



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

***“SINTOMATOLOGÍA PREDOMINANTE DEL SÍNDROME DE INTESTINO
IRRITABLE EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA
EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HGZ MF NO.1”***

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
ARIADNNA LETICIA ANGELES HUERTA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. OLIVIA QUINTANAR ANGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**LIC. MÁXIMO VENTURA JESÚS
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**DRA. ELBA TORRES FLORES
MÉDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA
ASESOR CLÍNICO**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCON
MAESTRA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA
ASESOR UNIVERSITARIO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2011-2014**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M. C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE SALUD
DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICSa

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZALEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICO TITULAR Y ASESOR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN
ASESOR UNIVERSITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.
DELEGACIÓN IMSS, HIDALGO.

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No. 1, IMSS PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS

DRA. OLIVIA QUINTANAR ANGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRATICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

LIC. MÁXIMO VENTURA JESÚS
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. ELBA TORRES FLORES
MÉDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA
ASESOR CLÍNICO

DEDICATORIA:

A mis padres por todo el cariño y apoyo incondicional,
lo que diga o haga nunca será suficiente para agradecer
todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos que siempre
han están a mi lado.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por darme la familia que hoy tengo y llenarme de tantas dichas.

A mis padres por regalarme la vida, inculcarme el deseo de superación y apoyarme en todos mis proyectos.

A mis asesores la Dra. Elba Torres y Lic. Máximo Ventura que siempre me brindaron su apoyo y compartieron sus conocimientos para la realización de este proyecto.

II.-Identificación de los investigadores:

Asesor Metodológico:

Lic. Jesús Máximo Ventura.

Licenciado en Enfermería.

Estudiante de Maestría en Salud Pública en Bioestadística, por el Instituto Nacional de Salud Pública.

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Matricula: 99133663.

Dirección: Pról. Avenida Madero No 405, Col. Nueva Francisco I Madero.

Teléfono: (771) 7137833

e-mail: maxjev@hotmail.com

Asesor Clínico:

Dra. Elba Torres Flores.

Médico Especialista en Gastroenterología.

Maestra en Ciencias.

Adscrita al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1

Matrícula: 9726888

e-mail: elba.torres@gmail.com

Tesista:

Dra. Ariadna Leticia Angeles Huerta.

Médico Residente de Medicina Familiar de Tercer Año.

Matricula: 99136168

Dirección: Hidalgo No 8 A, Col. Centro, Tula de Allende.

Teléfono: (55) 59063588

e-mail: super_ary85@hotmail.com



INDICE

	Pág.
II. Resumen	4
III. Marco teórico	6
IV. Planteamiento del problema.....	20
V. Justificación	
21 VI. Objetivos	
23 VII. Hipótesis.....	
24 VIII. Metodología.....	
25	
8.1. Tipo de estudio.	
8.2. Diseño metodológico.	
8.3. Universo de trabajo.	
8.4. Tamaño de la muestra.	
8.5. Lugar donde se realizó el estudio.	
8.6. Criterios de selección.	
8.7. Instrumento para recolección de datos.	
8.8. Descripción general del estudio.	
8.9. Procesamiento de datos.	
8.10. Análisis estadístico.	
8.11. Categorización de las variables	
IX. Aspectos éticos y legales	30
X. Recursos humanos, físicos y financiamiento	31
XI. Resultados	32
XII. Discusión	44
XIII Conclusión	46
XIV Cronograma de actividades	47
XV. Referencias bibliográficas	48
XVI Anexos	52
16.1 Algoritmo diagnóstico de SII	
16.2 Algoritmo para descartar organicidad en pacientes con diagnóstico de SII	
16.3 Algoritmo para descartar organicidad en pacientes que no responden al tratamiento médico	
16.4 Anexo 1. Cuestionario diagnóstico	
16.5 Anexo 2. Consentimiento informado	

II.-Resumen:

Título: Sintomatología predominante del Síndrome de Intestino Irritable, en Pacientes Atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología, del HGZMF No1.

Antecedentes:

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) impacta considerablemente de forma negativa la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere con las actividades cotidianas, la dieta, el sueño, el trabajo, las distracciones y el funcionamiento sexual, desencadenando una preocupación constante en el estado de salud. La prevalencia mundial de SII se encuentra entre 10 y 20%; en México existen 3 trabajos: uno realizado con voluntarios universitarios en el Distrito Federal en el que, utilizando un cuestionario con los criterios de Roma II, se encontró una prevalencia de 35.5% (IC 95% 30.4-41.0). Otro estudio, que utilizó el mismo cuestionario, se realizó en población abierta del Estado de Tlaxcala y mostró una prevalencia de SII de 16.0% (IC 95% 12.9-19.5) y uno más en población abierta de la ciudad de Veracruz, la cual reportó una prevalencia de 16.7%.

Objetivo General: Identificar la Sintomatología predominante del Síndrome de Intestino Irritable, en Pacientes ya diagnosticados, atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Material y métodos: Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal, pues se midió solo una vez la variable síntomas predominantes del síndrome de intestino irritable.

Universo de trabajo: Pacientes con Diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

Tamaño de la muestra: Tipo probabilística conformada por 100 pacientes.

Análisis estadístico: Se obtuvieron medidas de tendencia central como media, mediana y moda, de igual manera los porcentajes y prevalencias.

Recursos: Humanos: Un médico Residente de Medicina Familiar, un Asesor metodológico, un Asesor clínico. **Materiales:** 300 Hojas de papel bond, 2 Lápices, consultorio de gastroenterología, Computadora, Impresora.

Financieros: Los recursos financieros fueron cubiertos por el investigador.

Infraestructura: Para el desarrollo de ésta investigación se contó con un hospital de segundo nivel donde se cuenta con un consultorio de gastroenterología donde se aplicó el cuestionario Drossman para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

Experiencia del grupo: En el proyecto participó un médico especialista en gastroenterología, con experiencia clínica e investigación, un asesor metodológico con experiencia en investigación, y un médico residente con interés en manejo de problemas gastrointestinales desde el enfoque de medicina familiar.

Lugar donde se desarrolló el estudio: Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo, siendo este un hospital de segundo nivel que proporciona atención médica de medicina familiar.

Tiempo en que se realizó el estudio: Durante 120 días posterior a la aprobación del comité local de Investigación.

Resultados: Del total de la muestra de 100 pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, la distribución de edad más frecuente fue entre los 40 a 44 años representando el 15% sobre el total de la muestra analizada, con mayor predominio el sexo femenino, significando el 72.00 %, el sexo masculino representó el 28.00 % con una razón de sexos de 2.57 mujeres por cada varón, Estreñimiento como síntoma predominante, se presento en el 42.00 % de los pacientes con una prevalencia del 42% (P=42), Diarrea como síntoma se representa en el 18.00 % de la muestra analizada, con una prevalencia del 18% (P=18), la sintomatología alternante se presentó en el 40% con una prevalencia del 40% (P=40).

Conclusiones: La presente investigación toma importancia ya que identifica la sintomatología predominante del SII en nuestra población, haciendo así mas fácil la identificación de la patología por el médico de primer nivel, diferenciándolo de una patología orgánica, evitando la sobrecarga de trabajo en las especialidades de medicina Interna, Cirugía general y Gastroenterología, al contar con los conocimientos y herramientas para el diagnóstico de esta patología que condiciona el 70% de motivo de consulta por patología digestiva para el médico familiar, evitando altos costos en la atención de este tipo de pacientes pero sin perjuicio del paciente con patología orgánica que ameritará de otro tipo de atención.

III.- Marco teórico:

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional crónico y recurrente caracterizado por dolor y distensión abdominal, y cambios en el patrón de evacuación. Es muy frecuente en la población general y constituye una de las primeras causas de consulta de medicina general y de gastroenterología. Aunque su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados, en general va de 10 a 20% de la población, con predominio del sexo femenino (relación mujer/hombre 2:1); se relaciona con disminución importante de la calidad de vida y altos costos de la atención médica ⁽¹⁾.

Prevalencia: La prevalencia en Estados Unidos, Europa y Asia varía del 10 al 20%. En China y Japón, el Síndrome de Intestino Irritable afecta entre el 14 y el 24% de las mujeres y del 15 al 19% de los hombres. En Latinoamérica, la prevalencia en Brasil, Colombia, México y Uruguay es de entre el 9 y el 18%.

En México los médicos familiares, internistas y cirujanos son quienes más atienden a estos pacientes con sintomatología aguda o crónica ^(2,3). Este síndrome, representa un alto impacto económico en costos directos (relacionados con el sistema de salud, diagnóstico, consultas médicas, tratamiento) e indirectos (ausentismo, disminución en la productividad laboral). En Estados Unidos de Norteamérica se han reportado costos directos de \$1,6 mil millones e indirectos de \$19,2 mil millones de dólares anuales, en Latinoamérica no existen estudios que evalúen el impacto económico del SII. Un estudio en México demostró que a pesar de los reconocidos criterios diagnósticos de Roma para SII y las recomendaciones sobre el uso limitado de pruebas diagnósticas, se solicitan numerosos estudios de laboratorio e imagen en dichos pacientes, pero se desconoce a ciencia cierta el impacto económico de éstos. ⁽⁴⁾ Este problema de salud, ocurre con más frecuencia en individuos que viven en ciudades industrializadas o en zonas urbanas, sobre todo en mujeres jóvenes, aunque también lo padecen uno de cada seis sujetos mayores de 65 años. Desde el punto de vista de su fisiopatología, actualmente se considera un trastorno de la motilidad y la sensibilidad intestinal, alteraciones que juegan un papel primordial en las manifestaciones clínicas ⁽⁵⁾. Este trastorno intestinal se refiere a síntomas atribuibles al tracto gastrointestinal medio y bajo: dolor abdominal, plenitud, meteorismo, distensión y trastornos de la defecación.

Ha recibido diferentes sinonimias: Síndrome de Intestino Irritable (SII); síndrome de colon irritable (SCI); distensión abdominal; constipación funcional; diarrea funcional; trastorno funcional intestinal no especificado. Dado que el SII es una patología funcional, sin su estrato anatomopatológico, con varias formas de presentación, su diagnóstico fue originalmente calificado como de exclusión, pero ello ha cambiado en forma radical ⁽⁶⁾. Las recomendaciones actuales para su diagnóstico y tratamiento tienen un nivel de evidencia científica en general bajo, dado que hay pocos estudios bien diseñados que puedan responder a las preguntas habituales que plantea la práctica clínica diaria. En este síndrome, las recomendaciones de expertos tienen un gran peso en la literatura científica, empezando por su definición, que es obtenida por métodos de consenso de

expertos. Sin embargo, el impacto de estas recomendaciones en la práctica diaria es probablemente menor ⁽⁷⁾.

En la actualidad, este problema parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad. No obstante, cada vez son más los indicios de fenómenos micro inflamatorio en el SII. Así, se ha descrito un aumento de los linfocitos intraepiteliales y de los mastocitos (y mastocitos activados) en el colon de los pacientes con SII. Se especula que esta micro inflamación podría ser el origen de la hipersensibilidad de las terminales nerviosas de la pared intestinal que contribuye a inducir o perpetuar los síntomas ⁽⁸⁾.

En la mayoría de los casos no hay una causa conocida que origine el SII. El SII puede producirse en cualquier persona, independientemente de que sea varón o mujer, de su edad, de su raza o su estatus social. No obstante, la gran mayoría de los estudios demuestran una mayor prevalencia entre las mujeres que en entre los varones, con independencia del criterio diagnóstico utilizado, como se refirió anteriormente ^(9,10).

Definición: El SII es una entidad conocida desde comienzos del siglo XIX y fue brevemente descrita hace más de 150 años; sin embargo, hasta antes de 1978 la mayoría de las publicaciones fueron descriptivas, retrospectivas y en gran parte anecdóticas. El SII, se encuentra dentro de los trastornos funcionales porque no se conoce que tenga una causa orgánica y parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad ⁽¹¹⁾. Este síndrome es conocido también como colon irritable, es un trastorno intestinal que se define por la presencia de dolor abdominal y cambios en el hábito defecatorio que aparecen sin alteraciones demostrables por ninguno de los métodos diagnósticos actuales. El dolor abdominal se caracteriza por mejorar al defecar mientras los cambios en el hábito defecatorio pueden consistir en diarrea, estreñimiento o en una forma de defecar irregular con días de diarrea y otros de estreñimiento. Estos síntomas pueden presentarse de forma continua o discontinua pero siempre tienen un curso prolongado ⁽¹²⁾. Además de ser considerado como una alteración funcional del intestino, es visto igualmente como una alteración biopsicosocial, dado que en él interactúan diferentes factores como son los cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos ⁽¹³⁾.

Signos, síntomas y criterios clínicos: El primer intento de definir los síntomas capaces de establecer un diagnóstico del SII fue el realizado en 1978 por Manning y colaboradores, en el que se establecieron seis síntomas como criterios diagnósticos del SII. En estudios posteriores se observó que, de estos seis criterios, los tres primeros tienen un mayor valor predictivo diagnóstico mientras que los tres últimos son de menor utilidad. Posteriormente, en 1989, y mediante un proceso de consenso entre expertos reunidos en la ciudad de Roma, se establecieron unos criterios diagnósticos más precisos, los llamados criterios de Roma, posteriormente modificados en 1992, para incluir una acotación temporal. En 1999, nuevamente por consenso, y en la misma ciudad se concretaron los criterios diagnósticos actualmente vigentes, los criterios de Roma III ⁽¹⁴⁾. Además

del diagnóstico del SII, en los criterios de Roma III también se definen los subtipos de SII mediante los siguientes síntomas:

1. Menos de 3 deposiciones por semana.
2. Más de 3 deposiciones por día.
3. Deposiciones duras o en bolas.
4. Deposiciones blandas o líquidas.
5. Esfuerzo excesivo durante la defecación.
6. Urgencia defecatoria.
7. Sensación de evacuación incompleta.
8. Presencia de moco durante las deposiciones.
9. Sensación de hinchazón o distensión abdominal.

Se considera como subtipo con predominio de diarrea cuando:

Existen uno o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y ninguno de 1, 3 o 5.

Están presente dos o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y uno de 1 o 5.

Se considera como subtipo con predominio de estreñimiento cuando:

Existen uno o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6.

Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y uno de 2, 4 o 6.

Se considera como subtipo alternante cuando no reúne ninguna de las combinaciones anteriores.

Síntomas de alarma: La anamnesis debe incluir preguntas dirigidas a la búsqueda intencionada de cualquier semiología sospechosa de una causa orgánica del problema. Estos síntomas de alarma incluyen la pérdida de peso no explicable por otra causa, la fiebre, anemia, historia familiar de cáncer colorrectal, historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, historia familiar de enfermedad celíaca y la presencia de sangre en las heces, inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años.

Se incluye algoritmo diagnóstico en anexos.

Diagnóstico: Para evitar confusiones diagnósticas y estandarizar los criterios diagnósticos, se han consensado unos criterios para definir el síndrome del intestino irritable, que incluyen: presentar durante al menos 12 semanas en el último año malestar o dolor abdominal que se alivie con la deposición, se asocie con cambios en el hábito deposicional y se acompañe de trastornos del tipo urgencia deposicional, sensación de evacuación incompleta, presencia de moco en las heces o sensación de hinchazón o meteorismo abdominales, que se conocen como criterios de Roma III ⁽¹⁶⁾. Estos criterios de igual manera, postulan que los síntomas deben tener una evolución de doce semanas, en el último año, aunque no en forma continua y que el diagnóstico es clínico porque no existen marcadores fisiológicos o anatómicos ⁽¹⁷⁾.

