis				
Mantoux previo	SI	No	Fecha:	Resultado:
En caso de resultado positivo tratamiento realizado:				
- Vacunación previa con BCG	SI	No	Fecha:	
- Contacto previo con pacientes infectados	SI	No	Fecha:	
- País de origen:				
- Viajes a países donde la tuberculosis es endémica	SI	No	Fecha:	
- Historia de tuberculosis latente o activa	SI	No	Fecha:	
Historia de infecciones víricas				
Virus varicela zoster	SI	No	Fecha:	
Virus herpes simple	SI	No	Fecha:	
Historia de infecciones fúngicas				
Candidas	SI	No	Fecha:	
Historia de viajes				
Países con alta prevalencia de infecciones endémicas				
Planes futuros de viajar a estas zonas				

Anamnesis detallada. Tomado de Dosal A et al., (2012) (27)

4.1.3. Cuidados enfermeros en la fase activa de la EII

Durante la fase activa de la enfermedad, se han descrito una serie de medidas en el ámbito de los cuidados de enfermería con el fin de mejorar las manifestaciones de estos pacientes (27, 30).

La primera medida y la más importante es la modificación de los hábitos tóxicos y especialmente abandono del hábito tabáquico. El tabaco, empeora el curso de la enfermedad y puede aumentar la producción de brotes. También afecta al incremento de recurrencia posquirúrgica, en el caso de haberse sometido a cirugía, y además requiere un tratamiento farmacológico mucho más potente.

La segunda medida está dirigida a los cambios en los hábitos dietéticos del paciente. En este sentido, se recomienda una dieta variada en la que se incluirán alimentos ricos en calcio, proteínas y hierro. La alimentación es fundamental para llevar un buen control de la enfermedad, especialmente para prevenir y corregir la desnutrición que ocasiona esta enfermedad.

La enfermería se marca un objetivo muy claro ante esta enfermedad, restableciendo la calidad de vida de las personas diagnosticadas de EII (27). Para ello, es importante detectar de manera precoz los brotes, para comenzar el tratamiento de forma rápida para de este modo realizar un mejor abordaje terapéutico. Así pues llevando un seguimiento correcto de los pacientes se podrán evitar complicaciones posteriores (30).

Existe un índice llamado de Harvey-Bradshaw (Figura 7) (31, 32) por el que el personal de enfermería puede medir el grado del brote que sufre el paciente. Este índice mide el brote de manera sencilla, práctica y rápida de evaluar, se basa en cinco criterios: estado general, dolor abdominal, número de deposiciones diario, masa abdominal y tipo de complicaciones. Estas preguntas se pueden realizar mediante una entrevista personal con el paciente o telefónicamente.

Figura 7

INDICE DE HARVEY-BRADSHAW	
Item	Puntos
Estado general	0 = bien; 1 = ligeramente por bajo de lo normal; 2 = malo, 3 = muy malo, 4 = terrible
Dolor abdominal	0 = ausente; 1 = ligero, 2 = moderado, 3 = intenso
Número de heces líquidas o blandas	número de heces líquidas/blandas en 24 horas
Masa abdominal	ninguna =0; dudosa = 1; definida = 2; definida y blanda = 3
Número de complicaciones <i>anotar un 1 por cada item</i>	<ul style="list-style-type: none"> artralgia uveitis eritema nudoso ulcera aftosa pioderma gangrenoso estomatitis fisura anal absceso nuevas fistulas

Índice de Harvey-Bradshaw. Tomado de Dustin et al., (2003) (31)

De tal modo que si la puntuación es menor de cinco, es indicativo que el paciente estará en una fase inactiva. Si la puntuación es igual o mayor de seis el brote será leve-moderado, y cuando es superior de diez indicara que el paciente sufre un brote breve (32).

5. CONCLUSIONES

La enfermedad inflamatoria intestinal abarca dos enfermedades principales, la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU), siendo su característica principal la agresión inmunológica del tubo digestivo.

La CU es un proceso inflamatorio que se inicia en la mucosa rectal y que compromete el colon en extensiones variables, pero en forma continua y simétrica. Afecta sobre todo a la población entre los 30-70 años, con un pico de edad entre los 30-40. El principal síntoma en el período de actividad de la CU es la diarrea con sangre o el sangrado rectal.

La EC es un proceso inflamatorio transmural (de todas las capas de la pared intestinal), granulomatoso, que afecta cualquier segmento del tracto gastrointestinal, en forma discontinua y asimétrica. Puede presentarse a cualquier edad; existe un pico entre los 20-30 años y otro pico cerca de los 60 años. Su clínica más frecuente es la diarrea crónica de más de

6 semanas, dolorosa, que no respeta el sueño, con tenesmo o incontinencia y puede acompañarse de sangre o moco.

El tratamiento de EII, tanto en la EC como en la CU, está basado en la actividad, extensión y localización de la enfermedad. En ambas entidades se utilizan los mismos grupos de fármacos para intentar conseguir la remisión de la enfermedad. Estos fármacos son los aminosalicilatos, corticoesteroides, inmunosupresores y antibióticos.

La implementación de un protocolo de acogida en el momento del diagnóstico de la enfermedad, basado principalmente, en dos primeras visitas presenciales en la consulta de enfermería, constituye un abordaje adecuado y recomendable para mejorar la calidad asistencial del paciente con la EII.

