



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Autor/a: Beatriz del Amo Mateos

Tutor/a: Pedro Martín Villamor

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal es un término en el que se engloban dos trastornos, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, que se caracterizan por una inflamación crónica del tubo digestivo y que cursan con periodos de exacerbaciones y recidivas. Su incidencia ha aumentado mucho en las últimas décadas sobre todo en países desarrollados, y el pico máximo de diagnóstico se encuentra entre los 20 y los 35 años.

Estos pacientes además de todos los síntomas físicos producidos por la enfermedad van a tener una gran afectación psicológica que puede repercutir de forma importante en sus relaciones sociales tanto a nivel familiar, laboral como en el ámbito sexual; afectando a su bienestar personal y disminuyendo su calidad de vida.

El papel de la enfermería en el seguimiento de estos pacientes como personal principal encargado de sus cuidados es fundamental. Teniendo en cuenta la atención a la salud desde un punto de vista integral, es importante que las intervenciones de enfermería vayan también encaminadas a atender las necesidades psicosociales del paciente, sobre todo en aquellos aspectos que le generan una mayor preocupación, intentando así aumentar su calidad de vida y reducir el nivel de estrés y de ansiedad.

Este trabajo plantea intervenciones de enfermería poniendo especial énfasis en los aspectos psicológicos de los cuidados.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal, afectación psicológica, intervenciones de enfermería.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS:	2
3. METODOLOGÍA:	2
4. MARCO TEÓRICO:.....	3
4.1 QUÉ ES LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL:	3
4.1.1 Tratamiento:	6
4.1.2 La dieta en la enfermedad inflamatoria intestinal:	9
4.1.3 Manifestaciones extraintestinales:.....	11
4.1.4 Enfermedad inflamatoria intestinal y desarrollo de cáncer.	13
4.1.5 Enfermedad inflamatoria intestinal y embarazo:	14
4.2 AFECCIÓN PSICOSOCIAL EN LA EII:.....	15
5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:	16
5.1 Intervenciones de enfermería en el momento del diagnóstico de una EII:	17
5.2 Intervenciones de enfermería relacionadas con los efectos de los fármacos:	19
5.3 Intervenciones de enfermería en la hospitalización y la intervención quirúrgica:	21
5.4 Intervenciones de enfermería en el paciente ostomizado:	23
5.5 Intervenciones de enfermería y riesgo de desarrollo de cáncer:	25
6. CONCLUSIONES:	26
BIBLIOGRAFÍA:.....	27
ANEXO I: INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNARIE (IBDQ).....	31

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal es un proceso de inflamación crónico que afecta al intestino delgado y/o al colon; dentro de este término se engloban dos enfermedades principalmente: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. La enfermedad de Crohn es una patología digestiva crónica que se presenta con periodos de exacerbación y remisión y se caracteriza por la presencia de lesiones segmentarias en el tubo digestivo, la clínica varía según la localización de la lesión. Por su parte, la colitis ulcerosa se caracteriza por una lesión continua en la mucosa y submucosa del tubo digestivo que afecta normalmente al colon, y en la que aparecen úlceras y hemorragias frecuentes; también se presenta en periodos de remisión y exacerbación.

La incidencia y la prevalencia de la enfermedad son mucho mayores en países desarrollados, las mayores tasas se encuentran en países del centro/norte de Europa y Norteamérica, aumentando en los últimos años también en el sur de Europa, y siendo bastante infrecuente en Asia, África y Sudamérica ⁽¹⁾. La mortalidad es más elevada durante los dos primeros años de la enfermedad, y cuando esta es de curso prolongado debido al aumento del riesgo de cáncer de colon ⁽²⁾.

Según una nota de prensa de la Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España) del 2014 ⁽³⁾, aparecen una media de 7 nuevos casos /100.000 habitantes/año de enfermedad de Crohn, siendo de 12 en la colitis ulcerosa. Además se sabe que la edad media de diagnóstico de la enfermedad es de unos 29 años, y que el 25% de los enfermos son menores.

Un estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) sobre la enfermedad inflamatoria intestinal, demuestra que el diagnóstico de esta enfermedad aumenta en la población pediátrica, siendo la incidencia en países occidentales de la colitis ulcerosa de 2/100.000 habitantes y de la enfermedad de Crohn de 4.5/100.000 habitantes ⁽⁴⁾.

Debido a su comienzo a edades jóvenes, al carácter crónico de la enfermedad, a la inexistencia de una cura (el tratamiento actual va dirigido a distanciar los periodos de recidiva y a evitar que las lesiones aumenten) y a todos los cambios en la vida diaria que el paciente va a tener que realizar, la afección psicológica en este tipo de pacientes es

algo habitual. Algunos estudios estiman que el 30% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan alteraciones psicológicas, entre las que destacan la labilidad emocional, el estrés y la depresión; siendo aún mayor este porcentaje en los periodos de recidivas ⁽⁵⁾. Además, la relación que ejercen las alteraciones emocionales y la enfermedad entre sí es mutua. Un aumento de la ansiedad y el estrés se relaciona con un mayor nivel de enfermedad, al mismo tiempo que el aumento del nivel de actividad de la enfermedad se relaciona con un aumento de la ansiedad en el enfermo ⁽⁶⁾.

La importancia de abordar este tema radica principalmente en el aumento de la incidencia de la enfermedad en los últimos años sobre todo en países desarrollados, y en el hecho de que es una enfermedad crónica que aparece durante la adolescencia y durante los primeros años de la edad adulta, ocasionando una gran afección psicológica.

El papel de la enfermería en el seguimiento de estos pacientes es fundamental. Como profesional del equipo de salud que se encarga del cuidado del paciente es importante tener en cuenta estos aspectos a la hora de tratar con personas que padezcan una enfermedad inflamatoria intestinal, realizando intervenciones que potencien y beneficien la reducción del nivel de ansiedad y del resto de alteraciones emocionales que el paciente pueda presentar; al mismo tiempo que se realiza una educación para la adquisición de unos hábitos higiénico-dietéticos favorables.

2. OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es proponer una serie de intervenciones de enfermería en el ámbito de los cuidados psíquicos, teniendo en cuenta los campos relacionados con la enfermedad que generan una mayor preocupación en estos pacientes, aumentando el conocimiento sobre estos aspectos y sobre cómo afrontarlos.

3. METODOLOGÍA:

La metodología utilizada para la realización de este trabajo ha sido una revisión bibliográfica relacionada con el tema. Las consultas se han realizado en diferentes bases de datos vía internet y mediante la consulta directa de varios libros.

De todos los artículos, libros y trabajos encontrados relacionados, en total han sido citados en el trabajo 32. El criterio de selección de estas fuentes ha sido por el año de

publicación, se han seleccionado trabajos realizados a partir del año 2000 hasta el día de hoy procurando que la información utilizada para cada uno de los aspectos del trabajo fuera la más reciente posible; que las fuentes fuesen fiables; que los artículos o trabajos fuesen originales y que la información obtenida en las diferentes fuentes no fuese contradictoria.

Las bases de datos consultadas han sido PubMed, SciELO, Cuiden y CINAHL principalmente. También ha habido un trabajo seleccionado de la base de datos de la Universidad Complutense de Madrid. La consulta directa ha sido realizada en diferentes libros encontrados en la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid.

Las palabras clave y términos utilizados para la búsqueda han sido: “enfermedad inflamatoria intestinal”, “inflammatory bowel disease”, “enfermedad de Crohn”, “enfermería y enfermedad inflamatoria intestinal”, “aspectos psicológicos del paciente crónico”, “papel de enfermería en enfermedad inflamatoria intestinal”, “estrés y ansiedad en enfermedad inflamatoria intestinal”, “afectación psicosocial en enfermedad inflamatoria intestinal”, “enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer”, “enfermedad inflamatoria intestinal y ostomías”.

4. MARCO TEÓRICO:

4.1 QUÉ ES LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL:

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es un término en el que se engloban principalmente dos trastornos (Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC)) que se caracterizan por una inflamación crónica del tracto digestivo de causa idiopática, que cursan con periodos de exacerbaciones y recidivas de una duración variable ⁽⁵⁾.

En el desarrollo de la EII intervienen factores genéticos hereditarios (sobre todo en la EC) y factores ambientales que funcionan como desencadenantes o inhibidores de la enfermedad ^{(5) (7) (8) (9)}.

Entre los factores protectores encontramos:

- La lactancia materna, que favorece la maduración del tubo digestivo disminuyendo el riesgo de aparición de la enfermedad.