Se conoce que la solicitud de exámenes auxiliares no permite discernir entre diagnósticos de tipo orgánico y el SII. Varias de estas pruebas “diagnósticas”. Son

semejantes en los pacientes con SII, y en la población general, a excepción de las pruebas relacionadas con la enfermedad celiaca. Las rectosigmoidoscopías, las ecografías abdominales y los estudios con bario, tan frecuentemente solicitados, no aportan nada en el diagnóstico. El hallazgo de divertículos, tan frecuente en la práctica clínica, no invalida el diagnóstico (18).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del SII ⁽¹⁸⁾

Manning	Roma I	Roma I modificado (Drossman)	Roma II	Roma III
Más de 2 o 3 de: Dolor abdominal que mejora con la deposición. Deposiciones blandas en relación con el dolor. Mayor número de deposiciones en relación con el dolor. Presencia de moco en las deposiciones. Sensación de evacuación incompleta.	Síntomas continuos o recurrentes de: Dolor abdominal que mejora con la deposición o se asocia a un cambio en la frecuencia o un cambio en la consistencia de las heces; y/o 2 o más de las siguientes: Alteración en la consistencia de las heces. Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta) Moco en las heces. Habitualmente con: Hinchazón o sensación de distensión abdominal.	Síntomas continuos o recurrentes durante al menos 3 meses de: Dolor o malestar abdominal que mejora con la deposición o se asocia a un cambio en la frecuencia de las heces y alteraciones en la deposición al menos un 25% de las ocasiones y 3 o más de: Alteración de la frecuencia deposicional. Alteración en la consistencia de las heces. Alteraciones de la deposición (Esfuerzo, urgencia, evacuación incompleta). Moco en heces. Hinchazón o sensación de distensión abdominal.	Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses anteriores de malestar o dolor abdominal junto con 2 o más de: Mejoría con la deposición asociado a un cambio en la frecuencia de las deposiciones. Asociado a un cambio en la consistencia de las deposiciones.	Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses relacionado con 2 o más de los siguientes: Mejora con la defecación. Comienzo coincide con un cambio en la frecuencia de las deposiciones. Comienzo coincide con un cambio en la consistencia de las deposiciones.*

*La frecuencia de dolor debe ser al menos 2 días por semana durante el periodo de inclusión: los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas; haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Fuente: Guía de Práctica Clínica IMSS-042-08 Colon Irritable.

Manifestaciones clínicas:

Las manifestaciones clínicas digestivas del SII son principalmente: ⁽⁴²⁾

Dolor o malestar abdominal: El dolor o malestar abdominal es un síntoma exigido como criterio diagnóstico sin el cual no podemos hablar de SII, suele ser cólico, de localización variable y su intensidad suele modificarse con la defecación o las ventosidades.

Diarrea: Suele ser diurna, generalmente postprandial, semilíquida, o líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecatoria y puede también ser

precedida de dolor cólico abdominal. Este tipo de diarrea no se asocia a fiebre ni rectorragia, aunque puede haber mucorra.

Estreñimiento: Suele ser de heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre. Suele acompañarse de distensión abdominal.

Otros síntomas digestivos: La distensión abdominal puede ser muy llamativa en algunos enfermos. También es común que estos pacientes aquejen síntomas digestivos variados, como la pirosis, presente en hasta el 46.5% de los pacientes, o bien otros trastornos funcionales como la dispepsia funcional, que se puede observar hasta en el 47.6% de los pacientes con SII⁽⁴²⁾.

Tabla 2. Clasificación de Roma III de los trastornos funcionales digestivos:

Trastornos funcionales esofágicos:

- A1. Pirosis funcional.
- A2. Dolor tóxico funcional de posible origen esofágico.
- A3. Disfagia funcional.
- A4. Globo esofágico.

Trastornos funcionales gastroduodenales:

- B1. Dispepsia funcional.
 - B1a. Síndrome de malestar posprandial.
 - B1b. Síndrome de dolor epigástrico.
- B2. Trastorno con eructos
 - B2a. Aerofagia
 - B2b. Eructos excesivos de origen no específico.
- B3. Trastorno con náuseas y vómito.
 - B3a. Náuseas ideopáticas crónicas.
 - B3b. Vómitos funcionales.
 - B3c. Síndrome de vómitos cíclicos.
- B4. Síndrome de rumiación.

Trastornos funcionales intestinales:

- C1. Síndrome del intestino irritable.
- C2. Hinchazón funcional.
- C3. Estreñimiento funcional.
- C4. Diarrea funcional.
- C5. Trastornos intestinales no específicos.

Síndrome de dolor abdominal funcional.

Trastornos funcionales de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi:

- E1. Trastornos funcionales de la vesícula biliar.
- E2. Trastornos funcionales biliares del esfínter de Oddi.
- E3. Trastornos funcionales pancreáticos del esfínter de Oddi.

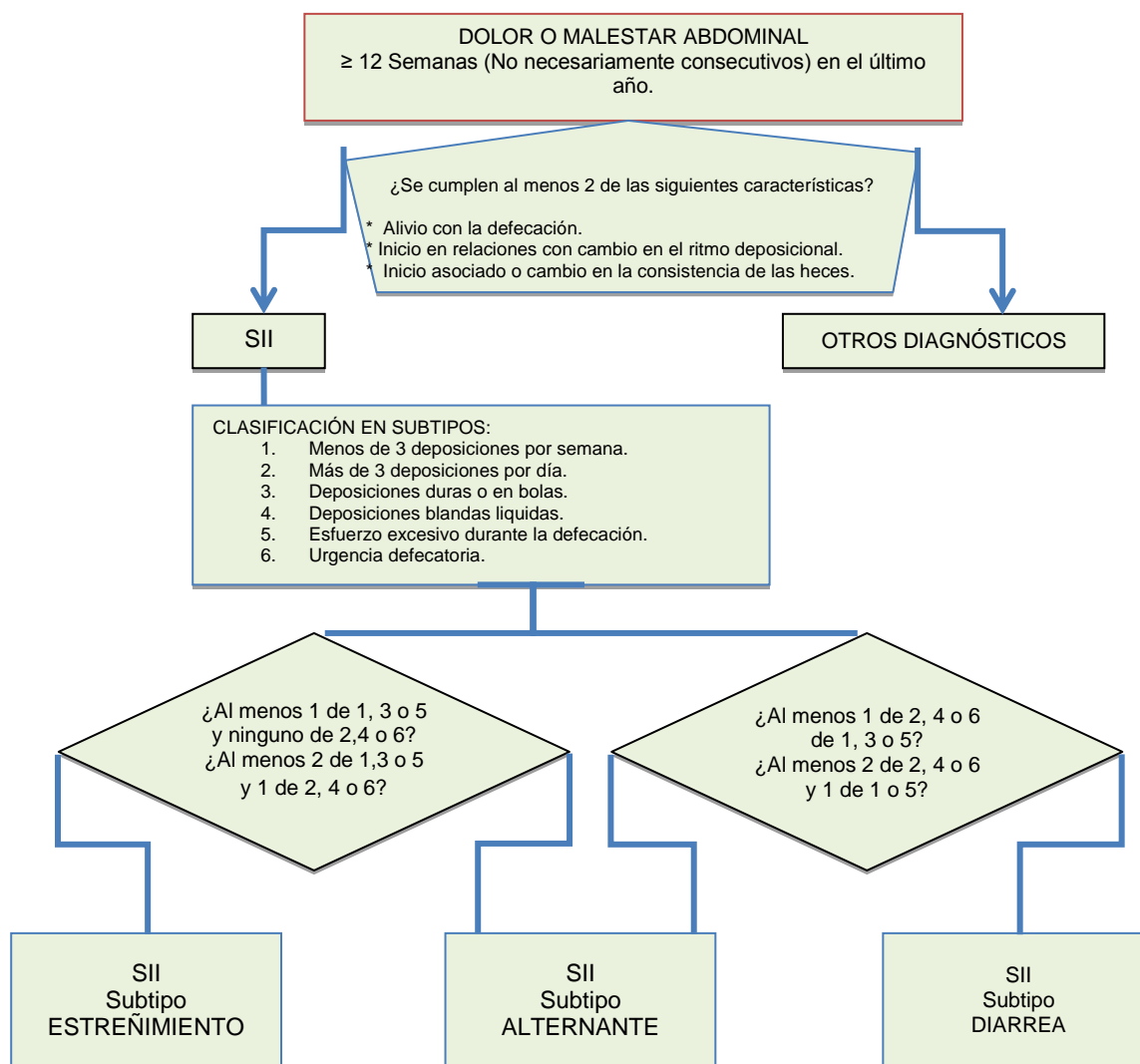
Trastornos funcionales anorrectales:

- F1. Incontinencia fecal funcional.
- F2. Dolor anorrectal funcional.
 - F2a. Proctalgia crónica.
 - F2a1. Síndrome del elevador del ano.
 - F2a2. Dolor anorrectal funcional no específico.
 - F2b. Proctalgia fugaz.
- F3. Trastornos funcionales de la defecación.
 - F3a. Defecación disinérgica.
 - F3b. Propulsión defecatoria inadecuada.

Fuente: Mearin F., Síndrome de intestino irritable: Nuevos criterios de Roma III. Revista Med Clin Barcelona 2007;128(9):335-343.⁽⁴⁵⁾

Algoritmos para su diagnóstico: El objetivo principal es la aplicación de los criterios diagnósticos vigentes, los de Roma III, para permitir establecer un diagnóstico clínico de SII. El síntoma guía fundamental, que es el dolor o malestar abdominal, debe estar presente un mínimo de 12 semanas en el último año, y no debe existir sospecha diagnóstica de organicidad por parte del médico que asiste al paciente. Si este es el caso, la relación del dolor o malestar abdominal con la defecación (al menos dos de las tres características enunciadas) permite establecer el diagnóstico de SII. Una vez establecido el diagnóstico de SII, la presencia de algunas de las características de la defecación que se enuncian posteriormente nos permitirá clasificar el subtipo de SII que padece el paciente en cuestión, lo que tiene mucha importancia desde el punto de vista terapéutico ⁽¹⁹⁾.

Figura 1.-Algoritmo ROMA II, Diagnóstico del Síndrome de Intestino Irritable



FUENTE: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-042-08 COLON IRRITABLE

Una vez diagnosticado el SII, se han definido subtipos de acuerdo al patrón de las evacuaciones.

Tabla 3.-Subtipos de Síndrome de Intestino Irritable (SII) de acuerdo al patrón de las evacuaciones:

<ol style="list-style-type: none">1. SII con estreñimiento (SII-E): heces solidas o en escíbalos en $\geq 25\%$ y heces liquidas o semiformadas en $< 25\%$ de los movimientos intestinales.2. SII con diarrea (SII-D): heces liquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ y heces solidas o en escíbalos en $< 25\%$ de los movimientos intestinales.3. SII mixto (SII-M): heces solidas o en escíbalos $\geq 25\%$ y liquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ de los movimientos intestinales.4. SII no clasificable: anormalidad insuficiente de la consistencia de las heces para cumplir criterios con SII.E, SII-D o SII-M. *El término "SII alternante (SII- A) se reserva para esos individuos cuyo habito intestinal varia en el tiempo, por ejemplo, en algunos momentos se clasifican como SII-E y en evaluaciones subsecuentes se clasifican como SII-D y viceversa.

Fuente: Guía de Práctica Clínica IMSS-042-08 Colon Irritable.

Actualmente para el diagnóstico de SII se utilizan los criterios Roma III; sin embargo, cabe mencionar que al momento de realizar el presente estudio no existen aún instrumentos validados para su aplicación, por ello la presente investigación, utilizará los criterios Roma II, a través del cuestionario de Drossman DA.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial del síndrome de intestino irritable.

<p>Trastornos digestivos por factores dietéticos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Mala absorción de hidratos de carbono.- Mala absorción de fructuosa-sorbitol.- Cafeína y alcohol.- Alimentos grasos y flatulentos. <p>Trastornos por fármacos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Antibióticos.- Antiinflamatorios no esteroideos.- Quimioterapia. <p>Infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none">- Bacterianas.- Protozoos y virus de la inmunodeficiencia humana.- Sobre crecimiento. <p>Mala absorción.</p> <ul style="list-style-type: none">- Tras gastrectomía.- Enfermedad celíaca.- Insuficiencia pancreática. <p>Enfermedades inflamatorias</p> <ul style="list-style-type: none">- Enfermedad de Crohn- Colitis ulcerosa- Colitis microscópica/colágena. <p>Misceláneas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cáncer de colón.- Hiperparatiroidismo.- Colitis isquémica.- Endometriosis.

Fuente: Mearin F., Síndrome de intestino irritable: Nuevos criterios de Roma III. Revista Med Clin Barcelona 2007;128(9):335-343.⁽⁴⁵⁾

Tabla 5. Probabilidad de tener una enfermedad orgánica de los pacientes que cumplen criterios de síndrome de intestino irritable respecto a la población general.

	Pacientes con SII %	Población general %
Enfermedad inflamatoria intestinal/colitis.	0.51-0.98	0.3-1.2
Cáncer colorrectal	0-0.51	4-6
Infección gastrointestinal	0-1.7	NE*
Alteración tiroidea	6	5-9
Mala absorción de lácteos	22-26	25
Enfermedad celiaca	4.7-11	0.6-2

*NE: No evaluado

Fuente: Mearin F., Síndrome de intestino irritable: Nuevos criterios de Roma III. Revista Med Clin Barcelona 2007;128(9):335-343.⁽⁴⁵⁾

Etiología: En la actualidad se concibe el SII como un proceso multifactorial en el que están implicados los factores causales siguientes:

Factores psicosociales: El SII se ha relacionado de forma importante con el estrés, que produce variaciones en las presiones intraluminales colónicas y en el desencadenamiento y/o exacerbación de la sintomatología. También se observa en estos pacientes una conducta anómala de enfermedad crónica y, como consecuencia, un deterioro de la calidad de vida. Los pacientes con SII presentan alteraciones psiquiátricas, sobre todo depresión y ansiedad, con mayor prevalencia (40-50%) que la población general sana o con patología orgánica gastroduodenal, aunque no se ha comprobado con los datos disponibles una personalidad anómala ⁽²⁰⁾.

Factores dietéticos: La dieta influye en el desencadenamiento de los síntomas, por lo que es necesaria la realización de una historia dietética detallada y prospectiva y un diario de registro de alimentos ingeridos. Antes de un diagnóstico definitivo de SII, se debe descartar siempre la presencia de intolerancias alimenticias, sobre todo a la lactosa.

La dieta no es la causa, sino solamente un desencadenante.

Otros factores causales: Con menor frecuencia se ha relacionado el SII con mala absorción de ciertos hidratos de carbono, con alergias alimentarias, con anomalías del sistema nervioso autónomo (disfunción vagal en el estreñimiento y disfunción simpática si predomina la diarrea), con variaciones de péptidos digestivos y de la hormona colecistoquinina, con ácidos biliares como el ácido deoxicólico, con interleucinas (IL-1 beta) y con el sistema inmune; no obstante, en ningún caso se han reproducido los hallazgos en estudios controlados ⁽²¹⁾. Se han observado diferencias cuantitativas en la reactividad motora del intestino a estímulos como la distensión o las contracciones junto con un aumento de la sensibilidad a los mismos. Los factores incriminados en esta patología son:

Factores genéticos: En un estudio de Morris-Yates, con 600 gemelos, se concluyó que al menos el 58% de las diferencias individuales en la responsabilidad del desarrollo del SII podría estar bajo control genético ⁽²¹⁾.