Finalmente, se ha producido la creación de las unidades de atención integral específicas de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), donde enfermería es parte importante y participa activamente dentro de un equipo multidisciplinar especializado, donde se puede ofrecer una atención más eficaz, holística, específica y directa. Es el punto clave para que este tipo de pacientes se sienta acogido y sea capaz de afrontar el nuevo diagnóstico y resolver los futuros acontecimientos a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad, es decir, a lo largo de su vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sanfeliu V, Verdura T. Problemas gastrointestinales. Masson, 1999. 70-76.
2. Dorothy B, Debra Broadwell Jackson, Ph D. Trastornos gastrointestinales. Mosby. 1998. 106-125.
3. Gasull M.A, Gomollon F, Obrador A, Hinojosa J. Enfermedad inflamatoria intestinal. III Edición, Aran. 2007
4. Medina Benítez E, Fuentes Lugo D, Suárez Cortina L, Prieto Bozano G. Enfermedad inflamatoria intestinal. AEP. 2008. 18: 152-160
5. Cho JH The genetics and immunopathogenesis of inflammatory bowel disease. Nat Rev Immunol 2008; 8:458-466
6. Sartor R.B. Mechanism of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2006; 3: 390-407.
7. Abraham C, Cho, JH. Inflammatory bowel disease. N Engl J Med 2009; 361: 2066-2078.
8. Feagan BG, Rutgeerts P, Sands, B.E., et al. Gemini I study group. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. N Engl J Med 2013; 369: 699-710.
9. Kaistha A., Levine J. Inflammatory Bowel Disease: The classic gastrointestinal autoimmune disease. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2014; 44: 328-334.
10. Dutta AK., Chacko, a. Influence of environmental factors on the onset and course of inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol 2016, 22: 1088-1100.
11. Li X, Sundquist, J., Hemminki, K., Sundquist, K. Risk of inflammatory bowel disease in first- and second-generation immigrants in Sweden: a nationwide follow-up study. Inflamm Bowel Dis 2011; 17: 1784-1791.
12. Ko Y., Butcher R., Leong, R.W. Epidemiological studies of migration and environmental risk factors in the inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol 2014; 20: 1238-1247.
13. Cosnes J. Smoking, physical activity, nutrition and lifestyle; environmental factors and their impact on IBD. Dig Dis; 28: 411-417.
14. Kostic A D., Xavier R.J., Gevers D. The microbiome in inflammatory bowel disease: current status and the future ahead. Gastroenterology 2014; 146: 1489-1499.

15. Perez Cobas AE., Gosalbes M.J., Friedrichs A., Knecht H., et al. Gut microbiota disturbance during antibiotic therapy: a multi-omic approach. *Gut*, 2013; 62: 1591-1601.
16. Chapman-Kiddell CA., Davies P.S. Gillen, L., et al. Role of diet in the development of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16: 137-151.
17. Ananthkrishnan, A.N., Khalili, H., Konijeti GG., et al. A prospective study if long-term intake of dietary fiber and risk of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2013; 145: 970-977.
18. Neuman M.G. Nanau R.M. Inflammatory bowel disease: role of diet, microbiota, lifestyle. *Transl Res* 2012; 160: 29-44.
19. Bernstein C, Fried M, cohen H, krabshuis JH. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global. World Gastroenterology Organisation. 2009.
20. Gómez González del Tánago P, Navarro Vidal B, Panadero Carlavilla FJ. Enfermedad inflamatoria intestinal. *Pam357 Revista*. 2008.
21. Borruel N, Casellas F, Castells I, Castillejo N, Malagelada J.R, Masachs M, et al. Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de Atención Crohn-Colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2009; 32:77–82.
22. Palma R, Quera R. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. *clin.med*. 2008; 19: 331-341.
23. Morete Pérez MC. Enfermería y enfermedad inflamatoria intestinal. [online] 2015. Disponible en:
<http://www.educainflamatoria.com/cual-es-el-papel-de-la-enfermeria-en-el-control-de-la-eii>
24. Oltra L. Importancia de la enfermería en EII. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día* [online] 2011. [acceso 7 de enero de 2014]: 10:13-6. Disponible en:
http://www.eiialdia.com/ArticulosPDF/Vol101/1%20REVISIONES%2010_12.pdf
25. Cohen R.D. The quality of life in patients with Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002; 16:1603-1609.
26. Ben S, Chowers Y, Conlon C, De Munter P, D'Haens G, Rahier J.F, et al. European evidence-based Consensus on the prevention, diagnosis and management of

- opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2009; 3:47–91.
27. Dosal A, Gallego M, Marín L, Pinó S, Ramirez A, Sánchez E, et al. Protocolo de acogida de enfermería al paciente en el momento del diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal AL DIA* [on line] 2012. [acceso 24 de enero de 2014]: 11:73–81. Disponible en: http://www.eiialdia.com/ArticulosPDF/Vol11-1/Enfermeria_11-1.pdf
28. Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Pág web [consultat el: 18-06-2013]. Disponible en: <http://www.geteccu.org>
29. Arin A, Basterra M, Cabriada L, Gómez M, Nantes O, Rodriguez C. Recomendaciones de vacunación en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2013; 36: 63-75.
30. Aceituno M, Panés J. Tratamiento de la enfermedad de Crohn en relación al fenotipo. En: *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. 3ª ed. Madrid. 2007. p.357-363.
31. Dustin J, Rayhorn B.S, Rayhorn N. Una profunda revisión de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Nursing.* 2003; 21: 9-15.
32. Bai J.C, Gil A.H, Goncalves S.A, Huernos S.P, Negreira S.M, Sambuelli A.M, et al. Índices de la atención en la Enfermedad de Crohn. Revisión crítica y evolución de su utilidad en el manejo clínico. *Acta. Gastroent. Latinoam.* 2005; 35:28-36.