- La apendicectomía, sobre todo en edades tempranas, protege frente a la CU.
- Una dieta rica en frutas y verduras.
- En la CU, el tabaco tiene un efecto beneficioso tanto en la prevención del desarrollo de la enfermedad como en el control de la actividad intestinal durante los brotes leves-moderados.

Entre los factores de riesgo encontramos:

- El tabaco que es considerado el principal factor ambiental para el desarrollo de la EC. Además de influir en el riesgo de desarrollar la enfermedad, aumenta el número de recaídas y complicaciones.
- El uso de anticonceptivos orales se cree que aumentaría el riesgo de padecer EII, sobre todo EC, aunque aún no ha sido claramente demostrado.
- El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se considera un factor de riesgo al inhibir la vía de la ciclooxigenasa y reducir la síntesis de prostaglandinas. Se ha demostrado la aparición de recaídas tras el tratamiento con este tipo de fármacos.
- El aumento del consumo de proteínas de origen animal.
- El estrés, la ansiedad y la depresión se cree que influyen en la aparición de la EII y el aumento de las recaídas.

La **Colitis Ulcerosa** se caracteriza por unas lesiones continuas que afectan principalmente a la mucosa del colon, más frecuentemente a la zona distal (recto) e izquierda, aunque pudiendo afectar también al intestino grueso en su totalidad (pancolitis). Los principales síntomas que estos pacientes suelen presentar son diarrea, rectorragia, tenesmo rectal y urgencia defecatoria, dolor cólico en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda ⁽⁵⁾. Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes suelen afectar a la piel, articulaciones, ojos e hígado ⁽¹⁰⁾.

Anatomopatológicamente, de forma macroscópica podemos ver una mucosa hiperémica, o con aspecto granular en los casos más graves. Las ulceraciones pueden ser difíciles de ver en las fases iniciales. También es posible encontrar pseudopólipos o pólipos inflamatorios que se producen por la regeneración de la mucosa inflamada ⁽¹¹⁾.

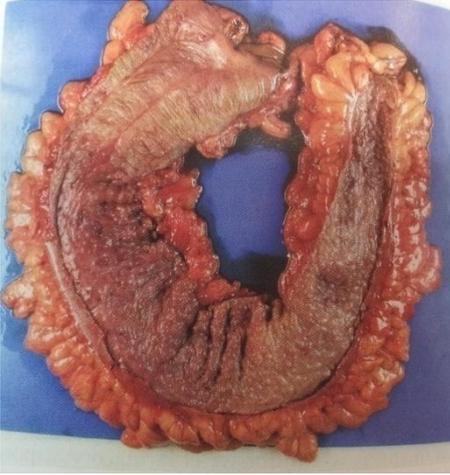


Imagen 1. Eritema y granulidad superficie mucosa.
Tomada de Townsend, 2013 ⁽¹¹⁾.



Imagen 2: Aspecto macroscópico pancolitis. Tomada de Townsend, 2013 ⁽¹¹⁾.

Al microscopio, las lesiones encontradas más frecuentes son los abscesos de criptas con acumulación de neutrófilos en lámina propia. Además, suele encontrarse depleción de mucina, hematoquecia, distorsión de criptas y pérdida de células epiteliales ⁽⁹⁾.

La **enfermedad de Crohn** es una enfermedad autoinmune caracterizada por lesiones intestinales que pueden afectar a cualquier tramo del tubo digestivo (más comúnmente íleon terminal), alternándose zonas sanas y zonas lesionadas. Las lesiones afectan a todas las capas del intestino y es común la aparición de fístulas, úlceras y abscesos.

Se ha descubierto una relación de herencia genética que afectaría al gen NOD2 del cromosoma 6, aunque en el desarrollo de la enfermedad intervienen otros muchos factores que actuarían como desencadenantes, entre los que destaca el tabaquismo ⁽⁸⁾.

Los principales síntomas de esta enfermedad son dolor abdominal en hipocondrio derecho, diarrea, hiporexia, pérdida de peso, fiebre y fístulas y abscesos perirrectales. El dolor puede ser de carácter inflamatorio debido al propio proceso de la enfermedad y a las úlceras, u obstructivo debido a las zonas de estenosis. Los síntomas sistémicos suelen ser más evidentes que en la CU, apareciendo más frecuentemente fiebre, cansancio, y malestar general ⁽¹⁰⁾.

Macroscópicamente, las lesiones se caracterizan por el aumento del grosor de la pared colónica, la afectación predominante de la submucosa, el aspecto de superficie empedrada de la mucosa afectada, la presencia de úlceras lineales, profundas y

alargadas (“vías de tren” o “garras de oso”), y la existencia de zonas sanas entre las zonas afectadas ⁽¹¹⁾.

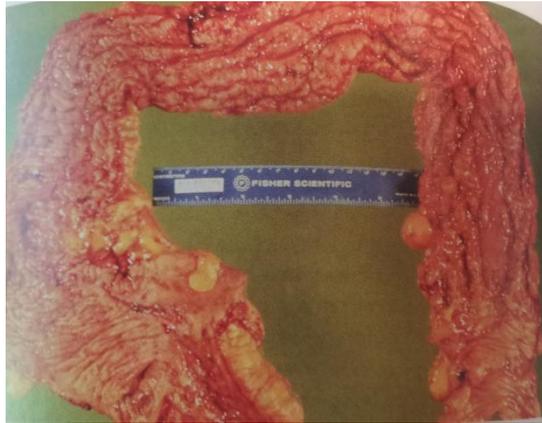


Imagen 3: Aspecto mucosa “vías de tren” o “garras de oso”.
Tomada de Townsend, 2013 ⁽¹¹⁾.

Al microscopio, la EC se caracteriza por la conservación de la arquitectura epitelial de la submucosa, la presencia de agregados linfoides sin centro germinal y la aparición de fisuras. Lo más característico son los granulomas no caseificantes, aunque solo se encuentran en el 10-30% de las biopsias endoscópicas y el 50% de las resecciones ⁽⁹⁾.

	ENFERMEDAD DE CROHN	COLITIS ULCEROSA
Distribución	Parcheada	Difusa
Afectación	Transmural	Mucosa (Submucosa)
Depleción de mucina	Ocasional	Habitual
Metaplasia de células de Paneth	Ocasional, focal	Frecuente
Abscesos de criptas	Ocasional	Típico
Neutrófilos libres en la lámina propia	Típico, focal	Infrecuente
Granulomas	Característico	No

Tabla I. Diferencias histológicas entre la EC y la CU. Tomada de Montoro, 2002 ⁽⁹⁾.

4.1.1 Tratamiento:

El tratamiento de la EII consiste en el uso de diferentes fármacos que disminuyen la inflamación de la mucosa así como los síntomas. En ocasiones, cuando no es posible lograr un control de la enfermedad con el tratamiento médico se utilizan otras técnicas como la cirugía. En los últimos años, en estos casos que no responden al tratamiento

farmacológico, también han comenzado a usarse otras alternativas como la aféresis selectiva de granulocitos y monocitos.

Los **fármacos** utilizados dependen del estadio de la enfermedad y la respuesta que esta tenga al tratamiento. Se debe tener en cuenta que el objetivo del tratamiento tanto en la EC como en la CU es inducir la remisión de los brotes y mantener este periodo de calma, distanciando las recidivas. Entre los principales fármacos que se utilizan se encuentran: aminosalicilatos, corticoesteroides, antibióticos, inmunomoduladores y terapias biológicas ^{(10) (12)}.

- **Aminosalicilatos:** derivan del ácido 5-aminosalicílico y tienen una acción antiinflamatoria tópica en la mucosa intestinal. Son fármacos utilizados como primera opción para lograr y mantener la remisión en la enfermedad de leve a moderada ^{(5) (13)}. Se cree además que tiene una función anti-carcinogénica disminuyendo el riesgo de aparición de cáncer colorrectal ⁽¹²⁾. Entre los efectos adversos encontramos cefalea, náuseas, epigastralgia, y diarrea; pudiéndose producir más raramente otros como pancreatitis y agranulocitosis ⁽⁵⁾.
- **Corticoesteroides:** los corticoesteroides son hormonas que se sintetizan de forma natural en las glándulas suprarrenales y participan en una gran cantidad de funciones en nuestro organismo, entre ellas actuar sobre el sistema inmunitario y mediadores celulares responsables de los procesos inflamatorios ⁽¹⁴⁾. Se usan en la EII activa para lograr la remisión en brotes (60-90% de eficacia), aunque no curan la enfermedad ya que no se produce una remisión histológica ^{(4) (12)}. Los más utilizados son la prednisona, metilprednisolona y budesonida. Los efectos secundarios se producen por su uso continuo, algunos de ellos son: desequilibrio hidroelectrolítico, hiperglucemia, hipertensión, aumento del riesgo de infecciones, síndrome de Cushing, osteoporosis, alteraciones del crecimiento en niños, cataratas, glaucoma... ^{(5) (6) (14)}.
- **Antibióticos:** se utilizan en algunas formas de la EII. Actúan disminuyendo la concentración de bacterias en la mucosa intestinal lo que produce la disminución de la inflamación. Son utilizados sobre todo en la EC, y el más usado es el metronidazol. El efecto adverso más importante es la neuropatía periférica, caracterizada por parestesias en las extremidades. También aparecen otros como náuseas, sabor metálico e intolerancia al alcohol (interfiere en su metabolismo).