Alteraciones de la motilidad intestinal: Aunque los estudios manométricos basales son normales, puede observarse una gran variabilidad en todo el tubo digestivo, desde hipotonía en pacientes con diarrea hasta hipertonía asociada al estreñimiento ante

determinados estímulos psicológicos, ambientales o gastrointestinales (estrés, comidas, colecistocinina) ⁽²²⁾.

Hipersensibilidad visceral o percepción visceral aumentada: Distintos estudios han demostrado que estos pacientes tienen el umbral del dolor más bajo que las personas sanas ante situaciones como la distensión abdominal, la estimulación eléctrica o el aumento de la motilidad intestinal. ⁽²²⁾

Factores exógenos: Se relacionan con las exacerbaciones del SII, la gastroenteritis aguda, las intolerancias alimenticias y los cambios meteorológicos y hormonales, entre otros. El 20-30% de los pacientes con SII describe un inicio súbito de sus síntomas tras una gastroenteritis aguda infecciosa (principalmente Salmonella, Shigella y Campylobacter) y aproximadamente un 30% de pacientes un año después de una gastroenteritis por Salmonella presenta sintomatología compatible con SII ⁽²³⁾.

Fisiopatología del Síndrome de Intestino Irritable: La fisiopatología del SII es extremadamente compleja, porque debemos encontrar explicaciones para síntomas que, al mismo tiempo que carecen de un sustrato orgánico evidente, tienen expresiones clínicas tan opuestas como son la diarrea y el estreñimiento. Actualmente, los mecanismos propuestos implican alteraciones en la sensibilidad visceral y en la motilidad intestinal, así como la presencia de factores psicosociales. En la patogenia de este trastorno se ha ido reconociendo progresivamente el relevante papel que desempeñan los mediadores de la inflamación y de la serotonina entérica en el proceso de sensibilidad visceral y en las alteraciones motoras observadas ⁽²⁴⁾.

Fisiopatología de la Hipersensibilidad visceral: La hipersensibilidad visceral es el mecanismo más aceptado del dolor abdominal y de las alteraciones motoras asociadas en las Enfermedades Gastrointestinales Funcionales, dos conceptos de hipersensibilidad visceral han sido introducidos y estudiados con el uso del baróstato. La hiperalgesia, es la respuesta dolorosa más intensa y prolongada con umbral menor, a estímulos como puede ser una contracción o distensión visceral y la alodinia (sensación dolorosa de un evento fisiológico que previa y habitualmente no causa dolor). Se han propuesto cuatro mecanismos para explicar la hipersensibilidad visceral:

- a) Aumento de la sensibilidad del órgano afectado, ya sea por la sensibilización de fibras sensoriales, por los mediadores de la inflamación y/o activación de fibras sensoriales aferentes que estaban latentes.
- b) Hiperexcitabilidad espinal, con disminución en el umbral de los impulsos aferentes, lo que acarrea dos importantes eventos: expansión en el campo receptivo y desarrollo de nuevas neuronas sensoriales.
- c) Hiperalgesia a largo plazo, producto del desarrollo de neuroplasticidad especialmente en las astas posteriores en respuesta al estímulo visceral mantenido.
- d) Alteración en la modulación endógena de la nocicepción a nivel cerebral (amígdala, área pre frontal y corteza insular y cingulata) ⁽²⁵⁾.

Fisiopatología de la motilidad intestinal: Cualitativamente, parece no haber alteraciones motoras específicas del SII. Por lo tanto, resulta difícil entender cómo algunos pacientes presentan una aceleración de tránsito del colon, expresado

clínicamente por evacuaciones con diarrea, mientras que en otros éste está disminuido y presentan estreñimiento, y en un tercer grupo se alternan estos dos síntomas. La alteración motora más consistentemente observada en pacientes con SII es la presencia de una respuesta motora exacerbada a varios estímulos, tales como ingestión de alimentos, estrés psicológico, distensión del intestino, colecistoquinina, hormona liberadora de corticotropina y fármacos colinérgicos (neostigmina). Los mecanismos involucrados en esta hiperreactividad motora parecen estar relacionados con el funcionamiento de las interrelaciones entre el sistema nervioso entérico y las fibras musculares lisas del tubo digestivo ⁽²⁶⁾. Algunos pacientes con estreñimiento presentan disminución de las células intersticiales de Cajal en el colon. Estas células tendrían una función de marcapaso en la actividad eléctrica que regula la motilidad del colon. El reflejo gastrocólico exacerbado es un ejemplo de hiperactividad motora desencadenada por la alimentación.

El exceso de gases y la distensión abdominal, referida con mucha frecuencia por los pacientes, probablemente se relacionan con la retención de gas en el intestino más que con un aumento de la producción de gases. Los otros síntomas de urgencia para evacuar, sensación de evacuación incompleta o dolor relacionado con la actividad motora del colon, son más bien una manifestación de la hipersensibilidad visceral que de una alteración de la motilidad ⁽²⁷⁾.

Los signos macroscópicos de inflamación, como el edema y eritema de la mucosa o la presencia de aftas o úlceras, y los signos microscópicos compatibles con colitis linfocítica o colágena obligan a descartar el diagnóstico de SII. Por lo tanto, durante años se consideró que en la mucosa intestinal de pacientes con SII no existen hallazgos inflamatorios y que su presencia descarta por completo el diagnóstico. A su vez, la investigación de la fisiopatología del SII se ha centrado en el estudio de las alteraciones de la motilidad y de la sensibilidad visceral. Así, se ha comprobado que la mayor percepción de los estímulos generados en la pared gastrointestinal o hipersensibilidad visceral es un mecanismo fisiopatológico fundamental en el SII. Sin embargo, en los últimos años, la constatación de que la presencia o la actividad de las células inmunitarias en la mucosa de pacientes con SII pueden ser diferentes a las de los individuos sanos, esto ha llevado a postular que la inflamación o activación inmunitaria de bajo grado tienen un papel patogénico. ⁽²⁸⁾.

Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable: La compleja fisiopatología del SII y el conocimiento parcial de la misma, tienen dos impactos en el manejo de estos pacientes: El desarrollo de medicamentos imperfectos o imprecisos y como consecuencia, la insatisfacción del paciente y la frustración del médico. Hasta el momento ningún medicamento de los actualmente disponibles, alivia todas las diferentes manifestaciones del SII ni modifica el curso de la enfermedad; solamente alivian los síntomas ⁽²⁹⁾.

Antes de comentar la utilización de los diferentes fármacos empleados en el tratamiento, es preciso mencionar la alta tasa de respuesta que presentan estos pacientes cuando son tratados con placebo, de modo que puede observarse una remisión duradera de la sintomatología hasta en un 30-65% de los casos. Ello apoya la importancia de los factores psicológicos subyacentes en el

desencadenamiento de la sintomatología. Aunque muchos pacientes con SII creen que los síntomas son causados por alimentos específicos, estas relaciones son difíciles de comprobar. Muchos pacientes limitan su dieta en forma innecesaria ⁽³⁰⁾. Las recomendaciones terapéuticas iniciales generalmente se centran en medidas higiénico dietéticas. Se debe realizar una profunda anamnesis alimentaria para conocer gustos, hábitos y tolerancias. Se tendrá en cuenta, para planificar la dieta, los estímulos del peristaltismo intestinal y su acción en esta patología. El aumento de fibra en la dieta aumenta el volumen de las heces y el número de deposiciones, así como la sensación de plenitud. Además el médico debe recomendar la utilización progresiva de salvado de trigo, por ejemplo en forma de copos o galletas, o bien cucharadas de granulado, empezando con una dosis de 15-20 g/día hasta alcanzar 50-75 g/día ⁽³¹⁾.

El tratamiento farmacológico suele ser poco eficaz a largo plazo, ya que las remisiones que induce son, en general, transitorias y probablemente en parte relacionadas con la gran influenciabilidad de estos pacientes por la relación con el médico que le atiende, lo que explicaría la elevada tasa de respuesta a la administración de placebo que en algunos ensayos clínicos asciende hasta un 70%. No obstante, en la actualidad se dispone de algunos fármacos que pueden ser útiles para ciertas indicaciones específicas correspondientes a las diferentes fases de la enfermedad ⁽³²⁾.

En el siguiente recuadro, se resume un esquema de aplicación terapéutica en estos pacientes:

Tabla 5- Alternativas de tratamiento farmacológico Síndrome de Intestino Irritable.

<p>FASES DE PREDOMINIO DEL ESTREÑIMIENTO:</p> <p>a). Agentes formadores de masa fecal: Metilcelulosa, cutículas y el mucílago de <i>Plantago ovata</i> (ispaghula husk) y preparados de <i>Pysllium</i>. Se administran por vía oral a dosis de 2-6 cucharaditas de granulado distribuidas a lo largo del día.</p> <p>b). Laxantes osmóticos de acción lenta: Lactuosa (10-20 g/día ó 15-30 ml) (35 g/día en 250 ml de agua).</p> <p>c). Fármacos procinéticos sin actividad antidopaminérgica: Cisaprida a dosis d 10 mg cada 8 horas, 30 minutos antes de las comidas; o cinitraprida a dosis de 1 mg tres veces al día.</p> <p style="text-align: center;">FASES DEL PREDOMINIO DE DIARREA:</p> <p>Loperamida, 2-4 mg cada 6-8 hora (máximo 10-12 mg/día). Difenoxolato 2.5-5 mg dos o tres veces al día.</p> <p style="text-align: center;">FASES DE DOLOR ABDOMINAL:</p> <p>a). Espasmolíticos anticolinérgicos: Butilbromuro de hioscina 30-60 mg/día, bromuro de otilomo, 40 mg administrados cada 8 horas; bromuro de pimaverio, 50 mg cada 8 horas.</p> <p>b). Espasmolíticos no anticolinérgicos: Papaverina (30 mg tres veces al día), meberina (135 mg cada 8 horas), pramiverina (sola o asociada con metamizol), y trimebutina (200-300 mg/día repartidos en dos o tres dosis).</p>
--

Fuente: Guía de gastroenterología, México, 2010.

Antiespasmódicos: Los antiespasmódicos, también llamados espasmolíticos, son un grupo de sustancias que previenen o interrumpen los espasmos del músculo liso intestinal, uno de los mecanismos referidos en la génesis del dolor en sujetos con SII.

En México son los agentes más utilizados de manera inicial para tratar el dolor o el malestar abdominal vinculados con el SII ⁽³³⁾.

Laxantes y formadores del bolo fecal: Cuando el dolor y la distensión abdominal se acompañan de una baja frecuencia de evacuaciones, debe considerarse la variedad del síndrome de intestino irritable SII, en que predomina el estreñimiento, de acuerdo con los criterios de Roma III, debe presentar menos de tres evacuaciones por semana, esfuerzo con la defecación y heces duras o escíbalos en ausencia de cualquiera de los criterios que definen al subgrupo con predominio de diarrea. Además del control del dolor y la distensión como síntoma común a otros subgrupos, los pacientes con estreñimiento, requieren a menudo apoyo de laxantes para mejorar los síntomas. ⁽³⁵⁾.

Antidepresivos: Estos agentes son usados en pacientes con SII, cuyo tratamiento del dolor abdominal ha sido difícil con los antiespasmódicos o en aquellos que presentan un marcado componente emocional asociado. Estos medicamentos tienen propiedades neuro modificadoras y analgésicas a menores dosis de las requeridas para tratar la depresión y controlan el dolor por vía central de manera más efectiva que el placebo. Los más usados para tratar el SII son:

Antidepresivos tricíclicos (ATC) como nortriptilina, desipramina (aminas secundarias) amitriptilina, imipramina, doxepin y trimipramina (aminas terciarias). Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluoxetina.

Otros antidepresivos como amoxapina, bupropión, mirtazapina y trazodona ⁽³⁶⁾.

Por otra parte, los agentes antimuscarínicos, como el hidrocloreto de dicitilmina y la hioscina, relajan de manera directa el músculo liso intestinal. El primero actúa favorablemente sobre el dolor abdominal y la constipación, aunque la mayoría de los pacientes experimentan los efectos anticolinérgicos de la droga. Los individuos con constipación y distensión abdominal son considerados posibles candidatos para la terapia con agentes proquinéticos. El cisapride puede acelerar el vaciado gástrico pero no mejora la distensión, el dolor y la constipación. Los agonistas selectivos de los receptores de serotonina poseen actividad proquinética y su eficacia está siendo evaluada en trastornos intestinales funcionales, fundamentalmente en el SII con predominio de constipación ⁽³⁷⁾.

Aunque las causas de este síndrome no se conocen bien, hace tiempo se sabe que está relacionado con el estado psicológico del paciente. Ansiedad, depresión y otros desórdenes psiquiátricos se relacionan con SII, pues estos problemas incrementan la severidad del síndrome ⁽³⁹⁾.

Por consiguiente el uso de escalas o instrumentos para la detección de síntomas asociados a éste padecimiento, juegan un papel importante en la detección oportuna y tratamiento inmediato.

Para ésta investigación, se utilizará el Cuestionario del Síndrome del Intestino Irritable, que se enfoca a evaluar el patrón de eliminación intestinal, dolor abdominal, urgencia para evacuar, satisfacción abdominal y diarrea funcional, el

cual fue adaptado por Drossman DA, bajo los criterios de Roma II, puede medir la presencia de síndrome de Intestino Irritable, (síndrome de Intestino Irritable con predominio de diarrea y síndrome de Intestino Irritable con predominio de estreñimiento).

De acuerdo a la literatura, el SII, no podrá ser diagnosticado por encuesta, pues requiere la evidencia clínica del paciente, por lo que en el presente estudio solo se enfocará a identificar la sintomatología predominante ⁽⁴⁰⁾.

Impacto socioeconómico: Una revisión sistemática (RS) acerca del impacto económico del SII del año 2003 concluyó que este síndrome está asociado a un importante gasto sanitario y social.

Así, la media de los costos directos del manejo de esta enfermedad serían 90 libras en el Reino Unido (130.8 euros), 259 dólares canadienses en Canadá y 619 dólares en los Estados Unidos por paciente y año, con un total anual de costos directos de 45.6 millones de libras en Reino Unido y 1.35 billones de dólares en Estados Unidos. Los gastos relativos al consumo de recursos por los pacientes oscilaron entre 742 y 3.16 dólares mientras que los gastos por pérdida de productividad fueron entre 335 y 748 dólares, con un costo total anual de 205 millones de dólares en los Estados Unidos. ⁽⁴⁵⁾

No se dispone de estudios locales sobre el impacto socioeconómico del SII.

Evolución de la enfermedad: El curso clínico del SII se caracteriza por la presencia de síntomas alternando con periodos asintomáticos ⁽⁴³⁾.

Una RS reciente ⁽⁴⁶⁾ concluyó que el SII es un diagnóstico estable y que una vez que se establece el diagnóstico clínico, la probabilidad de que se diagnostique un trastorno gastrointestinal orgánico es de un 2% a un 5% en un periodo de 6 meses ó 6 años.

El seguimiento a largo plazo (media de dos años) indicó que un 18% de pacientes presentaron un empeoramiento de sus síntomas, en un 30% a un 50% no hubo cambios en su sintomatología y la gran mayoría mejoran. Algunos signos predictivos para el empeoramiento de la sintomatología fueron: cirugía previa, depresión y ansiedad. Una limitación de estos estudios es la heterogeneidad de los criterios diagnósticos y las definiciones utilizadas.

Por otra parte, los pacientes con SII pueden sufrir intervenciones quirúrgicas innecesarias por una mala apreciación diagnóstica. En dos estudios epidemiológicos realizados sobre población general en el Reino Unido, los pacientes con SII presentaron un aumento del riesgo de haber sufrido una histerectomía (Riesgo relativo (RR) 1.6: IC 95%) o una colecistectomía (RR 1.9, IC 95%) en comparación con la población general. No obstante, otro estudio concluyó que la histerectomía se asociaba a estreñimiento y la colecistectomía a cierta urgencia defecatoria, pero sin que se cumplieren los criterios estrictos del SII. Esta asociación del SII con los actos quirúrgicos ha sido confirmada por una RS y por un amplio estudio epidemiológico, que mostraron que estos pacientes presentaban antecedentes de cirugía abdominal y pélvica con una frecuencia significativamente mayor que la población general. ⁽⁴⁵⁾

Evaluación de las distintas exploraciones complementarias: La realización de exploraciones complementarias en un determinado paciente vendrá condicionado por la clínica predominante y la presencia e síntomas o signos de alarma. A su vez,

las exploraciones complementarias pueden estar justificadas en caso de falta de respuesta al tratamiento. ⁽⁴⁵⁾

En los casos en que haya presencia de síntomas o signos de alarma o bien síntomas que no ceden con el tratamiento parece aceptable el realizar una analítica basal que incluya citometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular y/o proteína C reactiva, a fin de descartar anemia o parámetros de actividad inflamatoria.

IV.- Planteamiento del problema:

La prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) es muy elevada, lo que comporta una gran repercusión sanitaria, social y económica. El número de consultas médicas, de pruebas diagnósticas (en este caso no diagnósticas) y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. El SII supone, además, una de las primeras causas de absentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente sí condiciona de forma considerable la calidad de ésta. Se han publicado diversos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del SII y se ha hallado que ésta oscila entre 5% y 20%, dependiendo de la población estudiada y de los criterios diagnósticos empleados. Por otra parte, se sabe que en la mayoría de las poblaciones aparentemente sanas, el SII, está presente, y es confundido con otras entidades patológicas, por comportamientos en salud del mismo paciente o bien la falta de criterios diagnósticos por el profesional médico.

Por lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Sintomatología predominante del Síndrome de Intestino Irritable, en Pacientes ya diagnosticados, Atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1?

V.-Justificación

Áreas específicas:

Metodológica: El cuestionario de Diagnóstico de Síndrome del Intestino Irritable, fue adaptado por Drossman DA, et al, enfocado a los criterios de Roma II, con énfasis en desordenes gastrointestinales, Así mismo, permite al profesional médico, detectar de manera oportuna los síntomas asociados al síndrome de Intestino Irritable, iniciar tratamiento farmacológico así como canalizarlo con el especialista en gastroenterología para su control.

Teórica: El síndrome de intestino irritable (SII), se caracteriza por manifestaciones crónicas o recurrentes de dolor o malestar abdominal, asociado a alteraciones en el hábito de eliminación, ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos, con cambio en la consistencia de las heces y sin evidencias de daño orgánico identificable; por esto el SII es considerado un trastorno funcional. Los síntomas de dolor abdominal acompañado de distensión y cambios en los hábitos de eliminación están presentes durante al menos 12 semanas continuas, esto quedó definido como Criterios Roma II para el diagnóstico clínico del SII, elaborados por el Comité para el Desarrollo de los Criterios Diagnóstico de las Enfermedades Gastrointestinales Funcionales.

Práctica: La aplicación del cuestionario de Síndrome de Intestino Irritable de Drossman DA, no requiere grandes costos, por lo que no se dificulta su aplicación en los pacientes. Sus resultados, con llevaron a contar con evidencias clínicas que contribuirán a fundamentar con mayor rigor científico, la toma de decisiones clínicas en la práctica médica de problemas gastrointestinales.

Aspectos metodológicos:

Pertinencia: El estudio fue pertinente, puesto que se contó con una muestra significativa de 100 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, atendidos en la consulta externa de Gastroenterología, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y se les aplicó el Instrumento de Medición ⁽⁴¹⁾.

Magnitud: El síndrome del intestino irritable (SII) se considera actualmente como un trastorno biopsicosocial que se caracteriza por dolor abdominal, hinchazón y alteración de la defecación (es decir, estreñimiento, diarrea o alternancia hábitos intestinales) algo mayor entre las mujeres y la prevalencia disminuye con la edad. La mayoría de los pacientes (70% a 90%) en busca de tratamiento para el SII tienen comorbilidad psiquiátrica. Aunque pocos estudios han documentado la prevalencia del SII en poblaciones psiquiátricas. El SII es un trastorno muy frecuente, investigaciones realizadas han sugerido que lo padece más del 22 % de la población occidental, siendo también la causa de consulta más frecuente en gastroenterología (entre el 40 % y el 70 % de las consultas).

El tratamiento médico es únicamente de tipo sintomático en gran medida.

Trascendencia: La investigación cobra mayor importancia, al mencionar que el SII, es un padecimiento enmascarado, es decir; se encuentra en el paciente pero él no sabe que lo padece, y el profesional médico se ve inmerso en una confusión al diagnosticar, sobre todo en el primer nivel de atención, dado que, en éstos problemas gastrointestinales, una gran población tiende a auto medicarse, o tomar otras medidas; situación que desvía el padecimiento y genera otros aparentemente.

Factibilidad: El estudio fue factible realizarlo, pues en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, se contó con 1 consultorio de gastroenterología donde se diagnosticaron a los 100 derechohabientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

Administrativo: De acuerdo a los lineamientos administrativos institucionales, se justificó el estudio, ya que cumplió con los criterios organizacionales de las instituciones como son los turnos y horarios, así como el apego a la normatividad administrativa institucional con la coordinación directa con los jefes de servicio de la consulta externa de Medicina Familiar.

Aspectos éticos: El estudio, no afectó física, mental ni emocionalmente a los participantes, y para su aplicación, se firmó con anticipación el consentimiento informado.

Viabilidad: El estudio fue viable, pues diariamente, se registró una gran demanda de atención en salud, relacionada a problemas gastrointestinales, atendidas por médicos familiares que toman decisiones clínicas para el tratamiento de dicha sintomatología, en la que se encuentra inmerso el Síndrome de Intestino Irritable.

Interesante: Esta investigación resultó interesante al obtenerse la sintomatología preponderante, ya que, al igual que en la población aparentemente sana, se encuentra el SII, que trae consigo otras complicaciones si no es detectado y tratado de manera oportuna.

Novedoso: Pues son pocas las evidencias científicas estudiadas en el Estado de Hidalgo y en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, y sus resultados son novedosos para mejores decisiones clínicas.

VI.- Objetivos:

General:

Identificar la Sintomatología predominante del Síndrome de Intestino Irritable, en Pacientes ya diagnosticados, Atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1

Específicos:

Establecer las frecuencias relativas de las variables: Edad, sexo, ocupación y escolaridad.

Identificar la frecuencia de estreñimiento como síntoma predominante.

Identificar la frecuencia de diarrea como síntoma predominante.

VII.- Hipótesis:

De trabajo:

La Diarrea es el síntoma más predominante del Síndrome de Intestino Irritable, en Pacientes ya diagnosticados, Atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1

Hipótesis nula:

No hay síntomas predominantes del síndrome de intestino irritable, en Pacientes ya diagnosticados, Atendidos en la Consulta Externa de Gastroenterología, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

VIII.- Material y Métodos:

8.1.- Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, analítico.

8.2.-Diseño metodológico: Transversal, pues se midió solo una vez la variable Síntomas predominantes.

8.3.- Universo de trabajo: Pacientes con Diagnóstico de Síndrome de Intestino.

8.4.- Tamaño de la muestra: Probabilística ajustada a 100 Pacientes. Obtenida con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(150) (1.96)^2 (0.05) (0.95)}{0.03^2 (150-1) + 1.96^2 (0.05) (0.95)}$$

$$n = \frac{(150) (3.8416) (0.05) (0.95)}{0.0009 (150-1) + 3.8416 (0.05) (0.95)}$$

$$n = \frac{(150) (3.8416) (0.0475)}{0.0009 (150-1) + 3.8416 (0.0475)}$$

$$n = \frac{27.3714}{0.0009 (149) + 0.182 476}$$

$$n = \frac{27.3714}{0.1341 + 0.182 476}$$

$$n = \frac{27.3714}{0.316576}$$

$$n = 86 + 10\% = 95(\text{se ajustó a } 100).$$

8.5.- Lugar donde se realizó el estudio:

Se llevó a cabo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo, siendo este un Hospital de segundo nivel, que proporciona atención de Medicina Familiar.

8.6.- Criterios de selección

Inclusión:

Pacientes con diagnóstico de SII, por el servicio de Gastroenterología, derechohabientes del IMSS.

Hombres y mujeres.

Que se encuentran entre 18 y 85 años de edad.

Que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no se entraron en el rango de edad de 18 a 85 años.

Pacientes que no cuenten con afiliación IMSS vigente

Pacientes con enfermedades psiquiátricas que les impidió contestar las preguntas.

Que no aceptaron participar en el estudio y que no firmaron el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

Pacientes que no contestaron de manera completa el instrumento.

8.7.- Instrumento de recolección de datos:

Se utilizó el cuestionario Diagnóstico del síndrome de Intestino Irritable, que consta de 5 preguntas. El cual fue adaptado por Drossman DA, et al, bajo los criterios de Roma II, el cual, puede medir la presencia de síndrome de Intestino Irritable, síndrome de Intestino Irritable con predominio de diarrea y síndrome de Intestino Irritable con predominio de estreñimiento. Sin embargo; de acuerdo a la literatura, el SII, no podrá ser diagnosticado por encuesta, pues requiere la evidencia clínica del paciente, por lo que se estudió a los pacientes que ya tenían el diagnóstico previamente y el estudio se enfocó a identificar la sintomatología predominante.

8.8.- Descripción general del estudio:

- El estudio se desarrolló a partir de la autorización del comité de enseñanza e investigación del HGZMF No.1 del IMSS.
- Se realizaron los trámites para solicitar a las autoridades del HGZMF No.1 para la realización de la investigación en el servicio de consulta externa de Gastroenterología.
- Una vez autorizado se acudió durante 60 días a la consulta de medicina familiar, para aplicar de manera directa el instrumento a los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable por gastroenterología con edades de 18 a 85 años, previo consentimiento informado.
- Se explicó a los pacientes la intención del instrumento y la manera de contestar cada ítem de acuerdo a su situación de salud.
- Se realizó la captura de los datos a través del Software Excel.
- Se realizó el análisis estadístico de los datos en el tiempo comprendido, de acuerdo al cronograma de actividades.

- Se realizó la presentación de los resultados a través de cuadros, gráficas y tabla resumen de indicadores.
- Se redactó el informe final (tesis).

8.9.- Procesamiento de datos:

Los datos obtenidos se procesaron con el software Excel.

8.10.- Análisis estadístico:

De los datos, se obtuvieron las medidas de tendencia central como media, mediana, moda, y medidas de dispersión.

8.11.-Variables de estudio:

Variables dependientes: Síntomas Predominantes

Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Dimensiones
Diarrea: Datos subjetivos, de presunción hacia una entidad patológica.	Conjunto de síntomas mayormente identificados en el síndrome de Intestino Irritable.	Cualitativa	Nominal	Más de 3 deposiciones al día (4 ó más)	Porcentaje de pacientes que lo presentan
				Heces blandas, pastosas o líquidas	Porcentaje de pacientes que lo presentan
				Mucosidades durante la deposición	Porcentaje de pacientes que lo presentan
				Menos de 3 deposiciones por semana (0-2)	Porcentaje de pacientes que lo presentan
Estreñimiento: Datos subjetivos, de presunción hacia una entidad patológica.	Conjunto de síntomas mayormente identificados en el síndrome de Intestino Irritable.	Cualitativa	Nominal	Heces duras o en bolas	Porcentaje de pacientes que lo presentan
				Sensación de vaciado incompleto tras deposición	Porcentaje de pacientes que lo presentan
				Sensación que las heces no pueden pasar (bloqueadas) cuando se realiza una deposición	Porcentaje de pacientes que lo presentan
				Necesidad de apretar alrededor	Porcentaje de pacientes que lo presentan

				del ano o la vagina para tratar de sacar los excrementos para poder completar la deposición.	presentan
Alternante	Conjunto de síntomas mayormente identificados en el síndrome de Intestino Irritable.	Cualitativa	Nominal	No reúne ninguna de las características anteriores	Porcentaje de pacientes que lo presentan

Variable dependiente: Síndrome de Intestino Irritable

Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Es un trastorno funcional de la motilidad intestinal que constituye una problemática que compromete la calidad de vida al presentar una sintomatología física muy variada que únicamente ha sido manejada desde el punto de vista médico.	Consiste en una serie de cambios gastrointestinales, capaces de generar desequilibrio biopsicosocial.	Cualitativa	Nominal

Variables socio demográficas:

Variable	Sexo
Definición conceptual	Condición biológica determinada por la presencia de caracteres sexuales secundarios
Definición operacional	Persona que presenta caracteres sexuales masculinos Persona que presenta caracteres sexuales femeninos
Tipo de variable	Cualitativa
Escala de medición	Nominal
Indicadores	Masculino- Femenino
Variable	Edad
Definición conceptual	Años, meses, días cumplidos de un individuo.
Definición operacional	Determina características biológicas, psicológicas y sociales del individuo.
Tipo de variable	Cuantitativa Intervalo
Escala de medición	De razón
Indicadores	Años cumplidos de cada individuo.
Variable	Escolaridad
Definición conceptual	Condición educativa formal de un individuo.
Definición operacional	Grado de estudios de un individuo
Tipo de variable	Cualitativa
Escala de medición	Ordinal
Indicadores	primaria, secundaria, media superior, posgrado

Variable	Ocupación
Definición conceptual	Actividad que realiza un individuo en su contexto social.
Definición operacional	Actividad que determina satisfacciones o insatisfacciones personales.
Tipo de variable	Cualitativa
Escala de medición	Nominal
Indicadores	Sector primario, secundario y terciario.

IX.-Aspectos éticos y legales:

En base a la Declaración de Helsinki de 1975, Finlandia en 1964, de la Asociación Médica Mundial, Leyes y Códigos de México, Ley General de Salud, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, se respetará el anonimato de las participantes, será bajo el consentimiento informado del paciente sobre los riesgos y beneficios del estudio y podrán negarse a contestar la encuesta.

La Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y que ésta, será un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar progreso mexicano en los servicios de salud y para incrementar su productividad. Partiendo de esta premisa, menciona en su artículo 3º. De disposiciones comunes, que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

De acuerdo al artículo 21 de la misma ley general de salud en materia de investigación científica, fracción I-VIII los siguientes aspectos se consideraron para el consentimiento informado: la justificación y objetivos de la investigación, las molestias que pudiera causar la aplicación de cuestionarios, los beneficios esperados, la libertad de los pacientes para recibir respuestas y aclarar dudas (artículo 21 fracción I-VII) la libertad de retirar el consentimiento o dejar de participar en el estudio, la seguridad de confidencialidad de información relacionada con su privacidad, la disponibilidad del paciente ante el tratamiento médico.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 17 se clasifica la presente investigación, como investigación I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por ende, la investigación, fue descriptiva, y no violó los principios éticos ni reglamentos en materia de investigación, y para su ejecución, se contó con consentimiento informado.