Otro antibiótico usado en pacientes con EC perianal es el ciprofloxacino, cuyo principal efecto adverso son las alteraciones a nivel articular^{(4) (5) (13) (12)}.

- **Inmunomoduladores o inmunosupresores:** estos fármacos son utilizados en la EII cuando fracasa el tratamiento con corticoesteroides, los más utilizados son los derivados de la tiopurina, el Metotrexato y la Ciclosporina. Pueden producir una gran cantidad de efectos secundarios entre los que destacan: náuseas, vómitos, aumento del riesgo de infecciones por mielosupresión, pancreatitis, estomatitis, nefrotoxicidad y hepatotoxicidad^{(12) (13) (14)}.

- **Terapias biológicas:** se trata de terapias nuevas, muchas en estudio. Se basan en fármacos que actúan principalmente contra el factor alfa de necrosis tumoral (TNF α); entre estos fármacos se encuentra el Infliximab y el Adalimumab.

Se utilizan en cuadros moderados-severos que no responden a otros tratamientos, y cuando hay complicaciones extraintestinales graves. En las edades pediátricas se está estudiando su posible uso como tratamiento de primera línea para evitar los efectos secundarios causados por los corticoides. Algunas de las reacciones adversas que producen son: fiebre, náuseas, astenia, urticarias y aumento de la susceptibilidad a infecciones^{(12) (13) (14)}.

El **tratamiento quirúrgico** sólo se realiza cuando se producen complicaciones o en aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico y cuya enfermedad avanza.

En el caso de la CU, la intervención quirúrgica es curativa pero amputante. La técnica que más se utiliza es una proctocolectomía y anastomosis íleo-rectal baja con reservorio, consiguiéndose así un control de los síntomas y evitando la ileostomía⁽¹²⁾. Además de cuando no hay respuesta al tratamiento médico, se realiza en otras ocasiones como presencia de carcinoma o falta de crecimiento en niños. También, de forma urgente, son operados aquellos pacientes que sufren complicaciones como hemorragias masivas, megacolon tóxico y colitis fulminante⁽⁵⁾.

En cuanto a la EC, la cirugía no es curativa sino paliativa. Suele ser requerida normalmente en la variedad fistulizante y obstructiva de la enfermedad⁽⁵⁾. Además de cuando no hay una respuesta al tratamiento, se realiza cuando hay complicaciones como obstrucciones intestinales, fístulas internas sintomáticas, estenosis, megacolon tóxico y perforación⁽¹²⁾. Los pacientes que son operados suelen necesitar más operaciones, aumentando el riesgo de desarrollar un síndrome de intestino corto⁽¹³⁾.

La **aféresis selectiva de granulocitos** es un nuevo tratamiento que está comenzando a usarse. Consiste en la eliminación de células que intervienen en el proceso de inflamación (interleukinas y granulocitos) mediante un filtro dializador; de esta manera se consigue una disminución de la inflamación intestinal. Además, es un procedimiento sencillo, bastante inocuo para el paciente y con pocos efectos adversos ⁽¹³⁾.

4.1.2 La dieta en la enfermedad inflamatoria intestinal:

En los pacientes con EII suelen producirse deficiencias de algunos nutrientes, tanto macronutrientes como micronutrientes, debido principalmente al déficit de ingestión causado por los síntomas digestivos propios de la enfermedad (náuseas, vómitos, dolor abdominal, episodios de obstrucción intestinal, diarrea...), y por la malabsorción de nutrientes (sobre todo en pacientes con una extensa resección intestinal) ⁽¹⁵⁾.

La dieta puede ayudar a mantener el estado nutricional, a reducir la exacerbación de algunos síntomas, y a favorecer el crecimiento y desarrollo en pacientes pediátricos ⁽¹⁶⁾.

Los objetivos nutricionales que se establecen en este tipo de pacientes son: ⁽¹⁵⁾

- Evitar la desnutrición.
- Corregir las deficiencias y proporcionar los nutrientes necesarios.
- Mejorar la respuesta al tratamiento.
- Favorecer un desarrollo normal en niños y adolescentes.
- Mejorar la calidad de vida.

En la EII se recomienda una dieta lo más variada y libre posible, que mejore algunos de los síntomas de la enfermedad (diarrea, estreñimiento, dolor abdominal...) y evitando aquellos alimentos que el paciente considere que pueden causarle síntomas o intolerancias. Las normas dietéticas que se establezcan deben ser individualizadas, dependiendo del paciente y la afectación de la enfermedad.

En las fases de brote se suele limitar la ingesta de sólidos y líquidos, sustituyéndolos por preparados enterales o parenterales. A medida que se va consiguiendo la remisión, se deben ir reintroduciendo los diferentes grupos de alimentos teniendo en cuenta la tolerancia del paciente ⁽¹⁵⁾.

El gasto energético no se encuentra muy elevado respecto a la población general. Lo que sí se encuentra aumentado son las necesidades proteicas debido a la pérdida que se produce por el uso de corticoides y a la inflamación. Se ha establecido el requerimiento energético entre 30-35 kcal/kg/día y el proteico entre 1,3-1,5 gr/kg/día ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Los déficits de micronutrientes que más se producen son en calcio, hierro, ácido fólico, vitamina B₆ y vitamina B₁₂. Cuando hay episodios de diarrea graves se debe prestar atención también al zinc, potasio y selenio.

En cuanto a la fibra, no se recomienda una supresión de esta pero sí es recomendable evitar la fibra insoluble en algunos casos (estenosis intestinales debidas a la EC). Por otro lado, la fibra soluble aumenta el tiempo de tránsito por lo que mejoraría la absorción en periodos de recidiva. Hay indicios de que algunos tipos de fibra fermentable podrían utilizarse para prevenir las recidivas en la CU siendo tan eficaces como el tratamiento farmacológico ⁽¹⁵⁾.

NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL:

El soporte nutricional, tanto enteral como parenteral, ha sido fuente de gran debate en cuanto a su utilidad para inducir o no las remisiones.

La nutrición enteral ha demostrado grandes beneficios en la inducción de la remisión en la EC unida al tratamiento con corticoides, aunque también ha demostrado tener un cierto efecto como tratamiento único. En la CU no se ha demostrado que favorezca la remisión, pero ayuda al restablecimiento del nivel nutricional. Es por esto, que la nutrición enteral puede usarse como terapia primaria en pacientes en los que el uso de corticoesteroides está limitado como son la población pediátrica, o adultos corticodependientes o refractarios al tratamiento ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Como tratamiento primario, la nutrición enteral se ha planteado en pacientes pediátricos para evitar la desnutrición y el retraso de crecimiento y desarrollo que se produce. Se ha demostrado un aumento de peso de 3.1 kg en pacientes con EC suplementados con nutrición enteral ⁽¹⁵⁾.

Este tipo de nutrición se prefiere a la nutrición parenteral total ya que no tiene tantos efectos adversos, el riesgo de infección y el coste es menor, y el reposo intestinal que se obtendría con la nutrición parenteral no ha demostrado tener beneficios.

Debido a esto, la nutrición parenteral total sólo estaría indicada en aquellos casos en los que la enteral está contraindicada como son las fístulas yeyunales de alto flujo, la obstrucción intestinal completa y el síndrome de intestino corto, entre otras ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

4.1.3 Manifestaciones extraintestinales:

La EII además de presentar alteraciones en el sistema digestivo, puede producir alteraciones debido a su carácter inflamatorio en otros órganos del cuerpo; hasta un 75% de los pacientes presentan alguna manifestación extraintestinal durante su enfermedad ⁽²⁾. Las alteraciones más frecuentes se producen a nivel articular, ocular, de la piel y hepático, aunque también pueden producirse a otros niveles como el hematológico.