X.-Recursos:

Para aplicar el proyecto se requirió de los siguientes recursos:

Humanos:

- 1 Médico Residente de Medicina Familiar.
- 1 Asesor Metodológico.
- 1 Asesor Clínico Especialista en Gastroenterología.
- 1 Encuestador

Materiales:

- Hojas de papel bond
- Lápices
- Aula con butacas.
- Computadora
- Impresora

Financieros:

Los recursos financieros fueron cubiertos por el investigador.

XI. RESULTADOS.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD.

Los pacientes investigados se distribuyen de una edad mínima de 20 años a una edad máxima de 86 años; el grupo con mayor frecuencia es el que va de 40 a 44 años, representando el 15.00 % sobre el total de la muestra analizada, en segundo sitio con el 14.00 % se tiene al grupo de 50 a 54 años de edad. Cabe señalar que la mayor concentración de pacientes con síndrome de intestino irritable diagnosticados por el servicio de Gastroenterología se presenta entre 35 a los 64 años de edad con suma porcentual de 70.00, en cambio a partir de los 65 años el porcentaje se reduce a 21.00. Al calcular las medidas de tendencia central, se obtuvo una media o promedio de 52 años de edad, una mediana también de 52 años, y una cifra modal de 38 años de edad; en cuanto a la variación promedio de dispersión, se obtuvo una desviación estándar de 14.51 años en cifras relativas, estableciéndose un intervalo de confianza del 95% de 23 a 81 años de edad, lo cual quiere decir que en diferentes muestras que se analicen las edades caerán dentro del intervalo establecido, Por otra parte se observa que tiene mayor predominio el sexo femenino, significando el 72.00 % sobre el total de la muestra que se analiza, el sexo masculino representó el 28.00 %. La razón de sexos es de 2.57 mujeres por cada varón con síndrome de intestino irritable (Cuadro no. 1).

CUADRO NO 1.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE POR EDAD Y SEXO.

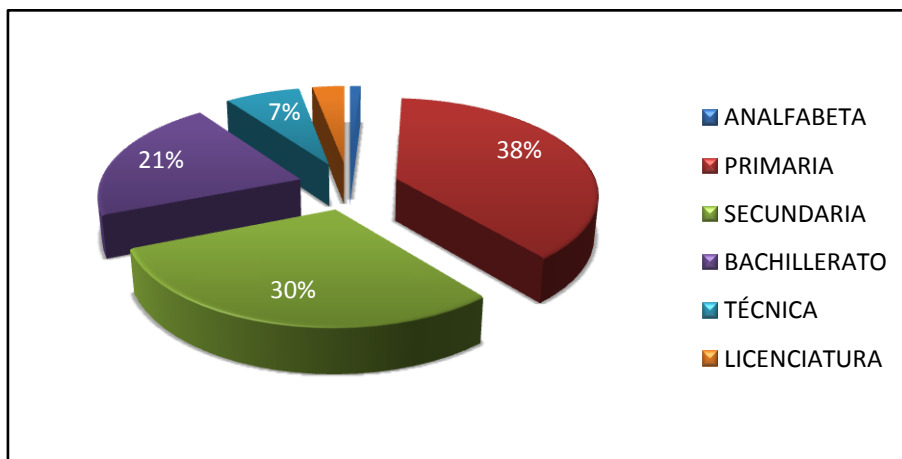
EDAD		20-34	35-49	50-64	65-79	80-86	TOTAL
SEXO	HOMBRE	1	16	11	0	0	28
	MUJER	8	19	24	17	4	72
	%	9%	35%	35%	17%	4%	100%

Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN ESCOLARIDAD.- En relación a la escolaridad, se tiene en primer lugar a los pacientes con estudios de educación primaria, representando el 38.00 % de la muestra. En segundo término se encuentran los pacientes con educación secundaria, significando el 30.00 %, y en tercer sitio se encuentran los pacientes con estudios de bachillerato con el 21.00 %. En suma el 89.00 % de los pacientes como máximo cuentan con educación media superior. (Gráfica no. 2).

Grafica 2.

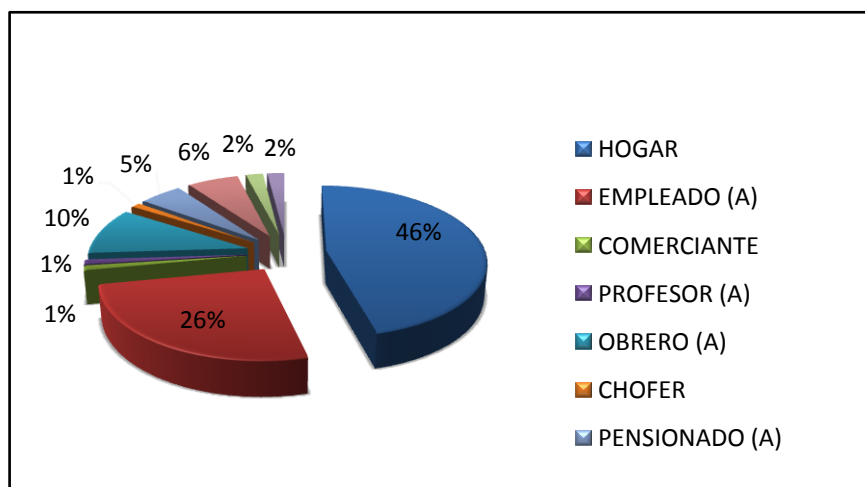
PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN ESCOLARIDAD.



Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN.- En lo referente a la ocupación sobresale en los resultados básicamente las mujeres que se dedican a su hogar, representando el 46.00 % de la muestra analizada, en segundo sitio se encuentran los pacientes que laboran como empleados, y en tercer lugar se tiene a los pacientes con ocupación de obrero (a); en suma estos tres grupos de personas representan el 82.00 %, (Gráfica no. 3).

Grafica 3. PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN OCUPACIÓN.



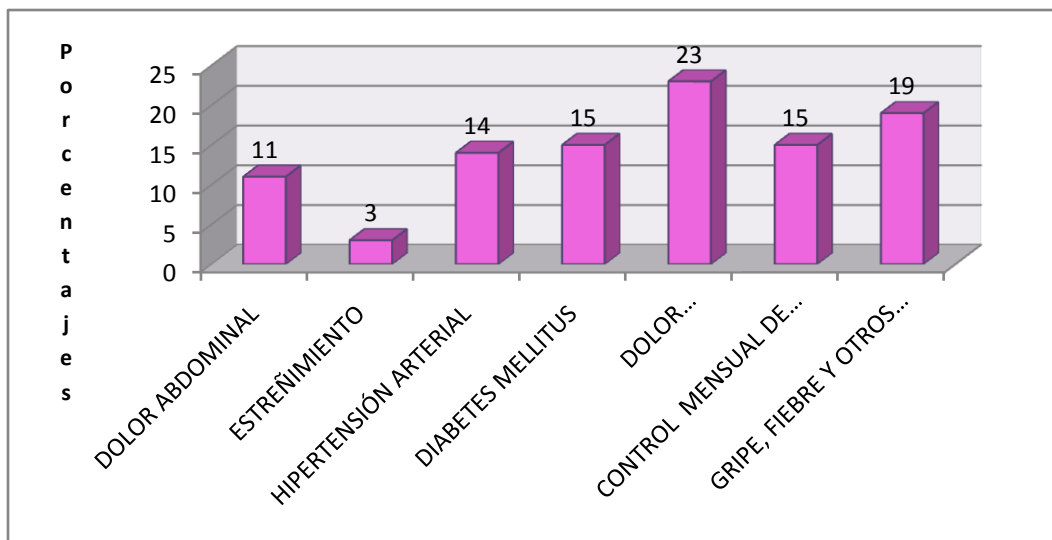
Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

PACIENTES CAPTADOS EN CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR SEGÚN MOTIVO DE DEMANDA DE ATENCIÓN.- Independientemente de que se otorga atención médica a los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, los tres principales motivos son: Dolores de diversas partes del organismo con el

23.00 %, el dolor abdominal con el 11.00 %, la diabetes mellitus con el 15.00 %, la hipertensión arterial con el 14.00 %. En suma estos diagnósticos motivos de atención y/o de control, significaron el 63.00% de la consulta, (Gráfica No.4).

Grafica 4.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA



Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

A continuación, y como información adicional se presentan los cuadros: 2, 3, 4 y 5 con información adicional a lo que es el tema objeto del estudio, que también pueden considerarse como variables secundarias.

PACIENTES SEGÚN INGESTA DE ALCOHOL.- Un factor de riesgo ligado a la presencia de colon irritable y/o sus diferentes manifestaciones es la ingesta de alcohol, observándose que solo el 35.00 % de los pacientes encuestados declararon no ingerir alcohol, y del 70.00 % restante sobresale el consumo esporádico con un 46.00 % sobre el total de la muestra analizada; sin embargo es de considerarse el consumo mensual que es del 7.00 % así como el consumo de 2 o más veces por semana así como el consumo de alcohol de una vez cada 15 días cada uno, representando el 4.00 %; sin embargo por tratarse de una variable secundaria y por no ser confiable la información los datos únicamente se consideran como precedentes que habrá que seguir investigando en lo específico y con adecuados registros para detectar cuando se trata de verdadero alcoholismo y según las definiciones nacionales para el caso de México. (Cuadro no. 2).

CUADRO NO. 2.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN INGESTA DE ALCOHOL.

INGESTA DE ALCOHOL.	NÚMERO	%
2 Ó MÁS VECES POR SEMANA	4	4.00
UNA VEZ POR SEMANA	4	4.00
UNA VEZ EN 15 DÍAS	4	4.00
UNA VEZ POR MES	7	7.00
ESPORÁDICAMENTE	46	46.00
NO INGIERE ALCOHOL	35	35.00
TOTAL	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

CUADRO NO. 3.

TIPO DE ALIMENTACIÓN.

TIPO DE ALIMENTACIÓN.	NÚMERO	%
RICA EN GRASAS	32	32.00
RICA EN AZÚCARES	34	34.00
A BASE DE LÁCTEOS	31	31.00
FRUTAS Y VERDURAS	55	55.00
CARNES ROJAS	79	79.00
PESCADOS Y MARÍSCOS	30	30.00
HARINAS	53	53.00
BEBIDAS EDULCOLORANTES Y CONCENTRADAS	30	30.00

NOTA: Los porcentajes se calcularon sobre 100, que es la muestra estudiada tomando en cuenta que cada paciente declaró consumir más de un tipo de alimento.

Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

CUADRO NO. 4

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN HÁBITO AL TABACO.

FUMA.	NÚMERO	%
SÍ	37	37.00
NO	63	63.00
TOTAL	100	100.0

Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

PACIENTES SEGÚN HÁBITO AL TABACO.- Otro factor de riesgo lo representa el tabaquismo y que en el estudio se detectó que el 37.00 % de los pacientes fuman diariamente al menos un cigarrillo sin embargo al igual que en el caso del alcoholismo se trata también de una variable secundaria y por no ser confiable la información los datos únicamente se consideran como precedentes que habrá que seguir investigando en lo específico y con adecuados registros para detectar cuando se trata de verdadero tabaquismo y según las definiciones nacionales para el caso de México, ^{(Cuadro no. 4).}

PACIENTES SEGÚN EXPOSICIÓN AL ESTRÉS.- El estrés es quizá uno de los factores que más inciden en la presencia o complicación del síndrome de intestino irritable y el de más grado de dificultad para su identificación; en el estudio realizado se observó que lo sufre de acuerdo a la propia percepción de los pacientes el 73.00 %, ^(Gráfica No.5)

CUADRO No. 5.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN SI SE SOMETE O NO A ESTRÉS.

SE SOMETE A ESTRÉS.	NÚMERO	%
SÍ	73	73.00
NO	27	27.00
TOTAL	100	100.0

Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

En cuanto a la sintomatología predominante el 68.00 % de los pacientes diagnosticados por el servicio de gastroenterología con síndrome de intestino irritable ha sentido molestias o dolor en el abdomen, el 63.00 % declaró que mejora el dolor y/o las molestias desaparecen después de las deposiciones; el 53.00 % de los pacientes refirió que tiene cambios en el número habitual de

deposiciones; el 62.00 % de los pacientes declaró que son más blandos o más duros los excrementos de lo habitual cuando el dolor empieza; el 74.00 % de los pacientes mencionó que en los últimos tres meses las heces han sido blandas, pastosas o líquidas en más del 75.00 % de las deposiciones. ^(Cuadro No. 6)

CUADRO NO 6.

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS AL MENOS UN CUARTO (1/4) DE LAS VECES (OCASIONES O DÍAS) EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES?

RESPUESTA.	NÚMERO	%
MENOS DE 3 DEPOSICIONES POR SEMANA (0-2)	17	17.00
MÁS DE 3 DEPOSICIONES AL DÍA (4 Ó MÁS)	18	18.00
HECES DURAS O EN BOLAS	32	32.00
HECES BLANDAS, PASTOSAS O LÍQUIDAS	41	41.00
RETORTIJONES DURANTE LA DEPOSICIÓN	31	31.00
TENER QUE CORRER AL BAÑO PARA UNA DEPOSICIÓN	20	20.00
SENSACIÓN DE VACIADO INCOMPLETO TRAS DEPOSICIÓN	21	21.00
MUCOSIDADES DURANTE LA DEPOSICIÓN	9	9.00
ABDOMEN LLENO, DISTENDIDO O HINCHADO	65	65.00
SENSACIÓN QUE LAS HECES NO PUEDEN PASAR (BLOQUEADAS) CUANDO SE REALIZA UNA DEPOSICIÓN	24	24.00
NECESIDAD DE APRETAR ALREDEDOR DEL ANO O LA VAGINA PARA TRATAR DE SACAR LOS EXCREMENTOS PARA PODER COMPLETAR LA DEPOSICIÓN	18	18.00

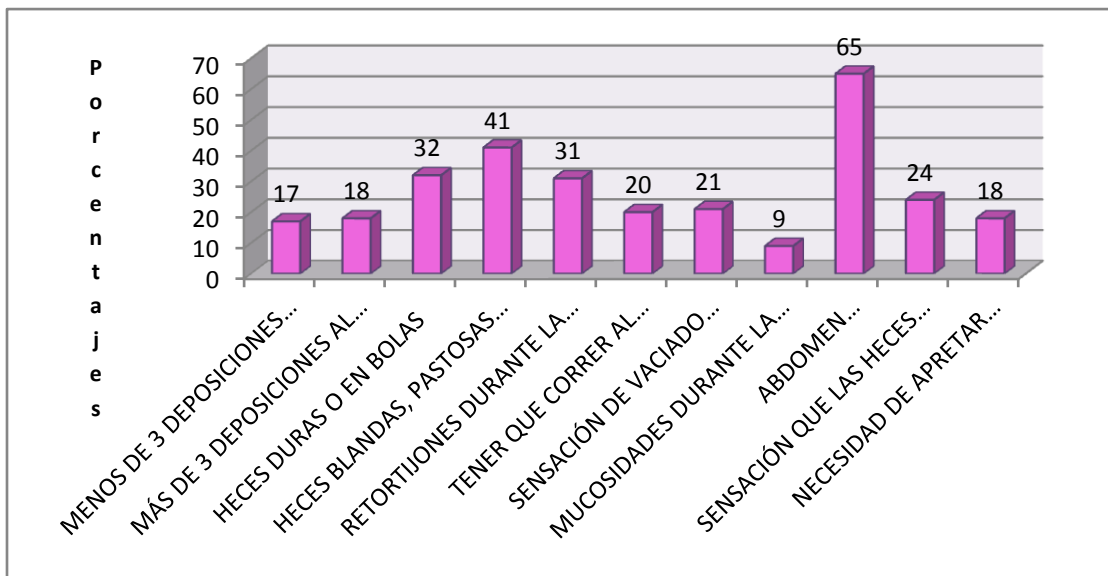
NOTA: Los porcentajes se calcularon sobre 100 que es la muestra estudiada tomando en cuenta que cada paciente respondió a más de un ítem **Fuente:** Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

El cuadro precedente es clave en el análisis, ya que es precisamente el núcleo e interés específico de la investigación por tratarse de la sintomatología predominante en los pacientes diagnosticados por el servicio de gastroenterología con síndrome de intestino irritable. De los once síntomas sobresale ocupando el primer lugar el abdomen lleno, distendido o hinchado, significando el 65.00 % sobre el total de pacientes que constituyen la muestra, en segundo sitio se tiene las heces blandas, pastosas o líquidas con el 41.00 %, en tercer lugar se tiene las heces duras o en bolas, representando el 32.00 %; otra sintomatología se presenta de menor a mayor frecuencia: retortijones durante la deposición con el 31.00 %, sensación que las heces no pueden pasar (bloqueadas) cuando se realiza una deposición con el 24.00 %, sensación de vaciado incompleto tras

deposición con el 21.00 %, tener que correr al baño para una deposición, con el 20.00 %, más de 3 deposiciones al día (4 ó más), con el 18.00 %, necesidad de apretar alrededor del ano o la vagina para tratar de sacar los excrementos para poder completar la deposición, con el 18.00 %, menos de 3 deposiciones por semana (0-2), con el 17.00 %, y finalmente con el 9.00 % se tiene a las mucosidades durante la deposición, (Gráfico no 6).

Gráfica No. 6

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS AL MENOS UN CUARTO (1/4) DE LAS VECES (OCASIONES O DÍAS) EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES? (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDA)

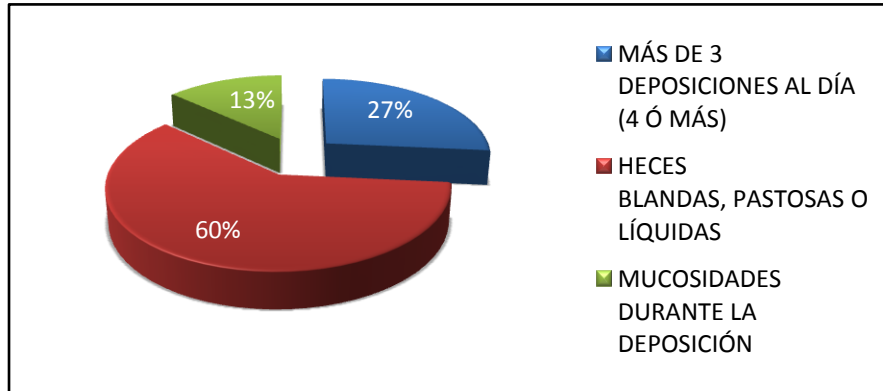


Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

La gráfica precedente muestra objetivamente el comportamiento de la sintomatología predominante en los pacientes con intestino irritable, haciendo la aclaración que un paciente pudo haber declarado uno o más síntomas y por ello de manera independiente se calcularon los porcentajes para cada síntoma.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE DIARRÉA.- En la Gráfica No.7 se identifica según su característica la frecuencia de diarrea funcional a partir de la sintomatología predominante, observándose que el 41.00 % de los pacientes presenta habitualmente heces blandas, pastosas o líquidas, en segundo lugar se tiene como característica más de 3 deposiciones al día (4 ó más), significando el 18.00 % de la muestra analizada, y mucosidades durante la deposición lo presenta el 9.00 % de los pacientes.

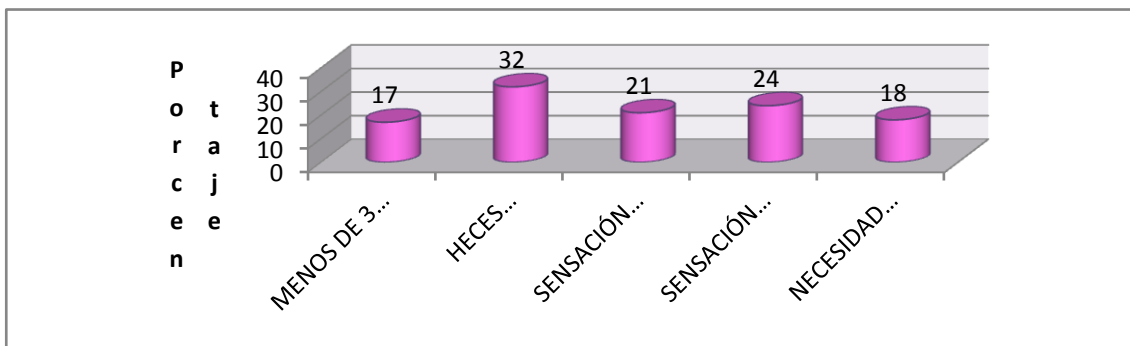
Gráfica No. 7
PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE DIARRÉA



Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE ESTREÑIMIENTO.- En la gráfica No. 8 se identifica según su característica la frecuencia de estreñimiento, a partir de la sintomatología predominante, observándose que el 42.00 % de los pacientes presenta habitualmente heces duras o en bolas, en segundo lugar se tiene como característica la sensación que las heces no pueden pasar (bloqueadas) cuando se realiza una deposición, significando el 24.00 % de la muestra analizada, y en tercer sitio se tiene a la sensación de vaciado incompleto tras la deposición representando el 21.00 % de la muestra analizada.

Gráfica 8.
PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE ESTREÑIMIENTO



Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

CUADRO NO. 7

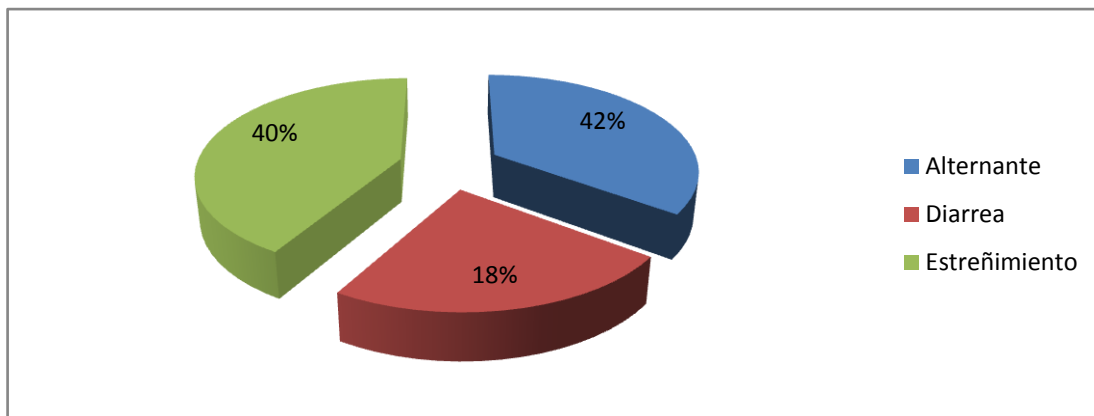
PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN OTRAS CARACTERÍSTICAS.

RESPUESTA.	NÚMERO	%
RETORTIJONES DURANTE LA DEPOSICIÓN	31	31.00
TENER QUE CORRER AL BAÑO PARA UNA DEPOSICIÓN	20	20.00
ABDOMEN LLENO, DISTENDIDO O HINCHADO	65	65.00

Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

En el cuadro No. 7 se identifica la frecuencia de otras características de sintomatología en el paciente con intestino irritable, observándose que el 65.00 % de los pacientes presenta abdomen lleno, distendido o hinchado, en segundo lugar se tiene como característica los retortijones durante la deposición, significando el 31.00 % de la muestra analizada, y en tercer sitio se tiene el hecho de tener que correr al baño para una deposición representando el 20.00 % de la muestra analizada.

Gráfica 9.
DISTRIBUCION DE LOS SUBTÍPOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.



Fuente: Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

En Gráfico No. 9 se hace una comparación con respecto a los tres síntomas predominantes en el SII, observándose predominio de estreñimiento en un 42% como síntoma predominante en los pacientes encuestados en la presente investigación, de acuerdo a la bibliografía internacional el síntoma predominante es el dolor abdominal alto, varios estudios sugieren que entre los afroamericanos

caribeños, en comparación con los individuos blancos, la frecuencia de las deposiciones es menor, la prevalencia de la constipación es mayor, en América Latina, la predominancia de la constipación es más frecuente que la predominancia de la diarrea, la frecuencia de las deposiciones parece ser mayor en la comunidad de la India en su totalidad, 99% presentaron diarrea una o más veces al día, así como la sensación de defecación incompleta (este síntoma a sido relacionado como particular importancia en pacientes de las poblaciones asiáticas, 51% en Singapur, 71% en India, 54% en Taiwan).⁽⁴²⁾

Se muestra a continuación el cuadro No. 8 que muestra los resultados obtenidos en el presente estudio y los resultados publicados en bibliografía internacional, así como el criterio en el cual se basaron para su diagnóstico.

CUADRO No. 8
COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SUBTIPOS DE SII SEGÚN
DISTINTAS PUBLICACIONES INTERNACIONALES Y EL HGZ MF NO.1
PACHUCA.

Estudios Publicados	Criterios			
	Diagnósticos	Estreñimiento	Diarrea	Alternante
Talley NJ, et al. ⁽⁵²⁾	Manning	35%	38%	26%
Lembo T, et al. ⁽⁵³⁾	Manning	46%	34%	20%
Bommelaer G, et al. ⁽⁵⁴⁾	Roma I	26%	35%	38%
Mearin F, et al. ⁽⁴³⁾	Roma II	44%	29%	27%
HGZ MF No.1 *	Roma II	42%	18%	40%

*Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

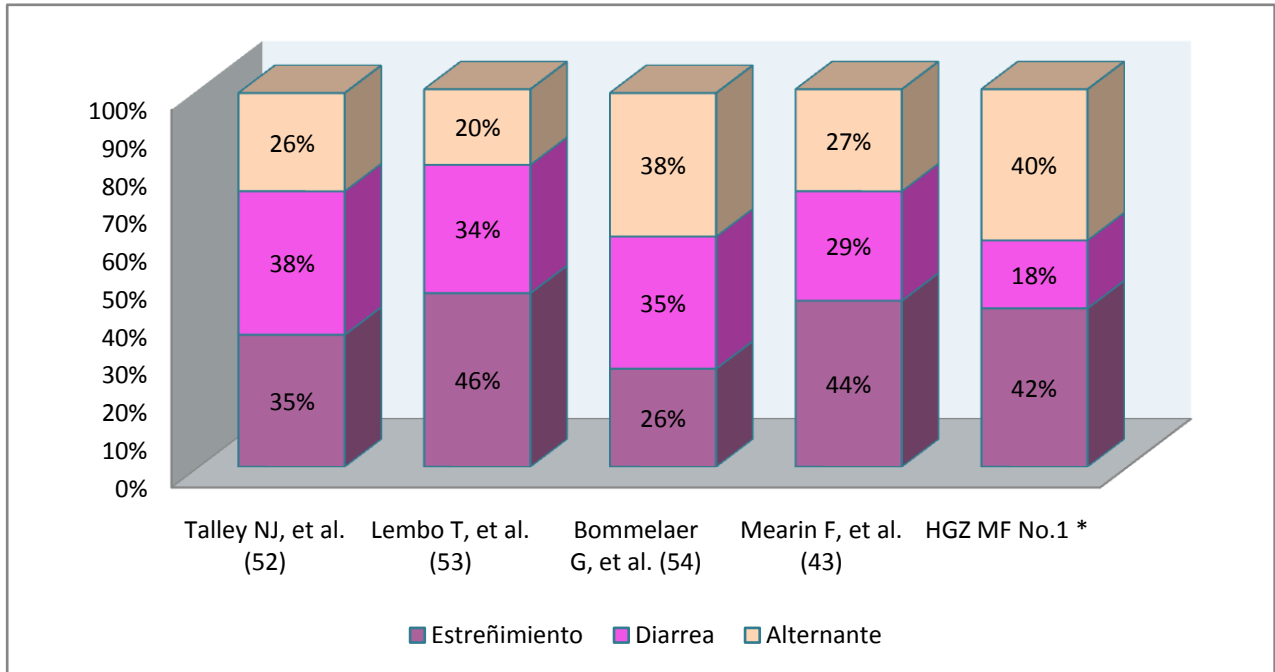
Fuente: Talley NJ, Zinsmeister RR, Melton IJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiology* 1995;142:76-83.

Lembo T, Nalioff B, Munakata J, et al. symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1320-26.

Bommelaer G, Dorval E, Denis P, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in the French population according to the Rome I criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:1118-23.

*Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

Gráfica 10.
COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SUBTIPOS DE SII SEGÚN
DISTINTAS PUBLICACIONES INTERNACIONALES Y EL HGZ MF NO.1
PACHUCA.



Fuente: Talley NJ, Zinsmeister RR, Melton IJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995;142:76-83.
 Lembo T, Nalioff B, Munakata J, et al. symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1320-26.
 Bommelaer G, Dorval E, Denis P, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in the French population according to the Rome I criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:1118-23.
 *Cuestionario diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

XII. DISCUSIÓN.

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional recidivante definido por criterios diagnósticos basados en síntomas, en ausencia de causas orgánicas detectables. El cuadro sintomático no es específico de SII, ya que dichos síntomas pueden presentarse ocasionalmente en cualquier individuo.

El cuestionario de Drosman DA basado en los criterios de Roma II con énfasis en los desordenes intestinales permitió obtener los indicadores fundamentales de la sintomatología predominante (diarrea, estreñimiento y sintomatología alternante) en pacientes con intestino irritable diagnosticados por el servicio de gastroenterología lo cual sobre bases sólidas permitirá a los médicos familiares detectar oportunamente los síntomas asociados al síndrome e iniciar el tratamiento farmacológico e indicaciones dietéticas, así como el envío adecuado y oportuno en caso necesario para valoraciones con el médico internista, cirujano general y/o gastroenterólogo.

Los resultados obtenidos a partir de la muestra, consistente en 100 pacientes con síndrome de intestino irritable pueden extrapolarse a los 150 pacientes que ya cuentan con el diagnóstico por gastroenterología y que continúan su control en medicina familiar, en el que se encontró que la distribución de edad más frecuente fue entre los 40 a 44 años representando el 72% sobre el total de la muestra analizada, en cambio a partir de los 65 años el porcentaje se reduce a 21%, con mayor predominio el sexo femenino, significando el 72.00 %, el sexo masculino representó el 28.00 % con una razón de sexos de 2.57 mujeres por cada varón. Al calcular las medidas de tendencia central, se obtuvo una media o promedio de 52 años de edad, una mediana también de 52 años, y una cifra modal de 38 años de edad; en cuanto a la variación promedio de dispersión, se obtuvo una desviación estándar de 14.51 años en cifras relativas, estableciéndose un intervalo de confianza del 95% de 23 a 81 años de edad, lo cual quiere decir que en diferentes muestras que se analicen las edades caerán dentro del intervalo establecido, en cuanto a la sintomatología predominante se encontró un 42% de predominio de estreñimiento (P=42), 18% diarrea (P=18), 40% alternante (P=40) y aunque con los otros criterios diagnósticos no se establecen específicamente los subtipos, en los distintos estudios publicados también se han asignado los diferentes subtipos según el trastorno evacuatorio predominante.