- **Manifestaciones articulares:** la complicación más frecuente es la artritis periférica, que se presenta hasta en un 20% de los pacientes. Suele afectar asimétricamente a múltiples articulaciones, es más común en la EC y empeora en los periodos de recidiva de la enfermedad ⁽²⁾.

Otra complicación a nivel articular muy frecuente (está presente en casi un 80% de los pacientes) es la sacroileítis ⁽¹²⁾. Esta alteración en la mayoría de los casos es asintomática y no se relaciona con el curso de la enfermedad.

- **Manifestaciones óseo-metabólicas:** en los pacientes con EII es frecuente encontrar una pérdida de masa ósea debido a la propia inflamación y a muchos de los fármacos utilizados (glucocorticoides, metotrexato, ciclosporina). Esto hace que haya un aumento de la incidencia de las fracturas, sobre todo a nivel de la cadera, columna vertebral, muñecas y costillas.

En un estadio más avanzado puede producirse una osteonecrosis que se caracteriza por la muerte de osteocitos que termina con colapso óseo. El dolor en esta patología se agrava. Suele producirse sobre todo a nivel de la cadera ⁽²⁾.

- **Manifestaciones oculares:** las manifestaciones oculares más frecuentes son la conjuntivitis, uveítis o iritis anterior y la epiescleritis ⁽²⁾. La uveítis se caracteriza por dolor ocular, fotofobia, visión borrosa y cefalea. Es importante su detección

precoz para prevenir complicaciones como la atrofia del iris y las sinequias (adherencias entre el iris y la córnea o el cristalino) ⁽¹³⁾.

La epiescleritis es un trastorno ocular benigno, aparece tanto en la EC como en la CU y su síntoma principal es una sensación de ardor ocular ⁽²⁾.

- **Manifestaciones dermatológicas:** la más frecuente es el eritema nodoso que se caracteriza por nódulos rojizos, calientes, dolorosos a la palpación, de 1-5 cm de diámetro, que aparecen principalmente en la cara anterior de las extremidades inferiores. Suele estar relacionada con los brotes agudos de la enfermedad, y el tratamiento va dirigido a la remisión del brote ⁽²⁾.

Otra complicación que puede aparecer es el pioderma gangrenoso. Es un cuadro más grave, caracterizado por la aparición de lesiones que se inician en forma de pústula y avanzan hacia úlceras con bordes violáceos irregulares, rodeados de un margen de eritema; en el centro de la lesión aparece tejido necrótico con sangre y exudados. Las lesiones se extienden rápidamente, desde la superficie dorsal de pies y piernas, hacia los brazos, tórax e incluso hacia la cara ⁽²⁾⁽⁵⁾.

Además también pueden producirse lesiones en la mucosa oral, más frecuentes en la EC, como la estomatitis aftosa. La soriasis es un cuadro que también afecta a una parte considerable de los pacientes con EII ⁽²⁾.

- **Manifestaciones hepáticas:** a nivel hepático en casi el 50% de los pacientes con EII se detecta una esteatosis hepática, presentando también hepatomegalia. Además es frecuente que desarrollen hígado graso debido a la enfermedad crónica debilitante que padecen, la mala nutrición y los corticoides ⁽²⁾.

La colelitiasis es una complicación frecuente, más común en la EC, sobre todo cuando hay afectación del íleon o se produce una resección de este.

De las manifestaciones más frecuentes son las pericolangitis, destacando por su gravedad la Colangitis Esclerosante Primaria que se caracteriza por inflamación y fibrosis intra y extrahepática del conducto biliar. Cuando se diagnostica, los pacientes suelen estar asintomáticos o presentar síntomas generales como fatiga, ictericia, dolor abdominal, fiebre, anorexia y malestar general ⁽²⁾⁽⁵⁾⁽¹²⁾.

- **Manifestaciones hematológicas:** a nivel hemático pueden producirse alteraciones en el proceso de la coagulación que aumentan el riesgo de sufrir trombosis venosa y arterial ⁽²⁾. También son frecuentes las anemias ⁽⁵⁾.

4.1.4 Enfermedad inflamatoria intestinal y desarrollo de cáncer.

Los pacientes con EII tienen un riesgo aumentado de desarrollar cáncer colorrectal, siendo mayor en pacientes con CU que en los que padecen EC ⁽¹¹⁾. Este riesgo aumenta proporcionalmente al tiempo de duración de la enfermedad y a su extensión.

En la CU el riesgo es mayor en pacientes con pancolitis y con lesiones activas continuamente ^{(2) (11)}. En la EC el riesgo aumenta cuando hay afectación colónica, manteniéndose cuando hay afectación del intestino delgado respecto a la población general. También aumenta el riesgo el realizarse una derivación intestinal ^{(13) (11)}.

Además de la extensión y el tiempo de duración de la enfermedad, otros factores que asociados aumentan más la posibilidad de desarrollar este tipo de cáncer son: ^{(2) (17) (11)}

- Comienzo de desarrollo de la enfermedad a una edad temprana.
- Presencia de estenosis: cuando no es posible descartar una neoplasia en una estenosis se debe considerar que es maligna, lo que es indicación para cirugía.

Las características que suelen indicar que una estenosis es neoplásica son:

- ~ Aparición tardía en la evolución de la enfermedad (el 60% de las estenosis que aparecen después de los 20 años son malignas, frente al 0% de las que aparecen en los primeros 10 años).
 - ~ Localización en una zona proximal a la flexura esplénica.
 - ~ Obstrucción del intestino delgado debido a la estenosis.
- Aparición de constricciones colónicas, pseudopólipos...
 - Asociación de la CU a colangitis esclerosante primaria.
 - Antecedentes familiares de cáncer de colon.

El riesgo de cáncer también depende del grado de displasia. Es menor en la displasia de grado bajo (10%) y aumenta hasta 3-4 veces en la de grado alto. Cuando se asocia una displasia cólica a una lesión o masa (DALM) es casi del 50%. Debido a esto, en displasias de grado alto o DALM se recomienda realizar una proctocolectomía ⁽¹¹⁾.

Para la prevención de este cáncer, los métodos utilizados se basan en la detección precoz. Esto, como en el resto de la población, es posible mediante la realización de colonoscopias con biopsias de diferentes partes del colon cada determinado tiempo.

En el caso de los enfermos de EII hay controversia respecto a cuándo se deben comenzar a realizar los controles. Se recomienda la realización de colonoscopias cada 1-2 años después de 8 años de evolución en pacientes con pancolitis y tras 12-15 años en colitis izquierda ⁽¹⁰⁾ ⁽²⁾. Estas endoscopias según las recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología no deben realizarse durante los periodos de exacerbación de la enfermedad debido a su escaso valor para detectar displasia ⁽¹⁷⁾.

4.1.5 Enfermedad inflamatoria intestinal y embarazo:

La EII, como hemos dicho antes, es una enfermedad crónica cuyo pico máximo de incidencia está entre los 20 y los 35 años. Debido a esto, muchas mujeres durante el transcurso de su enfermedad desean quedarse embarazadas.

La EII se cree que en sí no afecta a la posibilidad de concepción, aunque sí que la EC activa pueda influir en la fertilidad con un aumento de alteraciones fetales. Además, en los casos que aparecen complicaciones como fístulas o abscesos perianales va a estar indicada la cesárea ⁽⁹⁾.

En la CU, se ha demostrado que la coexistencia en el momento de la concepción de un brote de la enfermedad aumenta el riesgo de aborto y disminuye la respuesta al tratamiento médico ⁽¹⁷⁾.

Aunque no hay contraindicaciones para el embarazo, es importante que este se produzca durante una fase de remisión de la enfermedad; recomendándose que las pacientes se encuentren 6 meses en remisión antes de quedarse embarazadas ⁽²⁾. Además debe llevarse un control estricto del embarazo, especialmente en el último trimestre, ya que aumenta el riesgo de partos prematuros, fetos de bajo peso y cesáreas ⁽⁹⁾.

En cuanto a los fármacos que pueden ser utilizados durante el embarazo, se sabe que la sulfasalazina y la mesalazina pueden ser usados de forma segura. Es importante que en las mujeres gestantes con tratamiento con sulfasalazina se administre 2mg/día de ácido fólico ya que interfiere en su absorción. El metronidazol y el ciprofloxacino están contraindicados durante el embarazo y la lactancia ⁽¹⁷⁾.

4.2 AFECCIÓN PSICOSOCIAL EN LA EII:

El diagnóstico de una EII supone para el paciente el diagnóstico de una enfermedad crónica, que va a padecer durante el resto de su vida. La enfermedad crónica se puede definir como “un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo”⁽¹⁸⁾.

La modificación del modo de vida que se va a producir es lo que genera más ansiedad y estrés. Esto se debe a las propias características de la enfermedad crónica que son:⁽¹⁸⁾

- Se trata de una enfermedad permanente e irreversible.
- Es multicausal y no contagiosa.
- Requiere de una educación al paciente y familia específica, de manera que se asegure el cuidado del enfermo.
- Precisa de un largo tiempo de cuidados y tratamientos para lograr el control de la enfermedad y de sus síntomas.
- Suele producir un sentimiento de pérdida en el paciente, ya sea en el área personal (por una pérdida del estado de salud anterior a la enfermedad), en el área familiar (se producen cambios en el rol que cada uno de los miembros debe asumir, en caso de hospitalización puede producirse una separación del ambiente familiar...) o en el área social (se pierde gran parte de las relaciones sociales, y puede ser necesario modificar los hobbies y la utilización del tiempo libre).

Es importante tener en cuenta que la reacción emocional de una persona ante un estímulo estresante, dependerá de los síntomas físicos y de otras cuestiones como la valoración que ella misma haga de la enfermedad, las consecuencias que prevea, los cambios que genere en su estilo de vida y las estrategias de afrontamiento que utilice para hacerla frente⁽¹³⁾.

El estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, en la que el sujeto evalúa al entorno como amenazante o desbordante poniendo en peligro su bienestar. El estrés sería esta falta de equilibrio entre nuestras capacidades adaptativas y la nueva situación (13).

El diagnóstico de una enfermedad como la CU o la EC puede generar en el paciente afecciones psicológicas importantes. Debemos tener en cuenta que se trata de una

enfermedad que tiene una incidencia máxima entre los 20 y los 35 años, lo que hace que se produzcan grandes cambios en las relaciones sociales (tanto en el ámbito laboral, en el familiar, como también en el funcionamiento sexual), en el estado emocional y en el bienestar personal general ⁽⁶⁾.

Las repercusiones en el bienestar físico, psicológico y social del enfermo son importantes y hacen que pueda llegar a ser muy incapacitante, provocando una gran disminución en el nivel de vida de la persona (6). Alrededor de un 30% de los pacientes con EII sufren alteraciones emocionales entre las que destacan la labilidad emocional, la ansiedad y la depresión; siendo mayor en los periodos de recidivas de la enfermedad ⁽⁵⁾.

Algunos estudios han comprobado la estrecha relación existente entre el sistema nervioso central y la actividad intestinal. En la EII, la propia enfermedad es causante de estrés en el paciente, y el estrés produce un aumento de la actividad intestinal. Hay evidencias de que la sintomatología ansiosa y el estado de ánimo depresivo son dos de los factores de riesgo más importantes para el aumento del número de recaídas ⁽⁶⁾.

5. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

Dentro de las competencias de la enfermería en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas según la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad Asistencial (ANECA) se encuentra “trabajar con estas personas de una forma holística, reconociendo e interpretando signos cambiantes de su salud (periodos de remisión y exacerbación), facilitando el contacto con otros especialistas. Así como dar respuesta a las necesidades de los afectados por este tipo de patologías, identificando estados de depresión, miedo, ansiedad, incertidumbre... y proporcionándoles apoyo y cuidados emocionales que les permitan expresar sus preocupaciones e intereses; promoviendo así el bienestar del paciente” ⁽¹⁹⁾.

Algunos hospitales, como el de Vall d’Hebron en Barcelona, han desarrollado una “Unidad de Atención Crohn-Colitis” (UACC) para complementar la atención sanitaria tradicional, de manera que estos pacientes vean mejorada la atención que necesitan en lo referente a su salud. La UACC se encarga de dar información, educación y promoción de la salud a pacientes con EII, aumentando su calidad de vida y nivel de salud. Este modelo de atención multidisciplinar (participan médicos, enfermeros y educadores

sociales) permite atender las necesidades psicosociales del paciente, que normalmente quedan en un segundo plano en la atención tradicional, aún siendo un aspecto muy importante al tratarse de un trastorno crónico ⁽²⁰⁾.

Para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con EII encontramos un instrumento específico, el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (Anexo I). Este cuestionario mide la función global, los síntomas sistémicos e intestinales, la alteración funcional y social y la función emocional. Los pacientes con EII presentan una alteración en todas las categorías en comparación con la población general ⁽²⁾.

Basándose en este cuestionario, algunos estudios han demostrado que las principales preocupaciones que muestran los pacientes en la CU y en la EC son similares, y entre ellas se encuentran la incertidumbre acerca de la naturaleza de la enfermedad, los efectos de los tratamientos, la alteración en el nivel de energía, la posibilidad de necesitar cirugía, el hecho de tener que llevar una bolsa de ostomía y el riesgo de desarrollo de cáncer ⁽²⁾.

Teniendo en cuenta esto, las intervenciones de enfermería propuestas irán encaminadas a atender las necesidades psicosociales del paciente respecto a estas preocupaciones, intentando así disminuir su nivel de ansiedad y estrés y mejorando su calidad de vida.

5.1 Intervenciones de enfermería en el momento del diagnóstico de una EII:

La EII se trata de una enfermedad crónica cuyo pico máximo de diagnóstico se sitúa entre los 20 y 35 años. Además, se trata de una enfermedad cuya causa no es claramente conocida, se sabe que intervienen factores hereditarios y factores ambientales, pero no se conoce con certeza el mecanismo de acción de la enfermedad.

En una enfermedad crónica como esta los síntomas se prolongan a largo plazo, lo que hace que la persona se vea perjudicada para seguir con sus actividades y rutinas diarias, el tratamiento suele tener una eficacia limitada y muchos de sus efectos secundarios contribuyen a aumentar el malestar físico y psicológico, afectando además de a la propia persona a sus familiares y su entorno más cercano ⁽¹⁹⁾.

Todo esto hace que el diagnóstico de una EII suponga una gran preocupación para el paciente debido al desconocimiento de su propia patología. Su autoestima también

puede verse disminuida debido al deterioro de la autoimagen que sufren y al hecho de verse como una carga para sus familiares y personas de apoyo más cercanos ⁽¹⁹⁾.

En una encuesta realizada a enfermos de EII sobre la satisfacción acerca de la atención recibida, aunque en general es buena muchos refieren falta de información acerca de la enfermedad, considerando muy importante que la atención al entorno familiar es también necesaria para el logro del control de la enfermedad. Además, los pacientes que están bien informados demuestran una mayor adaptación emocional a la enfermedad ⁽²¹⁾.

Las intervenciones de enfermería en el momento en el que se diagnostica una EII, irán dirigidas a aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus síntomas, tratamientos... para que el paciente pueda realizar un mejor afrontamiento de esta en los diferentes ámbitos de su vida, y sepa cómo utilizar los diferentes recursos sanitarios que tiene a su alcance; así como a aumentar su autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ^{(18) (22) (23) (24)}

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, su curso, pronóstico, tratamientos... así como de los cambios que puede experimentar en las diferentes fases, de manera que pueda conocerlo con anticipación. La información debe darse de forma clara, asegurándonos después que el paciente la ha comprendido y resolviendo posibles dudas.
- Mostrar apoyo emocional al paciente mediante una actitud de escucha activa, fomentando la expresión de sus sentimientos (ansiedad, tristeza...) y proporcionando ayuda en la toma de decisiones.
- Orientar al paciente y a la familia en los cuidados que precisa, favoreciendo el aprendizaje y la independencia para el autocuidado, y fomentando la participación de estos en la toma de decisiones.
- Incluir a la familia o personas más cercanas para el paciente en los cuidados, ya que la obtención de apoyo social es un aspecto fundamental para el mantenimiento de la integridad física y psicológica del paciente, ayudando al afrontamiento de la enfermedad.
- Fomentar la confianza en el equipo asistencial, mostrándonos disponibles y explicándole los diferentes recursos sanitarios con los que cuentan y cómo acceder a ellos.

- Ayudar a identificar las estrategias de afrontamiento inadecuadas que tenga el paciente, y buscar formas alternativas más eficaces y positivas.
- Fomentar la autoestima del paciente, ayudándole y animándole a reconocer aptitudes y actitudes positivas que posee, reafirmando las que él encuentre, mostrando confianza en su capacidad para controlar la situación y fomentando su autonomía.
- Asegurar el establecimiento y mantenimiento de una relación terapéutica que ayude a la persona y a su familia en el proceso de adaptación a la enfermedad.

5.2 Intervenciones de enfermería relacionadas con los efectos de los fármacos:

La EII implica un tratamiento crónico, con fármacos que generan una gran cantidad de efectos secundarios. Entre los fármacos usados, como se ha dicho antes, se encuentra los aminosalicilatos, corticoesteroides, antibióticos, inmunosupresores, fármacos biológicos... Por los efectos secundarios que provocan destacan los corticoesteroides, los inmunosupresores y las terapias biológicas.

Los corticoesteroides tienen una gran cantidad de efectos secundarios cuando son utilizados a dosis elevadas y/o durante un tiempo prolongado. Entre los efectos secundarios de los corticoesteroides encontramos el síndrome de Cushing (curso con síntomas como hipertensión, hipopotasemia, acné, hirsutismo, virilización, alteraciones menstruales, disfunción eréctil, “cara de luna llena”...), debilidad generalizada, cataratas, exoftalmos, osteoporosis, aumento del riesgo de infecciones...⁽¹⁴⁾

Los fármacos inmunosupresores utilizados para el tratamiento de la EII se caracterizan por producir efectos secundarios a nivel del sistema gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento), nefrotoxicidad, hepatotoxicidad y mielosupresión, lo que se traduce en un mal estado general y en un aumento del riesgo de infecciones⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾.

Las terapias biológicas usadas en la EII (Infliximab y Adalimumab), pueden producir efectos secundarios como hipotensión, HTA, hipercolesterolemia, cefalea, náuseas, mareos, astenia, infecciones... Lo que produce en el paciente cansancio, debilidad y malestar generalizado.⁽¹⁴⁾

Se debe tener en cuenta que gran parte de estos efectos producen una alteración de la imagen corporal del paciente y alteraciones a nivel de la sexualidad (alteraciones

menstruales, disfunción eréctil...) lo que va a ser una gran fuente de estrés para el paciente, sobre todo teniendo en cuenta que muchos de ellos son adolescentes y adultos jóvenes y que van a verse afectadas sus relaciones interpersonales ⁽⁶⁾.

El cansancio y la debilidad generalizada es otro de los efectos más comunes de algunos de los fármacos con lo que estos pacientes son tratados, lo que también va a producir una gran incapacidad en la vida diaria del paciente ya que se ve limitado a la hora de realizar actividades. Esta limitación a la hora de realizar actividades, puede hacer que sea necesario que el paciente cambie la forma de ocupar su ocio y tiempo libre ⁽⁶⁾.

Es por esto, que las intervenciones de enfermería en este aspecto irán dirigidas a prevenir o mejorar en la medida de lo posible los efectos no deseados causados por los fármacos: fomentar la autoestima de los pacientes con una alteración de la imagen corporal, fomentar el apoyo social, manejar la alteración en el nivel de energía (cansancio, debilidad...) y aumentar la seguridad respecto al riesgo de infecciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ⁽¹⁴⁾ ⁽²⁴⁾

- Explicar al paciente cuáles son los efectos secundarios que pueden producirse a consecuencia de la medicación, de manera que su aparición no genere ansiedad por el desconocimiento.
- Recomendar medidas higiénico-dietéticas para disminuir algunos de los efectos secundarios: dejar de fumar, bajar de peso, evitar el consumo de alcohol, realizar ejercicio físico, tomar suplementos de calcio para prevenir la osteoporosis...
- Enseñar al paciente normas de seguridad para evitar la transmisión de infecciones como la importancia del lavado de manos, no acercarse a personas que padezcan enfermedades infectocontagiosas, evitar lugares llenos de gente... Así como enseñarle a detectar los síntomas de alarma que indican infección para que acuda al médico y poder establecer un tratamiento precoz. También se debe enseñar a la familia medidas básicas para evitar el contagio de enfermedades.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada para prevenir infecciones y aumentar el nivel de energía, teniendo en cuenta los alimentos que le generan intolerancia y aumentan los síntomas de la enfermedad.
- Explicar la importancia de un descanso adecuado, favoreciendo un ambiente relajado y una buena higiene del sueño (dormir por la noche, 8 horas al día...).

- Ayudar al paciente a manejar sus niveles de energía para que pueda realizar el mayor número de actividades que realizaba antes, priorizando las que considere más importantes y enseñándole técnicas de organización con descansos entre actividades para disminuir la fatiga y el cansancio.
- Aumentar su autoestima potenciando su imagen corporal y fomentando que exprese sus sentimientos respecto a los cambios que se han producido.
- Favorecer el apoyo por parte de su entorno más cercano respecto a los cambios.
- Identificar si los cambios corporales producidos han influido en sus actividades y relaciones sociales habituales.
- Mostrar una actitud de apoyo y escucha hacia sus miedos y preocupaciones.

5.3 Intervenciones de enfermería en la hospitalización y la intervención quirúrgica:

La hospitalización es un acontecimiento por el que prácticamente todos los enfermos de EII pasan en más de una ocasión a lo largo de su evolución, ya sea por una reagudización de la enfermedad hasta que se vuelve a conseguir la remisión del brote, porque la EII no responda al tratamiento y sea necesaria una intervención quirúrgica, porque se produzca alguna complicación... Hay que tener en cuenta que en las ocasiones en las que el ingreso se realiza por una complicación o porque va a ser necesaria una intervención quirúrgica el estrés tanto del paciente como de la familia es mayor debido al estado de incertidumbre y de gravedad que esto genera ⁽¹⁸⁾.

La hospitalización supone para el paciente un desafío para su capacidad de adaptación ya que implica muchos cambios tanto a nivel personal como a nivel familiar, comenzando por el entorno desconocido que es el hospital.

La respuesta a la hospitalización varía en cada persona ya que depende de muchos factores de muy diferente tipo: ⁽¹⁸⁾

- Factores personales: dependiendo de la edad, sexo, personalidad del paciente, experiencias personales anteriores, actitud de la persona frente a su enfermedad... la respuesta del paciente a la hospitalización será una u otra.
- Factores socioculturales: el medio y la sociedad en la que se encuentra el paciente influye en cómo este va a adaptarse, la visión que la sociedad tenga de la enfermedad, la respuesta de la familia a la hospitalización...

- Factores relaciones con la organización hospitalaria: cómo se organiza el centro, la actitud del equipo de salud, la confianza y la relación del paciente y familia con el equipo de salud... influirán en el modo de afrontar la situación en la que se encuentra el paciente.
- Factores relacionados con la enfermedad: se incluyen factores como la cronicidad que en este caso muestra la enfermedad, el presentarse en brotes, el tratamiento al que debe someterse el paciente, las posibles complicaciones...

En la forma de afrontar la hospitalización del paciente, también depende cómo la familia acepte la situación. Esta actitud puede variar desde la ignorancia de la familia hacia la enfermedad y el estado del enfermo, hasta la sobreprotección de este ⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, la cirugía va a ser siempre un factor generador de estrés en cualquier tipo de paciente. La intervención quirúrgica en la EII siempre se trata de una intervención involuntaria que el paciente debe adoptar por cuestiones de salud, y que en la mayoría de los casos es paliativa ya que no supone la cura de la enfermedad. Se debe tener en cuenta que el nivel de gravedad de la enfermedad EII cuando un paciente es intervenido es bastante alto ya que supone o una complicación urgente (perforaciones, megacolon tóxico...) o que el tratamiento médico no funciona. En ambos casos, las expectativas del paciente no son muy buenas y el nivel de ansiedad es elevado ⁽¹⁸⁾.

Las intervenciones de enfermería irán encaminadas a la disminución de la ansiedad causada por la agudización de su enfermedad, la hospitalización y la cirugía.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ⁽¹⁸⁾ ⁽²⁴⁾

- Explicar todos los procedimientos que se realizan y las posibles sensaciones que el paciente puede experimentar.
- En caso de que sea preciso una intervención quirúrgica, se deben explicar las posibles complicaciones, aclarando las dudas que puedan surgirle.
- Asegurarnos de que el paciente conozca a las personas encargadas de sus cuidados así como la organización hospitalaria, presentándonos con nuestro nombre y mostrándonos cercanos a él.
- Fomentar la participación del paciente en todos los cuidados en los que sea posible, favoreciendo así su autonomía.

- Crear un ambiente de confianza, donde el paciente sea capaz de expresar sus miedos e inquietudes, mostrándonos disponibles siempre que lo necesite.
- Mostrarnos seguros a la hora de realizar los diferentes procedimientos.
- Usar medicación para la reducción de la ansiedad si es necesario.
- Favorecer el apoyo familiar al paciente, explicándoles las posibles reacciones que puede tener el paciente debido a la hospitalización y los posibles cambios que puede sufrir el núcleo familiar.
- Favorecer un ambiente tranquilo, evitando estímulos estresantes.

5.4 Intervenciones de enfermería en el paciente ostomizado:

Los pacientes con EII en ocasiones es necesario que sean portadores de una ostomía, ya sea de forma temporal o definitiva, como consecuencia de su enfermedad.

Una ostomía es una apertura de una víscera hueca al exterior, normalmente hacia la pared abdominal. Las ostomías que se realizan a los pacientes con EII pueden ser ileostomías (cuando es el íleon el que se exterioriza) o colostomías (el colon es el órgano que se exterioriza) ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾.

La realización de una ostomía supone una serie de trastornos que le afectan psicológicamente. Se ha comprobado que los pacientes portadores de una ostomía presentan con frecuencia problemas emocionales como ansiedad y depresión. Esto se debe al cambio en la imagen corporal, al miedo a fugas y a olores desagradables, la pérdida de autoestima... Es frecuente que el paciente vea alterada su vida social, laboral y sexual, lo que es especialmente importante si tenemos en cuenta que la EII se desarrolla en individuos jóvenes ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾.

La afectación del individuo dependerá de diferentes aspectos entre los que se encuentran entre otros el lugar donde se encuentre la ostomía y que esta sea definitiva o temporal.

En el primer caso, dependiendo de la porción del intestino que se exteriorice las consecuencias para el paciente serán mayores o menores, tanto a nivel del estado nutricional como a nivel psicológico. En el caso de las ileostomías, las heces son muy líquidas y contienen enzimas que dañan la piel circundante al estoma. Además, el estado nutricional del paciente se ve afectado ya que hay algunos nutrientes que no llegan a absorberse, al igual que el agua ⁽²⁵⁾. Por otra parte, en las colostomías, el estado de las

heces dependerá de la altura en la que se realice el estoma, cuando este se realiza en el colon proximal las heces serán líquidas ya que no da tiempo a que el agua sea absorbida, mientras que en las colostomías de colon izquierdo las heces son sólidas, lo que hace que el drenaje de estas pueda llegar a controlarse mediante irrigaciones ⁽²⁶⁾.

En lo que refiere al hecho de que la ostomía sea temporal o definitiva, se ha comprobado que las ostomías temporales son mejor toleradas que las definitivas ⁽²⁹⁾.

Las intervenciones de enfermería en estos pacientes irán encaminadas al manejo de la ostomía, el manejo de la energía, el mantenimiento de un nivel nutricional adecuado y al aumento de su autoestima sobre todo en lo que refiere a su imagen corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ⁽²⁹⁾ ⁽²⁴⁾

- Informar al paciente portador de ostomía sobre lo que es, el lugar del abdomen donde va a estar el orificio, las posibles complicaciones de la operación...
- Favorecer la expresión de inquietudes, inseguridades, miedos... que le genere el hecho de llevar una ostomía.
- Enseñar a manejar la bolsa de ostomía, de manera que el paciente sea independiente si es posible en el cambio de bolsa y cuidado de la zona del estoma.
- Asesorar al paciente en el mantenimiento de un nivel nutricional adecuado, explicándole los alimentos que pueden generarle efectos indeseados (aumento del volumen de heces, olores más fuertes, gases), y en caso de que haya déficit de algún nutriente recomendar la toma de suplementos si es necesario.
- Potenciar su imagen corporal de manera que el paciente acepte el estoma como una parte más de su cuerpo y no lo rechace, fomentando la expresión de inseguridades y cuestiones que le puedan surgir.
- En el caso de que el paciente tenga pareja, incluir a esta en las sesiones de manera que también acepte la ostomía. Así aumentará la autoconfianza del paciente y se verán mejoradas las relaciones sexuales, aspecto donde los pacientes refieren tener siempre muchas complicaciones.
- Explicarle que las actividades y las relaciones sociales que antes tenía no tienen porqué verse afectadas, las únicas actividades que no se recomiendan son los deportes de contacto ya que pueden dañar el estoma.

5.5 Intervenciones de enfermería y riesgo de desarrollo de cáncer:

El riesgo aumentado de desarrollo de cáncer colorrectal es una de las preocupaciones más frecuentes en pacientes con EII. En nuestro país, es el tumor maligno más frecuente cuando consideramos ambos sexos. Debemos tener en cuenta que se puede prevenir y que es curable en la mayoría de los casos siempre que se detecte a tiempo ⁽³⁰⁾.

En el desarrollo de este cáncer se ha demostrado la influencia de factores ambientales modificables que influyen en su aparición (factores como la dieta, el tabaco, el consumo de alcohol, la actividad física...) ⁽³¹⁾.

La detección precoz es el principal método para aumentar la supervivencia, el cribado de cáncer colorrectal puede disminuir la incidencia y la mortalidad hasta en el 90% de los casos. Los pacientes con EII son considerados de alto riesgo, por lo que la técnica que debe utilizarse para realizar el diagnóstico precoz es la colonoscopia ⁽¹⁰⁾.

Debido a esto, las intervenciones en este ámbito irán destinadas a fomentar unos hábitos de vida saludables para la prevención de este cáncer, a dar información acerca de los métodos de detección precoz, y a disminuir la ansiedad del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: ^{(11) (24) (31)}

- Explicar al paciente que se trata de una posible complicación, que el cáncer colorrectal no se desarrolla en todos los pacientes con EII y que hay muchos otros factores que influyen en este desarrollo, entre los que destaca el tener familiares que hayan desarrollado este tipo de cáncer.
- Enseñar sobre hábitos higiénico-dietéticos saludables para prevenir la aparición de esta enfermedad como son el abandono del tabaco y del alcohol, mantener un peso adecuado, el aumento del consumo de frutas y verduras, el aumento de la ingesta diaria de fibra y la realización de actividad física.
- Explicar los métodos de detección precoz que se realizan en este tipo de pacientes. Se recomienda la realización de colonoscopias cada 1-2 años tras 8 años de evolución en caso de pancolitis o de 12-15 en colitis izquierda ⁽¹⁰⁾.
- Disminuir la ansiedad del paciente favoreciendo la expresión de sus dudas acerca de este tema y mostrándonos disponibles para responderlas.

6. CONCLUSIONES:

- El aumento de la incidencia y la aparición en edades cada vez más tempranas hace que la EII tenga un gran interés a nivel sanitario, económico y social, ya que son pacientes que necesitan muchos recursos sanitarios (tratamientos de alto coste, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas...), y que van a tener una gran afectación en su calidad de vida, tanto a nivel social, escolar como laboral.
- La EII debido a su carácter crónico, a la incertidumbre acerca de su causa, a la inexistencia de un tratamiento curativo y a todos los efectos secundarios asociados a los fármacos utilizados para su tratamiento, va a generar en el paciente una gran afectación psicológica.
- Es necesaria una mayor atención a los aspectos psicológicos del paciente. La atención sanitaria actual sigue teniendo una visión medicalizada, y en muchas ocasiones no da la importancia necesaria a la afección psicológica que para el paciente puede suponer el padecimiento de una enfermedad como esta.
- Un modelo de atención multidisciplinar que atienda a las necesidades psicosociales del paciente mejora la calidad de vida y el nivel de salud de las personas con EII. Las unidades especiales (como la UACC) se han demostrado eficaces para atender las necesidades psicosociales de los pacientes con EII, mejorando así su calidad de vida.
- Los pacientes que son adecuadamente informados sobre su patología, tienen una mejor adaptación psicológica a la enfermedad.
- La falta de información acerca de la enfermedad, los efectos secundarios de los fármacos, las posibles intervenciones quirúrgicas, el hecho de poder ser portadores de una ostomía y el mayor riesgo de desarrollar cáncer son algunas de las principales preocupaciones de los pacientes con EII.
- Las intervenciones de enfermería para el abordaje psicológico de estos pacientes irán encaminadas a proporcionar información sobre los diferentes aspectos que les preocupan, aumentar la autoestima de aquellos con alteraciones de la imagen corporal, fomentar el apoyo social que reciben y disminuir su ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Saro Gismera S. ¿Por qué está aumentando la incidencia de la EIIC? Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día [Internet]. 2010 [consulta el 25 de Marzo de 2015]; 9(3): p. 139-149. Disponible en: <http://www.eiialdia.com/2011/01/vol-9-num-3-revisiones-por-que-esta-aumentando-la-incidencia-de-la-eici/>
2. Longo DL, Fauci AS. Harrison. Gastroenterología y hepatología.: Mc Graw Hill; 2013.
3. ACCU España [Internet]. Barcelona: ACCU España; 2014 [consulta el 7 Marzo de 2015] Disponible en: <http://www.accuesp.com/mm/file/Actividades/D%C3%ADa%20Mundial%20EII/Nota%20de%20Prensa%20EII%202014.pdf>
4. Medina Benítez E, Fuentes Lugo D, Suárez Cortina L, Prieto Bozano G. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP [Internet]. [consulta el 7 de Marzo de 2015]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/eii.pdf>
5. Garrido Vázquez M. Estado actual del diagnóstico y tratamiento farmacológico de la Enfermedad Inflamatoria intestinal: Revisión de la literatura [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. 2014 [consulta el 5 de Marzo de 2015] Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14477/1/421015.pdf>
6. Camacho Martel L. Factores psicosociales en la enfermedad inflamatoria intestinal: estado actual. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día [Internet]. 2009 [consulta el 7 de Marzo de 2015]; 8(2) 103-111. Disponible en: http://www.eiialdia.com/VolumenesPDF/EII%20vol%208%202009/Vol8_num2.pdf#page=36
7. Rozman F. CF. Enfermedades del aparato digestivo. Gastroenterología y hepatología. Medicina Interna. XVII ed. Elsevier. Barcelona: España; 2014
8. Nieto Villalba B. Plan de Cuidados: Enfermedad de Crohn. Revista Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet]. 2014 [consulta el 3 marzo de 2015]; 6(3) 203-234. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1711/1727>
9. Montoro MA, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S. Principios básicos de Gastroenterología para médicos de familia. 2nd ed.: Jarpyo Editores; 2002.

10. Talley NJ, Segal I, Weltman MD. Manual clínico de gastroenterología y hepatología. Barcelona: Elsevier; 2010.
11. M. Townsend C, Daniel Beauchamp R, L. Mattox K. Sabiston. Tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19th ed. Barcelona: Elsevier Saunders; 2013.
12. Suárez L, Agrimbau JD, Fuentes D. Enfermedad inflamatoria intestinal: situación actual de las alternativas terapéuticas. Colombia Médica [Internet]. 2007 [Consulta el 5 de Marzo de 2015]; 38(1) 34-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n1s1/v38n1s1a05.pdf>
13. de Dios Duarte MJ. Un estudio empírico sobre factores sociales y enfermedad de Crohn desde la perspectiva de la Psicología Social de la Salud [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2010 [consulta el 6 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11819/>
14. Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en Enfermería. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
15. Luis Ramón DA de, Bellido Guerrero D, García Luna PP. Soporte nutricional en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo. Madrid: Díaz de Santos; 2010. p. 431 - 442.
16. Kathleen Mahan L, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause Dietoterapia. 13ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2013.
17. Accarino Garaventa A, Alonso Pérez D, Álvarez Mea. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 2ª ed. Barcelona: Sorpama; 2006.
18. Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. Enfermería psicosocial y salud mental. 1ª ed. Barcelona: Masson, S.A.; 2004.
19. García Sanjuan S, Lillo Crespo M, Sanjuan Quiles Á, Richart Martínez M. Enfermedad de Crohn, cronicidad y rol enfermero: revisión integradora y estado de la cuestión. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería: Enfermería Global [Internet]. 2014 [consulta el 8 de Abril de 2015]; Octubre (36) 323-336. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.13.4.182221/165811>

20. Fontanet G, Casellas F, Malagelada JR. La Unidad de Atención Crohn-Colitis: 3 años de actividad. Gaceta sanitaria [Internet]. 2004 [consulta el 10 de Abril de 2015]; 18(6) 483-485. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000800011&script=sci_arttext&lng=en
21. Casellas F, Fontanet G, Borrueal N, Malagelada JR. Opinión de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sobre la atención sanitaria recibida. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2004 [consulta el 10 de Abril de 2015] 96(3) 174-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v96n3/es_original2.pdf
22. Gallego Barrero M, Pinó S, Ramírez A, Torrejón A, Dosal Calguera A, Marín Sánchez L, Sánchez Pastor E. Protocolo de acogida de enfermería al paciente en el momento del diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad inflamatoria intestinal al día [Internet]. 2012 [consulta el 9 de Marzo de 2015]; 11(1) 73-81. Disponible en: http://www.eiialdia.com/ArticulosPDF/Vol11-1/Enfermeria_11-1.pdf
23. Tobón S, Vinaccia S, Quiceno JM, Sandín B, Núñez Rojas AC. Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia) [Internet]. 2007 [consulta el 7 de Marzo de 2015]; 25(2) 83-97. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n2/v25n2a6>
24. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2009.
25. Sánchez Relinque D. Indicaciones y técnicas de las ileostomías. En García-Sosa Romero E, Rodríguez Ramos M, editores. Estomas digestivos. Técnicas, indicaciones y cuidados. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2011. p. 97-106.
26. Mata Martín JM. Indicaciones y tipos de colostomías. En García-Sosa Romero E, Rodríguez Ramos M, editores. Estomas digestivos. Técnicas, indicaciones y cuidados. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2011. p. 107-122.
27. Brito R J, Jiménez V K, Tolorza L G, Siqués L P, Rojas P EF, Barrios P L. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. Revista Chilena de Cirugía [Internet]. 2004 [consulta el 15 de Abril de 2015]; 56(1) 31-34. Disponible en: [http://betacir.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.\(07\).AV.pdf](http://betacir.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.(07).AV.pdf)

28. Charúa Guindic L, Benavides León CJ, Villanueva Herrero JA, Jiménez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado [Internet]. 2011 [consulta el 15 de Abril de 2015]; 79(2) 149-155. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112h.pdf>
29. Noda Sardiñas CL, Alfonso Alfonso Alfonso LE, Fonte Sosa M, Valentín Arbona FL, Reyes Martínez ML. Problemática actual del paciente con ostomía. Revista Cubana Medicina Militar [Internet]. 2001[consulta el 15 de Abril de 2015]; 30(4) 256-262. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572001000400008&script=sci_arttext
30. Morillas JD. Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España: un compromiso cívico con la sociedad. Gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2012 [consulta el 5 de Mayo de 2015]; 35(3) 109-128. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570512000209>
31. Rodrigo L, Restra S. Dieta y cáncer de colon. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2007 [consulta el 5 de Mayo de 2015]; 99(3) 183-189. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082007000400001&script=sci_arttext&lng=ptConsultado
32. Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revista Española de Enfermedades Digestivas [Internet]. 2007 [consulta el 22 de Abril de 2015]; 99(9) 511-519. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v99n9/original5.pdf>

ANEXO I: INFLAMMATORY BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE (IBDQ)⁽³²⁾

Anexo. Cuestionario IBDQ-32 traducido, adaptado y validado al español

MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CORRESPONDE MÁS EXACTAMENTE CON SU SITUACIÓN DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

1. ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas dos semanas?
 1. Más frecuentemente que nunca
 2. Extremada frecuencia
 3. Con mucha frecuencia
 4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
 5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
 6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
 7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación
2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para ir a estudiar o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?
 1. Ninguna energía
 2. Muy poca energía
 3. Poca energía
 4. Cierta energía
 5. Bastante energía
 6. Mucha energía
 7. Rebosante de energía
7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
11. ¿Con que frecuencia ha estado preocupado por temor a no encontrar un lavabo cerca durante las últimas dos semanas?
 1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Bastantes veces
 4. A veces
 5. Pocas veces
 6. Casi nunca
 7. Nunca
12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio o deportes que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semanas?
 1. Muchísima dificultad; imposible hacer actividades
 2. Mucha dificultad
 3. Bastante dificultad
 4. Algo de dificultad
 5. Un poco de dificultad
 6. Apenas ninguna dificultad
 7. Ninguna dificultad; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades de ocio ni deportivas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, lloroso o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado accidentalmente su ropa interior?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
28. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto su problema intestinal ha sido un problema para sus relaciones sexuales?
- 1. Un gran problema
 - 2. Un problema importante
 - 3. Bastante problemático
 - 4. Algo problemático
 - 5. Muy poco problemático
 - 6. Casi ningún problema
 - 7. Ningún problema
29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
31. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido incomprendido por los demás?
- 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Bastantes veces
 - 4. A veces
 - 5. Pocas veces
 - 6. Casi nunca
 - 7. Nunca
32. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?
- 1. Muy insatisfecho, infeliz
 - 2. Bastante insatisfecho, infeliz
 - 3. Algo insatisfecho, descontento
 - 4. Algo satisfecho, contento
 - 5. Bastante satisfecho, contento
 - 6. Muy satisfecho, feliz
 - 7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz
-