En cuanto a otros síntomas digestivos se observa una mayor prevalencia de distensión abdominal, también es común que estos pacientes presenten síntomas variados, como la pirosis, dispepsia funcional, que se pueden observar hasta en el 47.6% según la bibliografía. Algunas manifestaciones clínicas extradigestivas son significativamente más frecuentes en los pacientes con SII que en la población general, de entre las que destacan en diversos estudios, la fibromialgia (28%), síndrome de fatiga crónica en un 50%, dolor abdominal pélvico crónico observado en el 49% de las mujeres que padecen SII, o la disfunción de la articulación temporomandibular (45).

En la mayoría de los estudios se observa una mayor prevalencia del SII en el género femenino que en el masculino, independientemente del criterio diagnóstico utilizado, lo cual se corroboró en el presente estudio con una razón de sexos de

2.57 mujeres por cada varón, Así mismo en un estudio epidemiológico realizado en España, se observó que la prevalencia del mismo es entre 2 y 4 veces mayor en mujeres que en hombres, el género influye además en el subtipo de SII, de forma que el subtipo con predominio de estreñimiento y el subtipo alterante son más frecuentes en mujeres (80%), mientras que el subtipo de diarrea se distribuye por igual entre ambos sexos.

La información obtenida en el presente estudio con la población del HGZ MF no.1, presenta similitud con lo publicado en distintos artículos nacionales e internacionales, los cuales reportan un predominio de estreñimiento como síntoma predominante con una media del 44%, lo cual se puede observar en la gráfica número 10 del presente, cabe mencionar que en los distintos estudios se utilizaron diferentes criterios diagnósticos (Roma I, Roma II y Manning), entre los que destaca el estudio publicado por Mearin F, et al en el 2003, el cual tomó en cuenta el mismo criterio diagnóstico (Roma II) que la presente investigación. Mearin F, llevó a cabo su investigación en población española con una muestra de 2000 pacientes reportando una distribución de sintomatología predominante que corresponde a: estreñimiento 44%, diarrea 29%, alternante 27%, cuyos resultados muestran gran similitud con los obtenidos en el HGZ MF No.1, tomando gran relevancia, ya que fueron realizados en poblaciones con características distintas, por lo que el conocimiento de estos resultados, debe permitir a los médicos familiares reconocer la sintomatología predominante, haciendo un uso adecuado de los criterios diagnósticos, para así evitar el enmascaramiento de los cuadros pudiendo brindar un diagnóstico y terapéutica oportuna, por tanto sería de gran utilidad el proporcionarles la tabla resumen de indicadores incluida en la investigación, para que la utilicen como guía en su labor cotidiana; por otra parte es conveniente utilizar los resultados para la enseñanza y soporte a otros proyectos de investigación relacionados con el tema.

XIII. CONCLUSIONES.

Esta investigación parte de una situación especial: Identificar un síndrome cuya expresión clínica es compleja, multifactorial y muy prevalente, aunada al riesgo de diagnosticarse en menor o mayor proporción con la realidad, al conocer la evidencia publicada en las herramientas de diagnóstico y extrapolarlas a nuestra población, identificando cual es el síntoma predominante, permite optimizar el manejo de los pacientes, ya que resulta difícil para el clínico recurrir a toda una batería de exámenes para finalmente concluir que se trata de un problema funcional, lo que representa una carga financiera enorme en los sistemas de salud y con repercusiones directas e indirectas para los pacientes.

En base a lo realizado en el presente estudio se puede concluir:

En el HGZMF no. 1 de la Cd de Pachuca, Hgo, se identifica que el síndrome de intestino irritable predomina en mujeres, con una razón de 2.57 mujeres por cada varón.

La distribución de edad más frecuente fue entre los 40 a 44 años representando el 15% sobre el total de la muestra analizada.

En lo que respecta a la sintomatología, motivo de este estudio se identificó al estreñimiento como síntoma predominante en un 42%, diarrea como síntoma se presentó en el 18% y la sintomatología alternante en un 40% de la muestra analizada, a diferencia de los estudios internacionales en los cuales el síntoma alternante se presenta en un bajo porcentaje.

Es por eso que la presente investigación toma importancia ya que identifica la sintomatología predominante del SII en nuestra población, haciendo así mas fácil la identificación de la patología por el medico primer nivel, diferenciándolo de una patología orgánica, evitando la sobrecarga de trabajo en las especialidades de medicina Interna, Cirugía general y Gastroenterología, al contar con los conocimientos y herramientas para el diagnóstico de esta patología que condiciona el 70% de motivo de consulta por patología digestiva para el medico familiar, evitando altos costos en la atención de este tipo de pacientes pero sin perjuicio del paciente con patología orgánica que ameritará de otro tipo de atención.

XIV.-Cronograma de actividades:

2011-2013	2011		2012												2013							
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	
Delimitación del tema a estudiar	■																					
Realizado	■																					
Recuperación, revisión y selección de la bibliografía		■																				
Realizado		■																				
Elaboración del protocolo			■	■	■																	
Realizado			■	■	■																	
Presentación al comité						■	■	■	■	■	■	■										
Realizado						■	■	■	■	■	■											
Planeación operativa													■	■								
Realizado													■	■								
Recolección de la información															■	■						
Realizado															■	■						
Análisis de los resultados																	■	■	■	■		
Realizado																	■	■	■	■		
Escritura de tesis e informes																					■	■
Realizado																					■	■
Otras actividades.																						
Realizado																						

XV.-Referencias bibliográficas:

1. Castañeda SR. Síndrome de Intestino Irritable. Revista Medicina Universitaria, 2010; 12 (46): 39-46
2. Bautista CR, Ortiz ER, Muñoz JS. Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de medicina. Revista de la Facultad de medicina UNAM, 2011; 54 (3): 3-10.
3. Ureña VJ, Vásquez FF, Jiménez PA, Et. al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en población abierta en la ciudad de Veracruz, México. Revista de Gastroenterología de México, 2010; 75 (1): 37-48.
4. Schmulson MJ. El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del Síndrome de Intestino Irritable (SII). Revista Médica de Chile, 2008; 136: 1398-1405.
5. Rodríguez MA, Asencio HL, Altamirano JT. Respuesta al tratamiento con bromuro de pinaverio en un grupo de pacientes con síndrome de colon irritable y diversos grados de neurosis. Revista Medicina Interna de México, 2008; 21 (6): 426-430.
6. Klinger J. Síndrome de Intestino Irritable. Revista Médica de Chile, 2009; 129 (5): 232-242.
7. Almansa C, Bolaños E, Palma M, Et. al. Opinión de los médicos españoles sobre el Síndrome de Intestino Irritable: resultados de un estudio utilizando el método Delphi. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2007; 99 (4): 210–217.
8. Cornejo ZC, Villareal MJ. Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. Revista de Gastroenterología del Perú, 2008; 25 (2): 210-217.
9. Mearín F. Síndrome del Intestino Irritable: nuevos criterios de roma III, Revista de Medicina Clínica, 2007; 128 (9): 335 – 43.
10. Amaya A, Perilla C, Góngora A, Et. al. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable y factores asociados. Acta Medica Colombiana, 2007; 22 (5): 129-138.
11. Restrepo LF, Páez ML, Guzmán DM, Et. al. Síndrome de Intestino Irritable y trastornos de ansiedad y depresión en Bogotá, Colombia, Universidad del Rosario, 2011; 1 (1): 1-17.
12. Moreira VF, López SA. Síndrome del Intestino Irritable. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2009; 97 (1): 59-60.
13. González M, De Ascencao M. Síndrome de Intestino Irritable: Aspectos psicológicos. Revista de la Facultad de Medicina, 2008; 28, (2): 156-162.
14. Asociación Española de Gastroenterología. Síndrome de Intestino Irritable Guía Práctica Clínica, 2007; 1(1): 19-30.
15. Mearín F, Montoro MA. Síndrome de Intestino Irritable. Problemas Comunes en la Práctica Clínica, 2006; 30 (2): 375–382.
16. Brizuela RA. Síndrome de Intestino Irritable. Revista Cubana de Medicina Militar, 2008; 26 (1):15-29.

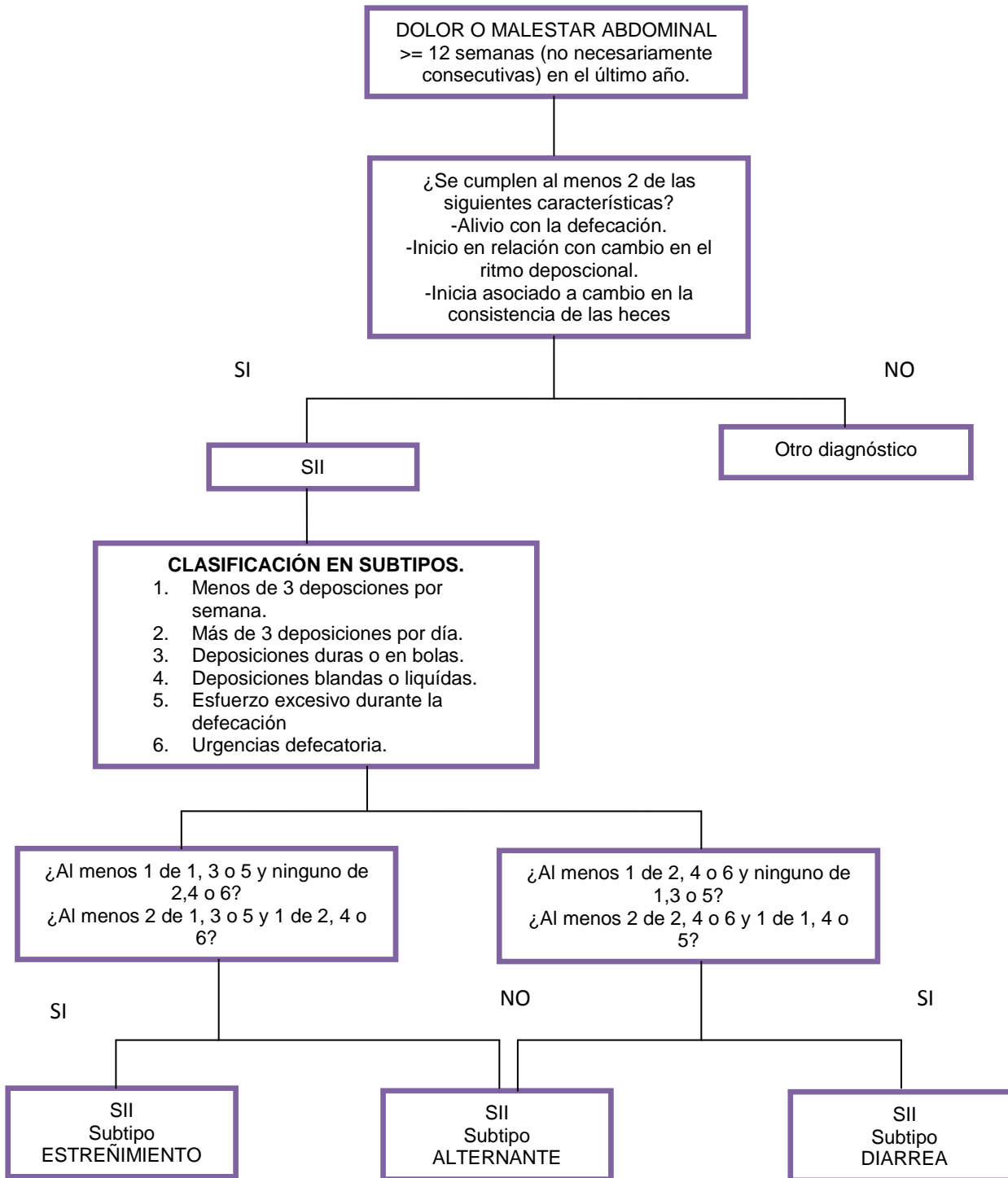
17. Casellas JF, López VJ. Evaluación de calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Revista de Gastroenterología y Hepatología*, 2006; 27 (2): 58-68.
18. Holtmann G. Functional gastrodeuodenal disorders. *Practical Gastroenterology and Hepatology: Esophagus and stomach*, 2010; 55: 434-456.
19. Soriano AC. Intestino Irritable: Cuadro Clínico y Diagnóstico. *Revista Médica*, 2008; 42 (5): 16-22.
20. León JF, Cubas BF. Características clínicas del Síndrome de Intestino Irritable en pacientes de dos centros asistenciales. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 2009; 22 (3): 231-243.
21. Estopá DJ, Santos MC, Veiga CT. Síndrome del Intestino Irritable. *Revista de la Sociedad Española de Médicos Generales*, 2009; 63: 211–225.
22. Tort S, Balboa A, Carrillo R, Et. al. Guía práctica clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable. *Revista de Gastroenterología y Hepatología*, 2006; 29 (8): 467–521.
23. Vides JC. Síndrome de Intestino Irritable. *Revista de Histología de Colombia*, 2011; 1 (1): 112-123.
24. Valenzuela J, Alvarado J, Cogen H, Et. al. Un consenso Latinoamericano sobre el Síndrome del Intestino Irritable. *Revista de Gastroenterología y Hepatología*, 2007; 27 (5): 325-43.
25. Cuera PR, Valenzuela JE. Hipersensibilidad visceral: un concepto a nuestro alcance. *Revista Médica de Chile*, 2008; 131 (1): 85–92.
26. Bouras EP, Scolapio JS. Trastornos de la motilidad gástrica: Tratamientos para optimizar el estado nutricional. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2009; 38 (7): 549–557.
27. Téllez VJ. Aspectos neurobiológicos del Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Avances*, 2008; 5 (1): 879-884.
28. Mearín F. Síndrome de Intestino Irritable, inflamación intestinal y gastroenteritis aguda: ¿alguna conexión? *Revista de Gastroenterología de México*, 2010; 75 (2): 63–71.
29. Otero RW, Gómez ZM. Síndrome de Intestino Irritable: diagnóstico y tratamiento farmacológica revisión concisa. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 2008; 25 (2): 212-225.
30. González L, Rivera S. Manejo farmacológico del colon irritable. *Revista de Medicina Familiar*, 2009; 1 (1): 23-28.
31. Parrota MA, Audisio J. Síndrome de Intestino Irritable. *Revista Asociación de Proctología del Sur*, 2007; 1 (3): 32-43.
32. Arnalich F, Martínez PL, Capitán CF, Et. al. Tratamiento de la dispepsia funcional y del Síndrome de Intestino Irritable. *Servicio de Medicina Interna*, 2007; 22: 1-8.
33. Remes JM, Gómez EO, Nogueira JR, Et. al. Tratamiento farmacológico del Síndrome de Intestino Irritable: Revisión técnica. *Revista de Gastroenterología*, 2010; 75 (1): 42–66.
34. González OO. Tratamiento del dolor abdominal en el Síndrome de Intestino Irritable. *Asociación Colombiana de Gastroenterología*, 2008; 1: 216–218.

35. Gobierno Federal de México. Guía de referencia rápida, diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Colon Irritable. Secretaría de Salud, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, 2008; 1: 42 – 80.
36. Clouse RE. Antidepresivos para el Síndrome del Intestino Irritable. *Gut*, 2007; 52 (4): 598–599.
37. Gunn MC, Calvin AA. Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable. *Postgraduate Medical Journal*, 2008; 79: 154–158.
38. Tobón S, Vinaccia S, Sandín B. Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2010; 9 (2): 81–98.
39. Campos HG, León BR, Villarreal MJ, Et. al., Asociación entre Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 2008; Vol. 21, No. 3: 298-309.
40. Borrás GR. Measuring irritable bowel syndrome severity – What for and how? *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2011; 103 (12): 607-611.
41. Archivo Clínico SAIS, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, IMSS, Hidalgo.
42. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología. Irritable bowel syndrome. WGO Practice guideline, 2009:2-23.
43. Mearin F, Balboa A, Baro E, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:165-72.
44. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome de intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de familia y comunitaria y centro Cochrane Iberoamericano, 2005.
45. Mearin F., Síndrome de intestino irritable: Nuevos criterios de Roma III. *Revista Med Clin Barcelona* 2007;128(9):335-343.
46. El-Serag HB, Pilgrim P, Schoenfeld P. Natural history of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19(8):861-70.
47. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Nailboff B. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-60.
48. Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel Syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion* 1999;60:77-81
49. El-Serag HB, Abrahamsson H, Svedlund J. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral center versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scand J Gastroenterol* 2001;36:545-52.
50. Lannig C, Mortensen D, Friis M, et al. Gastrointestinal dysfunction in a community sample of subjects with symptoms of irritable bowel syndrome. *Digestion* 2003;67:14-9.
51. McIntosh DG, Thompson WG, Patel DG. Is rectal biopsy necessary in irritable bowel syndrome? *Am J Gastroenterol* 1992;87:1407-9.

52. Talley NJ, Zinsmeister RR, Melton IJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995;142:76-83.
53. Lembo T, Nalioff B, Munakata J, et al. symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1320-26.
54. Bommelaer G, Dorval E, Denis P, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in The French population according to the Rome I criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:1118-23.

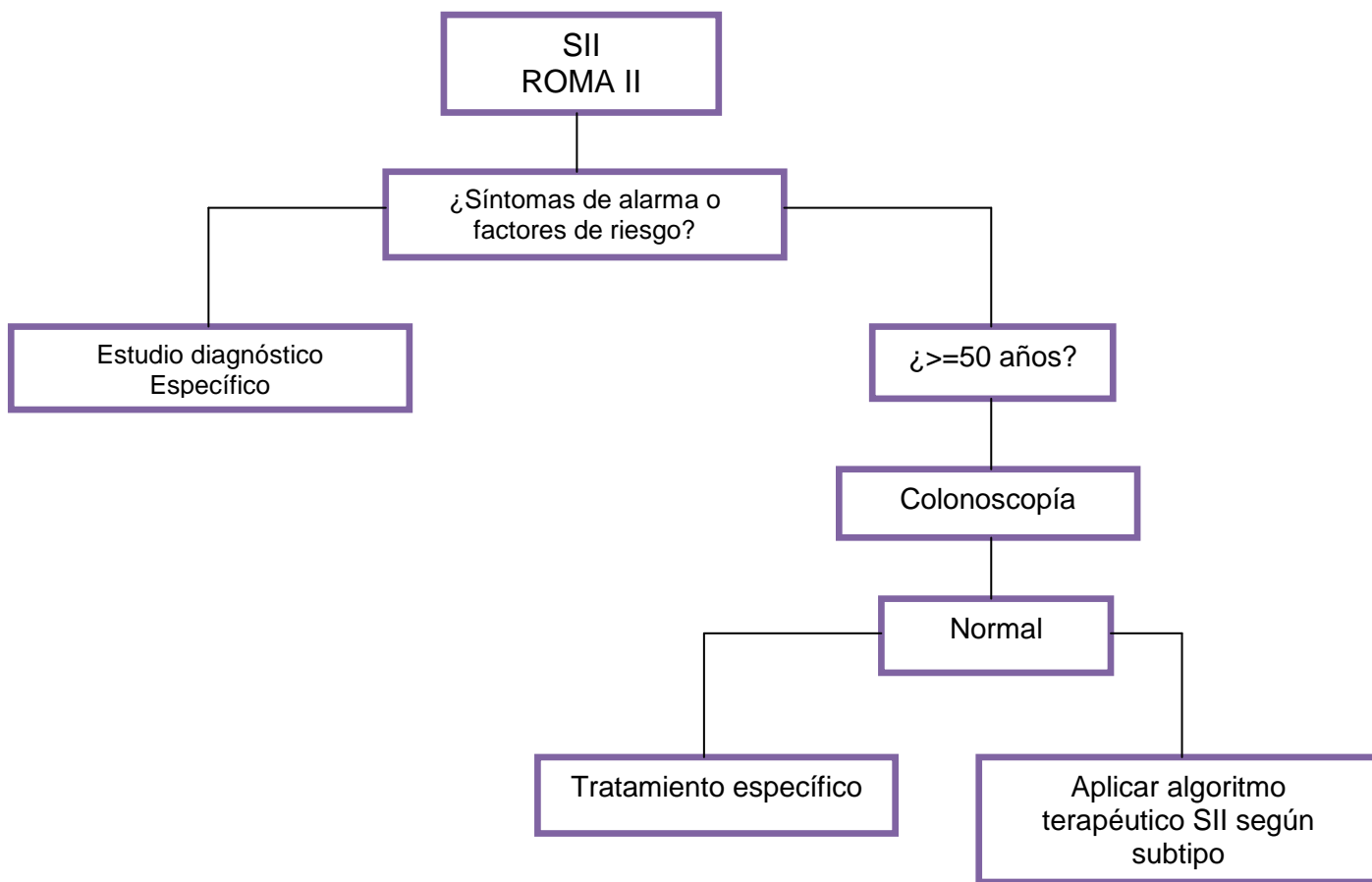
XVI.-ANEXOS

16.1. Algoritmo 1. DIAGNÓSTICO DE SII. ⁽⁴⁴⁾



Fuente: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome de intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de familia y comunitaria y centro Cochrane Iberoamericano, 2005.

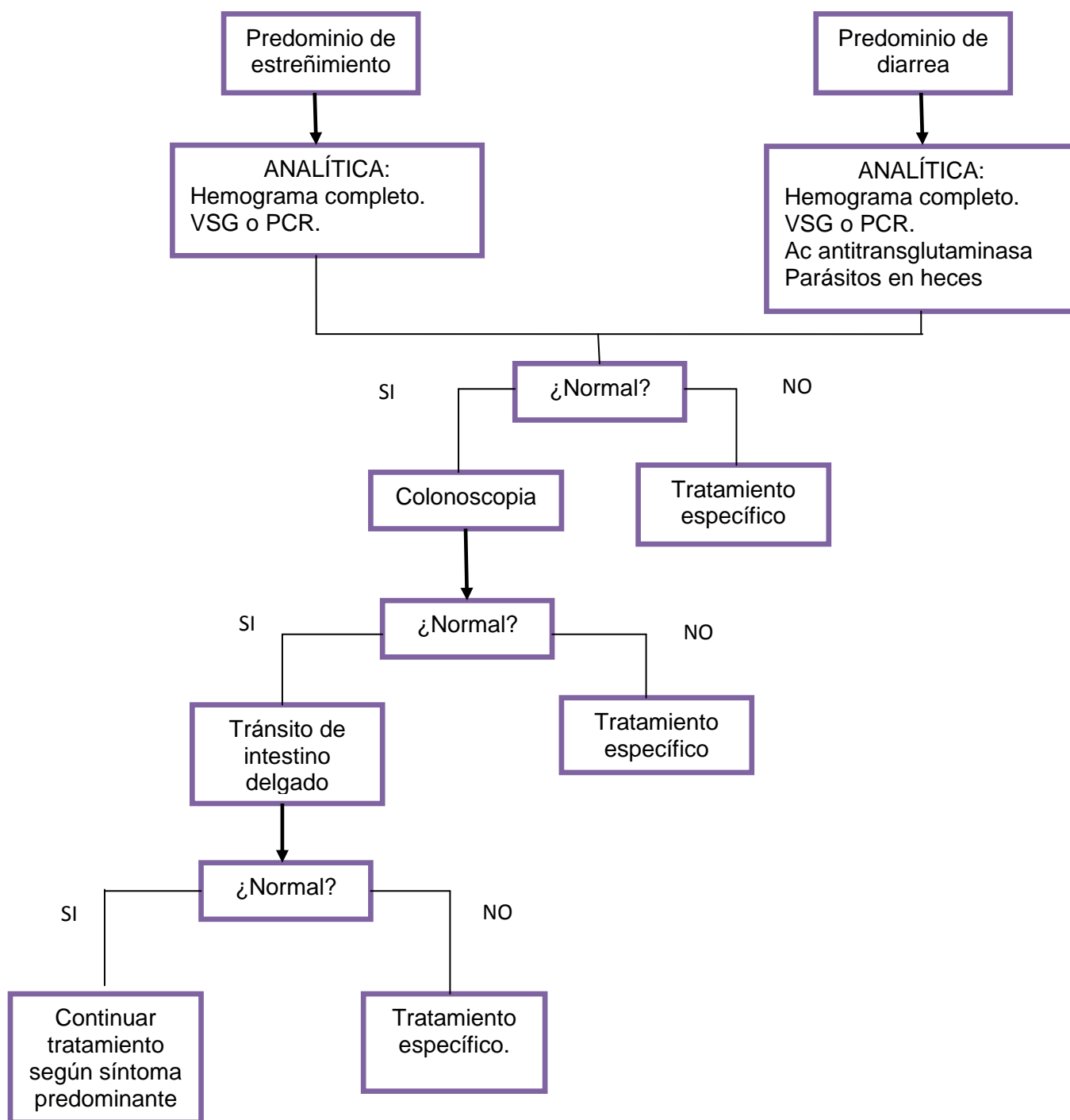
16.2. Algoritmo 2. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SII. ⁽⁴⁴⁾



- SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA**
- Inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años.
 - Alteraciones en la exploración física.
 - Presencia de síntomas nocturnos.
 - Fiebre.
 - Anemia.
 - Pérdida de peso no intencionada.
 - Presencia de sangre en heces.
 - Historia familiar de cáncer colorrectal.
 - Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Historia familiar de enfermedad celíaca.

Fuente: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome de intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de familia y comunitaria y centro Cochrane Iberoamericano, 2005.

16.3. Algoritmo 3. Descartar organicidad en pacientes que no responden al tratamiento.



Fuente: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome de intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de familia y comunitaria y centro Cochrane Iberoamericano, 2005.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN HIDALGO**



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NUM 1
Anexo 1) CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

Edad: <input type="checkbox"/> 20-25 <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> 31-35 <input type="checkbox"/> 36-40 <input type="checkbox"/> 41-45 <input type="checkbox"/> 46-49	Sexo () H () M	Folio _____ ¿Motivo de consulta? _____
Escolaridad: _____ ¿Se somete a estrés continuamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Ocupación _____	¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con que frecuencia? <input type="checkbox"/> 2 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 1 vez en 15 días <input type="checkbox"/> 1 vez por mes <input type="checkbox"/> esporádicamente ¿Fuma? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ¿Cuántos cigarrillos? _____	Tipo de alimentación: <input type="checkbox"/> Rica en grasas <input type="checkbox"/> Ricas en Azúcares <input type="checkbox"/> A base de lácteos <input type="checkbox"/> Frutas y verduras <input type="checkbox"/> Carnes rojas <input type="checkbox"/> Pescados y mariscos <input type="checkbox"/> Harinas <input type="checkbox"/> Bebidas edulcorantes y concentradas

No.	Pregunta	Respuesta
1	¿Ha sentido a menudo (durante al menos tres semanas en los últimos tres meses, por lo menos un día a la semana) molestias o dolor en el abdomen?	<input type="radio"/> No o pocas veces (saltar a la pregunta 5) <input type="radio"/> Sí
2	¿Su dolor o sus molestias mejoran o desaparecen después de las deposiciones?	<input type="radio"/> No o pocas veces <input type="radio"/> Sí
3	¿Cuándo las molestias o el dolor empiezan, ¿tiene algún cambio en su número habitual de deposiciones? (ya sean más o menos)	<input type="radio"/> No o pocas veces <input type="radio"/> Sí
4	Cuando las molestias o el dolor empiezan, ¿sus excrementos son más blandos o más duros de lo habitual?	<input type="radio"/> No o pocas veces <input type="radio"/> Sí
5	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas al menos un cuarto (1/4) de las veces (ocasiones o días) en los últimos tres meses? (marque todos los que corresponda)	<input type="radio"/> 1 Menos de tres deposiciones por semana (0-2) <input type="radio"/> 2 Más de tres deposiciones al día (4 o más) <input type="radio"/> 3 Heces duras o en bolas <input type="radio"/> 4 Heces Blandas, pastosas o líquidas <input type="radio"/> 5 Retortijones durante la deposición <input type="radio"/> 6 Tener que correr al baño para una deposición <input type="radio"/> 7 Sensación de vaciado incompleto tras una deposición <input type="radio"/> 8 Mucosidades durante la deposición <input type="radio"/> 9 Abdomen lleno, distendido o hinchado <input type="radio"/> 10 Sensación que las heces no pueden pasar (bloqueadas) cuando se realiza una deposición <input type="radio"/> 11 Necesidad de apretar alrededor del ano o la vagina para tratar de sacar los excrementos para poder completar la deposición
6	En los últimos tres meses, ¿sus heces han sido blandas, pastosas o líquidas en más del 75% (3/4) de sus deposiciones?	<input type="radio"/> No o pocas veces <input type="radio"/> Sí

Firma del participante

Anexo 2. Consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LOS
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del Estudio: Sintomatología predominante del síndrome de Intestino Irritable, en pacientes atendidos en la consulta externa de gastroenterología, del HGZMFNo.1.

Lugar y fecha: Pachuca de Soto, Hgo., a _____ del mes de _____ de _____.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Identificar la sintomatología predominante del Síndrome de Intestino Irritable, en pacientes ya diagnosticados, atendidos en la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1.

Procedimientos: Se aplicará un cuestionario sobre su padecimiento, en el que proporcionará algunos datos personales como edad, sexo, escolaridad, así como responder a preguntas específicas sobre Síndrome de Intestino Irritable.

Posibles riesgos y molestias: La investigación no ocasionará molestias, únicamente consistirá en responder a una serie de preguntas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Con su participación, mejorará la atención médica que recibe en ésta institución de salud, otorgándole mejores decisiones en su tratamiento.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Todos los participantes tendrán oportunidad de conocer los resultados de la investigación una vez concluida, a través del investigador responsable.

Participación o retiro: el paciente conserva el derecho de retirarse del estudio en el momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Privacidad y confidencialidad: el investigador dará la seguridad de que no se identificará al paciente en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.

Beneficios al término del estudio: Una atención de mejor calidad, sustentada en evidencias en las que mejorará su calidad de vida ante el Síndrome de Intestino Irritable.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Ariadna Leticia Ángeles Huerta.

Colaboradores: Dra. Elba Torres Flores, Lic. Máximo Ventura Jesús.

Comisión de ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4 to. Piso bloque B de la unidad de congresos, colonia doctores. México DF., CP 06720, teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, correo electrónico: comisión Ética imss.gob.mx.

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. Ariadna Leticia Angeles Huerta Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma