



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de Titulación

PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

“SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014”

AUTORA:

ANA VERÓNICA GUTIÉRREZ SOLÓRZANO

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas

PORTOVIEJO - MANABÍ - ECUADOR

2014

TEMA:

“SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014”

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico primero a Dios, fuente de inspiración.

A mi padres, Lcda. Zaida Solórzano Rodas y Lcdo. Tito Gutiérrez Bravo por ser un apoyo fundamental en mi vida, he aquí el esfuerzo, la educación, la entrega y el ejemplo por hacer las cosas bien, siempre con honradez, humildad y amor.

A mis hermanos Borys Arturo, Zaida Geoconda y Wolfgang Enrique, por su apoyo, comprensión y paciencia para que nunca desmayara y siempre salga adelante, ejemplos vivos de superación y amor a lo que hacen.

A mi tía querida Negda Solórzano Rodas, una mujer que con su paz y ayuda espiritual, siempre me levantaba los ánimos después de una jornada extenuante y a veces triste.

A mis sobrinos hermosos, Natali, Melina, Borys, Emilia y Michelle, que siempre sacan una sonrisa y me inspiran a que surja como el ave fénix cuando siento que no doy más, fueron ellos los que me daban ese pequeño empujón para no desmayar nunca a mis objetivos, los amo mis chiquitos.

Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

Dios por haberme dado vida, salud y energía.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Escuela Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina por haberme acogido, permitido estudiar y culminar con éxito.

A mis miembros de tesis, representado por la Lcda. Jacqueline Gorozabel, Dr. Freddy Hinostraza, Lcda. Narcisa Briones y el Dr. Ángel Zamora que con su ayuda me permiten culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres Lcda. Zaida Solórzano Rodas y Lcdo. Tito Gutiérrez Bravo por el apoyo incondicional, por la espera de esta semilla que empieza a dar frutos.

A mis hermanos Borys Arturo, Zaida Geoconda y Wolfgang Enrique que de una u otra forma siempre estuvieron para ayudarme en lo que necesitare.

Que decir de mis hermanos políticos Abg. Karina Izurieta Campozano e Ing. Xavier Ríos que siempre estuvieron dispuestos a brindarme una respuesta, una ayuda.

A esas personitas especiales en mi vida, que en algún momento fueron parte protagónica de mi vida y que muchas de ellas en los actuales momentos ya no están, pero que toleraron mi estrés, mis cambios de humor, mis malas noches, mis tristezas y mis lágrimas, millón gracias.

La hoja me quedaría pequeña si nombro a cada uno de mis amigos o personas, es mejor decir GRACIAS A TODOS, por estar conmigo en las buenas y en las malas.

Ana Verónica Gutiérrez Solórzano



CERTIFICACIÓN

Yo, Dr. Freddy Hinostrza Dueñas. CERTIFICO que el trabajo de titulación de investigación: “SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014” es trabajo original de su autora; Ana Verónica Gutiérrez Solórzano, la que ha sido revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección, por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento general de graduación de Universidad Técnica de Manabí autorizo su presentación para los fines pertinentes.

Dr. Freddy Hinostrza Dueñas.
DIRECTOR DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS PACIENTES
ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2013 - FEBRERO 2014”.

Trabajo de titulación sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo,
requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.
DECANA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Dr. Freddy Hinostriza Dueñas
DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACION

Lcda. Jacqueline Gorozabel A.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DEL
TRABAJO DE TITULACION

Dr. Angel Zamora Cevallos
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Narcisa Briones B.
MIEMBRO DEL TRIBUNA

DERECHO DE AUTORIA

Yo, ANA VERONICA GUTIERREZ SOLORZANO con C.I. 131201072-9, declaro bajo juramento que el presente trabajo escrito es de mi propia autoría, no ha sido previamente presentado por ningún grado o calificación profesional y he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la declaración cedo mi derecho de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo a la UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI, Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Medicina. Según lo establecido por la ley de propiedad intelectual y su reglamento.

Portoviejo, Junio del 2014

Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

CI: 131201072-9

INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<i>Págs.</i>
PORTADA	i
TEMA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN	v
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.	vi
DERECHO DE AUTORÍA	vii
INDICE DE CONTENIDOS	viii
RESÚMEN	xi
SUMARY	xiii
Capítulo I.....	1
Introducción	1
Justificación	3
Planteamiento del problema	4
Formulación del problema	5
Sistematización del Problema.....	5
Objetivos de la Investigación	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos	6
Marco Institucional.....	7
Capitulo II.....	9
Marco Teórico.....	9
Capitulo III.....	45
Variables	45
Variable Independiente	45
Variable Dependiente	46

Diseño Metodológico	47
Tipo de estudio	47
Población y muestra	47
Criterios de inclusión	47
Área de estudio	47
Métodos de recolección de datos	48
Recursos	49
Técnicos	49
Materiales	49
Instituciones	49
Recursos económicos	49
Tiempo	49
Presupuesto de la Tesis	50
Presentación, análisis y representación de datos	51
Tabla y Gráfico N° 1	52
Tabla y Gráfico N° 2	53
Tabla y Gráfico N° 3	54
Tabla y Gráfico N° 4	55
Tabla y Gráfico N° 5	56
Tabla y Gráfico N° 6	57
Tabla y Gráfico N° 7	58
Tabla y Gráfico N° 8	59
Tabla y Gráfico N° 9	60
Tabla y Gráfico N° 10	61
Tabla y Gráfico N° 11	62
Tabla y Gráfico N° 12	63
Tabla y Gráfico N° 13	64
Tabla y Gráfico N° 14	65
Tabla y Gráfico N° 15	66
Tabla y Gráfico N° 16	67
Tabla y Gráfico N° 17	68
Tabla y Gráfico N° 18	69

Tabla y Gráfico N° 19	70
Tabla y Gráfico N° 20	71
Tabla y Gráfico N° 21	72
Tabla y Gráfico N° 22	73
Capítulo IV.....	74
Conclusiones y Recomendaciones	74
Conclusiones	75
Recomendaciones	76
Propuesta	78
Cronograma de actividades	83
Bibliografía	84
Anexos	89

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado para conocer la calidad de vida en usuarios diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable, tomando como referencia para la medición de las variables, los indicadores publicados por la Organización Mundial de la Salud sobre los factores que inciden sobre la calidad de vida y Criterios Roma.

Es de acotar que es un estudio único a nivel de Manabí y del Ministerio de Salud Pública.

Según las estadísticas en el Hospital Verdi Cevallos Balda aproximadamente 135 pacientes están diagnosticados con este síndrome, observándose que afecta más a las mujeres que a los varones, en edades comprendidas entre los 51-65 años, generalmente profesionales, de clase media, procedentes del área urbana, con un factor psicosocial detonante principal el estrés, con sobrepeso, sin antecedentes familiares de patología gastrointestinal, que según criterios Roma muchos mejoraban significativamente la sintomatología al evacuar y que existían cambios en la frecuencia de las deposiciones.

Con respecto a la afectación de la calidad de vida, se observó un porcentaje mínimo de afectación a nivel social, laboral y en el sueño.

Es una investigación, prospectiva, observacional que permite conocer el punto débil de la afectación de la enfermedad y la perspectiva que como profesionales de la salud deseamos al tratar una patología con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Palabras Claves: Síndrome de Intestino Irritable, Calidad de Vida, Criterios Roma III, Escala para medir la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.

SUMMARY

The present investigation was conducted to determine the quality of life of users diagnosed with Irritable Bowel Syndrome with reference to the measurement of variables, indicators published by the World Health Organization on the factors that affect the quality Rome Criteria of life.

It is to note that it is a single level study Manabí and the Ministry of Public Health.

According to statistics in the Verdi Cevallos Balda Hospital about 135 patients are diagnosed with this syndrome, noting that affects more women than the men, aged between 51-65 years, usually professional, middle class, from the area urban, a main trigger factor psychosocial stress, overweight, no family history of gastrointestinal disease, which many Roma criteria significantly improved the symptoms to evacuate and that there were changes in the frequency of bowel movements.

With regard to the impact on quality of life, a minimum percentage of impairment to social, work and sleep level was observed.

It is a research, prospective, observational list showing the weakness of disease involvement and perspective as health professionals we want to treat a disease in order to improve the quality of life of our patients.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome , Quality of Life , Rome III criteria , scale for measuring the quality of life of the World Health Organization.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Síndrome de Intestino Irritable se caracteriza por ser un trastorno funcional del intestino que se acompaña de malestar o dolor abdominal que están asociados con cambios en la deposición o con cambio en el hábito intestinal y con alteración en las características de las deposiciones.

Podemos aplicar este diagnóstico a los pacientes que no le encontramos una etiología primaria y que mediante una buena historia clínica y con la realización de pruebas complementarias se descarta otro tipo de patología.

La Calidad de vida es la que un ser humano percibe de su situación de vida, incluyendo su cultura y sistemas de valores, relacionado además a sus expectativas, objetivos y preocupaciones. (Organización Mundial de la Salud, (OMS)(2005)

Varios estudios han demostrado que la calidad de vida en estos pacientes se ve de una manera muy sutil deteriorada, a diferencia de otro tipo de enfermedades crónicas e incluso propiamente gastrointestinales.

Los indicadores principales que influyen en una desmejoría en la calidad de vida de los pacientes son las relaciones sociales, sexuales y las de entorno familiar.

Según en un estudio publicado refiere que solo un aspecto como es la exacerbación de su enfermedad la que provoca que las personas crean que su estado de su salud es malo, con respecto a los demás ítems valorados a la calidad de vida no se ven afectadas.

Mediante una evaluación con sistema genérico como es la escala SF-36, ha demostrado que la perspectiva del paciente con respecto a su calidad de vida es peor en relación a la población general y se agrava mucho más en pacientes que acuden a un centro hospitalario que a un consultorio médico.

La prevalencia en Región Asia-Pacífico está en aumento, particularmente en países que están en vía de desarrollo. Un estudio en China halló que la prevalencia según criterios de Roma III, era de 15.9% en pacientes ambulatorios.

Los datos en América del Sur son escasos, por ejemplo en Uruguay solo existe un estudio, indicando una prevalencia de 10,9%, de los cuales 14,8% afecta a las mujeres, mientras que a los hombres con 5,4%; de los cuales presentaron SII-Constipación un 58% y con diarrea un 17%, el 72% de la población de estudio presentó síntomas antes de los 45 años.

JUSTIFICACION

La incidencia del Síndrome de Intestino Irritable es muy elevada a nivel mundial, por sus repercusiones a nivel social, sanitario y económico.

Al ser esta una enfermedad sindrómica lleva al médico de poca experiencia al uso indiscriminado de pruebas diagnósticas, además de las prescripciones terapéuticas que suelen ser en muchos casos al tratamiento de cada síntoma lo que provoca gastos en recursos, especialmente económicos. El Síndrome de Intestino Irritable a pesar de ser una enfermedad crónica no es para preocupar al paciente de que es una enfermedad que conlleve a un riesgo de padecer algún tipo de cáncer.

La razón por la que se debe estudiar la calidad de vida relacionada con la salud como un método para saber la perspectiva del paciente con respecto a su enfermedad y tratamiento, así como sus mecanismos de adaptación de la enfermedad con el entorno que le rodea.

El presente trabajo se realiza por ser una enfermedad poco conocida, pero que su prevalencia va aumentando sin respetar ningún estrato social, edad o sexo, que afecta a la población y que por poco interés en su salud llegan con cuadros exacerbados en busca de ayuda médica, he aquí un problema porque es un síndrome poco conocido que se puede confundir con algún tipo de trastorno gastrointestinal en especial con una gastritis si no se realiza una buena historia clínica.

Es un estudio único a nivel de Manabí que ayudaría aportar nuevas ideas para un mejor manejo a realizarse en estos pacientes para lograr en ellos una mejoría de su calidad de vida, así mismo de importancia para la salud para identificar a la población según sus características socio demográfico y trabajar en una prevención de la enfermedad o exacerbación de sus dolencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A medida que las sociedades progresan, aumentan también las responsabilidades y obligaciones de los seres humanos, por lo que permanentemente cambian nuestro estilos de vida, influyen como agentes negativos, que a la vez terminan siendo nocivos para la salud, uno de ellos es el sedentarismo y otro mucho más importante es el estrés que terminan desarrollando en el ser humano algún tipo de patología que una vez diagnosticada modifica en algo nuestras actividades diarias.

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud no es un tema reciente, porque siempre el profesional de la salud tiene como objetivo, brindarle al paciente una mejoría a corto y largo plazo de su enfermedad para mejorar su calidad de vida, en el Síndrome de Intestino Irritable dar un tratamiento farmacológico único es difícil por la complejidad de sus síntomas y mucho más por la poca existencia de pruebas específicas que determinen su etiología.

En el Ecuador no existe dato alguno sobre síndrome de intestino irritable, a pesar de la presencia de factores de riesgo y mala calidad de vida. A nivel del Ministerio de Salud Pública es poca la referencia sobre la estadística e incidencia de esta patología; es por este motivo que la investigadora en este estudio no solo ha considerado utilizar la observación, análisis y valoración clínica sino que también por medio de esta investigación dar a conocer la relación de esta patología común con la calidad de vida de los pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el síndrome de intestino irritable en la calidad de vida en usuarios atendidos en la consulta externa del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda?

SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la población afectada por el Síndrome de Intestino Irritable?

¿Cuál es el principal factor o factores de riesgos que determinan la presencia o exacerbación de la enfermedad?

¿Qué manifestación clínica es la que causa más molestia al paciente y desmejora su calidad de vida?

OBJETIVOS

General:

Determinar de qué manera influye el Síndrome de Intestino Irritable en la calidad de vida de los usuarios atendidos en la Consulta Externa Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Específicos:

Identificar las características generales de la población en estudio.

Demostrar cómo influye el Síndrome de Intestino Irritable en la calidad de vida según los factores determinados por la Organización Mundial de la Salud.

Identificar los factores de riesgo que podrían determinar la presencia o la exacerbación de la enfermedad tanto en hombres como mujeres.

Reconocer la manifestación clínica más relevante que provoca desmejoría en su calidad de vida.

Diseñar un instructivo educacional para los usuarios con Síndrome de Intestino Irritable que ayude a mejorar su calidad de vida.

MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital de Portoviejo que hoy tiene el nombre de Verdi Cevallos Balda inicia su historia en diciembre de 1884 cuando las guerras de esa época obligaron a la creación de la primera casa de salud que se denominó “Hospital de sangre”.

Esta funcionó en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un sólo médico acompañado de cuatro mujeres atendían a los heridos bajo los ruidos de los fusiles y cañones. Para el año de 1908 el hospital pasa a llamarse Hospital Militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el Gobierno le quitó las tierras a la Iglesia y pasaron a manos de las Juntas de Beneficencia. Aquí el hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el Puente San José o Rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y se mantenía con la creación de un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la Iglesia. Otro giro En 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes. Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de ese entonces quedaba corta ante la demanda de pacientes que llegaban en busca de atención, ante esto la junta de beneficencia decide mudar el hospital hasta donde actualmente funciona la Dirección de Salud en la calle Rocafuerte en 1920. En este lugar funcionó hasta 1970 en que el hospital entró a operar donde ahora está ubicado. El hospital fue dando importantes avances, de apoco se fueron creando más áreas y cada vez la demanda crecía hasta el punto que gente de otras lados llegaban en busca de atención. Además estudiantes de medicina de todas partes del país comenzaron hacer sus prácticas en la casa de salud, esto aportó para que en 1976 sea denominado como hospital regional-docente por el ya creado en 1967 Ministerio de Salud. Alfredo Cedeño, médico gastroenterólogo que se unió al hospital en 1984, comentó que el nombre de Verdi Cevallos Balda se oficializó en 1988, en honor a las aportaciones que este médico brindó. En 1997 el Verdi Cevallos pasa de regional-docente a provincial-docente. Según Cedeño sólo fue una nueva dominación que le dio el Ministerio de Salud Pública.

En la actualidad el hospital se encuentra en remodelación, obra que ejecuta el Ministerio de Salud Pública en la casa asistencial, la cual se estima esté lista para el último trimestre del 2014.

MISIÓN

Unidad de salud sin fines de lucro, promueve condiciones de vida saludable a la población manabita, mediante la prevención, promoción, curación, y rehabilitación con acciones conjunta de entidades y actores sociales del sector, garantizando la atención eficiente, oportuna y de calidad, especialmente a los grupos más vulnerables de mayor riesgo (Mora et. al., 2013).

VISIÓN

Brindar a la población Manabita atención integral de salud con eficiencia, oportunidad, calidad, y calidez, una organización interna optima con capacidad resolutiva con cada uno de sus servicios, que satisfaga las múltiples necesidades de los usuarios profesionales especializados, con Tecnología de punta, Hospital Provincial y Docente (Mora et. al., 2013).

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Desde los criterios iniciales formulados sobre los síntomas del síndrome de Intestino Irritable se han enunciado distintas propuestas. El diagnóstico del Síndrome de Intestino Irritable se basa a través del uso de los criterios de Roma, siendo su primera publicación en el de 1992, la segunda publicación en 1999 y su tercera edición en el 2006. (Hammer , Talley, 1999)

En este tipo de patología no es necesario recurrir a un sin número de pruebas para diagnosticarle solo basta realizar unas buenas preguntas que nos lleven a dar un diagnóstico puramente basado en la semiología de los síntomas presentados.

Debemos recalcar que el medico tendrá a su disposición esta herramienta de utilidad para utilizarlo con un lenguaje simple cuando desee realizar algún tipo de estudio o ensayo clínico, para beneficio del paciente para tomar una actitud asertiva de diagnóstico y tratamiento, gracias al uso de metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Los Criterios de Roma indican si un paciente presenta dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de los siguientes síntomas como son: mejoría de los síntomas al evacuar, que se asocie a un inicio con cambio en la frecuencia o un cambio en la forma de la evacuaciones.(Mearín, Fermín & Montoro, Miguel, 2002: 375)

Es de ayuda para el medico el uso de la escala de Bristol para poder subclasificar al Síndrome de Intestino Irritable en sus tres variantes como son: su presentación con diarrea, estreñimiento y mixto.

En Roma III los síntomas de soporte no están incluidos como criterios diagnósticos por lo que lo mencionaremos:

≤ 3 movimientos intestinales por semana; ≥ 3 movimientos intestinales por día; heces duras / gruesas; heces sueltas / acuosas; defecación con esfuerzo; apuro, sensación de defecación incompleta, mucosidad ó balonamiento.

La prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable oscila entre un 5 y un 20%. En un estudio que utilizó un mismo cuestionario para valorar la prevalencia de este síndrome en 8 países europeos, las prevalencias totales oscilaron entre el 6,7 y el 12%, siendo más altas en Reino Unido, Francia e Italia y más bajas en Países Bajos, Bélgica y España. (Enriquez, 2010, pág. 144)

“El Síndrome de Intestino Irritable incide más en la mujer, con diferencias, respecto al hombre, que oscilan entre 2-2,5:1 hasta 3-4:1”.(Mearín et al, 2002)

Se cree que el componente psicopatológico ayuda en el desarrollo de la enfermedad aunque no esté comprobado de manera científica.

Definición de la calidad de vida como: “La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares, valores e intereses y preocupaciones”. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

El grupo de trabajo de la Organización Mundial ha identificado 10 factores que influyen en la calidad de vida: sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y malestar, sueño y descanso.(Enríquez, Blanco, Scheiner, Rodríguez, 2010)

Por lo tanto definir a la calidad de vida en su conjunto es conocer como el individuo enfrenta su enfermedad ante la vida y como esta llega afectar en ella, siendo algo demasiado subjetivo.

Para (Schumaker y Naughton, 1966:71) calidad de vida es:

“La percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo influenciadas por el estado de salud actual. La esencia de este concepto esta en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, de su contexto cultural e historia personal.”

Las necesidades básicas del paciente consisten en:

“Requerimientos fisiológicos, de seguridad, relaciones sociales, confianza en sí mismo y autonomía; si todas estas variables se ven satisfechas existe bienestar, si no se han cumplido, se desarrolla ansiedad, tensión y estrés”. (Jimenez, 2004:104)

Esto quiere decir que todos los pacientes deben ser tratados individualmente para satisfacer sus necesidades incluyendo tratamientos específicos, explicaciones y entendimiento; para el paciente sus síntomas son generalmente una razón de preocupación, independientemente de si constituyen una condición médica seria.

La calidad de vida resulta de una visión holística del paciente para ampliar el pronóstico tradicional. De acuerdo con otros autores, las necesidades se establecen en diferentes categorías como serian: necesidades fisiológicas, de relación emocional con otras personas, de aceptación social, de realización y de sentido por la vida.

“La complejidad tridimensional de la calidad de vida hace énfasis en las dimensiones de referencia, temporalidad y de experiencia del constructo, ya que el individuo toma un marco de referencia (pautas culturales, sociales, familiares y personales), ubica su experiencia en el tiempo (pasado, presente, futuro cercano o lejano) y experimenta lo que percibe desde punto de vista físico, psicológico, relacional, social y espiritual; a esto se ha denominado ‘Cubo de Kuchler’.” (Patrick y Erickson 1993)

Los criterios de Roma III establecen la temporalidad y otras características de las deposiciones, como requisitos para reafirmar el diagnóstico, considerando que:

“Sus síntomas no pueden ser atribuidos a alteraciones estructurales o bioquímicas. Al momento no existe un marcador clínico que pueda documentar la patología y es frecuente que existan otros síntomas acompañantes extradigestivos como alteraciones psicológicas”. (Mearin, Badía y Caladwell, 2010: 228)

Entre los principales factores que determinan la expresión clínica en la consulta médica, están la severidad de los síntomas y los problemas psicológicos asociados, en este grupo de enfermos existe un tipo de conducta aprendida hacia la enfermedad crónica que caracteriza el paciente funcional. (Locke G, Weaver A, Melton , Talley N, 2004: 350-357)

Afecta negativamente la salud general, la vitalidad, el funcionamiento social, persiste dolor corporal, hay necesidad de dieta, altera la función sexual, el sueño y se asocia con pérdida de días productivos de trabajo. Las razones para evaluar en estos pacientes la calidad relacionada con la salud, pueden ser de importancia clínica y de investigación.

Los pacientes con trastornos funcionales experimentan limitaciones en las interacciones sociales y en sus respuestas emocionales al dolor, por lo que paciente siente que modifica su calidad de vida de manera negativa.

Para evaluar la calidad de vida existen sistemas genéricos y específicos de medición: Los genéricos no son específicos para una patología en especial, por lo tanto no nos indicaría de manera sensible la afectación que puede provocar en el Síndrome de Intestino Irritable.

Con respecto a su evidencia científica, numerosos estudios demuestran que los paciente con Síndrome de Intestino Irritable tienen baja calidad de vida en comparación con otros grupos con diagnósticos diferentes o que los reportados en la población en general; este síndrome afecta la salud, la vitalidad, el funcionamiento social, produce dolor corporal, obliga a llevar dieta, altera la función sexual, el sueño y genera pérdida de tiempo en el trabajo dependiendo del instrumento utilizado.

(Whitehead, 1988) encontró que los no consultaban también tenían bajos puntajes comparados con controles asintomáticos en las 8 escalas de SF-36. No se han encontrado diferencias en los estudios de calidad de vida al comparar entre sí los diferentes subtipos de Síndrome de Intestino Irritable.

(Koloski, 1990) también reportó alteraciones significativas de funcionamiento físico y mental, medidas en el SF-36, entre los pacientes que consultaban, comparando con los que no. Aquellas personas con trastornos funcionales que no han ido al médico, tienen más problemas de funcionamiento físico y mental que los controles saludables, también tienen alteraciones en los rubros de funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, vitalidad y percepción de la salud general.

Sistema Específico de Medición de la Calidad de Vida para el síndrome de Intestino Irritable: Escala IBS-QQL

Este instrumento de evaluación mide la frecuencia y la severidad de los síntomas, diferencia el bienestar psicológico. Consta de 34 preguntas, que evalúa la calidad de vida de los pacientes con síndrome de Intestino Irritable en el último mes. Consta de 8 subescalas, que se valoran desde el 0 (limitaciones) hasta 5 (limitación total), lo que da un puntaje global de 0 a 100.

Es una medición de actitudes, percepción y necesidades, detecta apropiadamente interferencia en actividades diarias, conductas evitativas alimenticias y preocupaciones relacionadas con la salud; disforia emocional, sentimientos de desesperanza o descontrol, depresión e irritabilidad.

La escala IBS-QQL revela también:

“Si el paciente presenta alguna restricción en su estilo de vida relacionado con los síntomas gastrointestinales, como necesidad de organizar su día cerca de un baño, o modificar el tipo y cantidad de alimentos; ha sido validada para respuestas

terapéuticas después de tratamientos psicológicos, como el cognitivo-conductual, farmacológico con antidepresivos, efecto placebo”. (Drossman, 2004: 26)

Cada vez más y más estudios relacionan los instrumentos específicos de calidad de vida como un importante apoyo a la terapéutica; por ejemplo han sido de utilidad en los estudios sobre la eficacia de tratamientos psicológicos (hipnosis y psicoterapia interpersonal); han constatado que los efectos obtenidos por estas técnicas, perduran a largo plazo después de haber terminado el tratamiento.

Los datos apoyan la utilización de IBS-QQL, ya que provee nueva información sobre las limitaciones causadas por el trastorno funcional y ayuda a comprender la forma en que el tratamiento médico y psicológico produce mejoría. Se ha observado que esta mejoría se demuestra primariamente en los factores psicosociales más que en los parámetros físicos.

Las subescalas de IBS-QQL que mejoran son:

“Disforia, interferencia con las actividades y evitación alimenticia; la mejoría de 14 puntos se basa en la disminución del 50% del dolor y se explica mejor a partir de factores psicosociales; es decir las subescalas psicosociales son más sensibles para explicar la naturaleza de la mejoría de los tratamientos”. (Badía y Baró, 2002: 58)

(Schmulson, 2003) comparó dos poblaciones (México y Carolina del Norte) y detectó que los mexicanos reportaban peores puntajes en imagen corporal, preocupación por la salud, interferencia con actividades y calificación global. (Luscombe, 2004) también documentó efectos negativos en la alimentación, sueño y función sexual utilizando IBS-QQL.

Síntomas físicos no gastrointestinales

Depresión.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud mental observa alteraciones sexuales, del estado de ánimo y ansiedad; las físicas se vinculan con la severidad

y periodicidad de síntomas y dolor. Ambos comparten estrecha relación con síntomas de estrés crónico emocional o físico. El fin es identificar y eliminar estos factores que contribuyen al agotamiento vital. Las variables mentales se relacionan con la sexualidad (líbido), con el estado de ánimo (desesperanza) y la ansiedad (sensación de tensión y nerviosismo). (Olden, 2004: 97)

Los aspectos físicos tienen que ver con la severidad de los síntomas periodicidad y dolor; también aquellos pacientes que sienten que tienen algo muy serio dentro de su cuerpo, tienen peor calidad de vida física que los que no tienen preocupaciones. El miedo a las condiciones somáticas o a síntomas específicos impacta la calidad de vida provocando comportamientos evitativos. Estos pacientes huyen de situaciones que temen, como restaurantes, comidas, localizaciones no familiares, etc. Y a partir de ello se refuerza un comportamiento maladaptativo a la enfermedad; activan mecanismos centrales de estrés incluyendo respuestas visceromotoras y de modulación del dolor (hipersensibilidad visceral).

“El proceso de adaptación produce cambios en la valoración, y los criterios utilizados son cambiantes y temporales”. (Zárate y Mearin, 2004: 47)

Los indicadores que nos permiten predecir como la calidad de vida se ve afectada en los trastornos funcionales son la severidad de los síntomas, el estrés y los factores psicosociales que repercuten de manera significativa en la vida de los pacientes.

“El deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con síndrome de intestino irritable es también peor que el observado en otras enfermedades muy prevalentes, como la diabetes, la insuficiencia renal o el asma”. (Balboa y Mearin, 2002: 39)

Estos antecedentes dan los siguientes datos:

“El 40% de los pacientes consultados refieren una repercusión importante en sus actividades sociales (salir a comer, hacer viajes largos o acudir a lugares no conocidos) y que un 36% reconocen que sus síntomas llegan a afectar a sus relaciones

físicas o sexuales y también a las relaciones con su entorno familiar”. (Bosmajian, 1998: 114)

Diversos son los mecanismos fisiopatológicos que interactúan entre sí para la aparición del Síndrome de Intestino Irritable así tenemos que el sistema nervioso entérico, es un sistema nervioso independiente que controla y coordina la motilidad, el flujo sanguíneo y la secreción gastrointestinal. Esta constituido aproximadamente por 108 neuronas que se encuentran principalmente en el plexo mientérico o de Auerbach y en el submucoso o de Meissner. Ambos plexos están interconectados como un sistema funcional único. El plexo submucoso coordina las funciones de secreción y absorción, el flujo sanguíneo y la contractilidad de las muscularis mucosae, mientras que el plexo mientérico está relacionado con la generación de patrones específicos de movilidad. (Zárate N, Mearín F, 2003: 19-23)

La función independiente del sistema nervioso entérico se origina de la actividad coordinada de las neuronas sensoriales, interneuronas y neuronas motoras. Las neuronas sensoriales detectan cambios de energía y transforman dicha información en potenciales de acción. Las interneuronas forman circuitos lógicos que descifran los potenciales de acción provenientes de las neuronas motoras, quienes constituyen la vía final común al sistema.

A pesar del concepto establecido de que el síndrome de intestino irritable es una enfermedad funcional, se han reportado alteraciones morfológicas en estos pacientes.

El análisis inmunohistoquímico y ultraestructural, ha sugerido recientemente que la activación inmune de la mucosa, muestra sutiles anormalidades morfológicas en los linfocitos, mastocitos, células enterocromafines y nervios entéricos, aunque aún no hay patrones definidos.

En el síndrome de intestino irritable existen alteraciones de la motilidad en todo el tracto digestivo. En el esófago se ha reportado menor presión del esfínter esofágico inferior y anormalidades en las contracciones esofágicas. En el estómago vaciamiento gástrico anormal con probable disritmia gástrica. Estos pacientes muestran mayor

amplitud de la espiga rectal en estado basal y en respuesta a la comida, además de mayor frecuencia, duración y amplitud de inhibición del reflejo recto anal inhibitorio espontáneo. Estas alteraciones fisiológicas se modifican con la administración de bloqueadores de los canales de calcio y con agonistas alfa-2. (Enríquez et al, 2010)

Actualmente se considera la hipersensibilidad visceral como el factor fisiopatológico más importante en el síndrome de intestino irritable.

La serotonina (5-HT) tiene un papel crítico en la regulación de la secreción, sensación y motilidad gastrointestinal, por lo tanto, las alteraciones en la biosíntesis, contenido, liberación y recaptación de ésta, pueden contribuir en el síndrome de intestino irritable y con colitis ulcerativa.

Se cree que el sistema serotoninérgico se encuentra alterada en los pacientes con síndrome de intestino irritable. Estos estudios son la primera demostración de alteraciones moleculares específicas del intestino, en pacientes con síndrome de intestino irritable.

“Las alteraciones moleculares del sistema nervioso entérico identificadas por inmunohistoquímica, muestran aumento moderado de células intraepiteliales CD3+, incremento importante de mastocitos y degeneración neuronal e infiltración de linfocitos en el plexo mientérico del yeyuno. También revelan niveles anormales de neuropéptido Y y niveles inferiores de péptido YY en el colon descendente de pacientes con síndrome de intestino irritable comparados con controles”. (López, 2002: 87)

Con todo esto se verifica además infiltración de mastocitos cercanos a la innervación de la mucosa del colon y cambios en la concentración de la sustancia P.

La etiología del Síndrome de Intestino Irritable post- infeccioso surge de la idea de los pacientes que han presentado diarrea del viajero o algún tipo de infección gastrointestinal aguda antes del desarrollo de la enfermedad.

En un estudio en China apoya el importante papel de la infección e inflamación en pacientes con síndrome de intestino irritable. Aún más, se sabe que el síndrome de intestino irritable es común en viajeros que han experimentado diarrea infecciosa.

Otra teoría que se maneja es la actividad del sistema límbico y su corteza asociada, especialmente en el área prefrontal en estos pacientes, originando una respuesta anómala en las áreas relacionadas al procesamiento e integración del dolor en el cerebro.

“La hormona liberadora de corticotropina (HLC) es el principal mediador del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y se ha identificado como un factor importante de los efectos del estrés en la motilidad y sensibilidad gastrointestinal”. (Poynard, 1995: 154)

“Se han encontrado tres ligandos de la HJC: urocortin 1, 2 y 3; así como subtipos de receptores involucrados en vías de la respuesta endocrina relacionadas al estrés y que ocasionan hipersensibilidad visceral a la distensión rectal. Esta relación permite desarrollar prometedoras terapias con fármacos antagónicos de los receptores de HCL”. (Chang, 2004: 37)

Para Mohammed y colaboradores la genética también juega un rol importante es así que en un estudio comparando gemelos monocigóticos y dicigóticos concluyen que los factores genéticos tienen o muy poca o ninguna relevancia en el desarrollo del síndrome de intestino irritable.

“Recientemente se publicó un estudio donde se demuestra que la restricción en el crecimiento fetal (peso menos a 1,500g), tiene una influencia significativa en el desarrollo del síndrome de intestino irritable en la vida adulta”. (Enriquez, 2010, pág. 53)

Se ha especulado que quizás las irregularidades moleculares encontradas en el síndrome de intestino irritable puedan ser el vínculo para las variaciones genéticas y

que puedan tener relación estos factores genéticos con alteraciones en el sistema serotínérgico.

“Se ha observado que entre un 7 y un 30% de los pacientes que padecen una infección gastrointestinal por Salmonella, Campylobacter o E. coli, desarrollan síntomas de intestino irritable que pueden persistir incluso algunos años después de resolverse la infección”. (Olden, 2006: 97)

Aun no se define si durante la infección se activan mecanismo inmunes que expliquen los fenómenos inflamatorios que terminan alterando la motilidad o sensibilidad visceral.

Ciertas comorbilidades psiquiátricas, provocan conductas de mala adaptación a la enfermedad, provocando un complejo sistema biopsicosocial que afecta a la expresión clínica de los síntomas y a su vez la respuesta terapéutica. El diagnóstico como en cualquier tipo de enfermedad, mucho más en el síndrome de intestino irritable debe realizar detalladamente una buena anamnesis.

“Últimos estudios han permitido documentar que estos tres patrones de comportamiento no suelen ser estables en el tiempo y que, tanto los pacientes con un patrón predominante de diarrea, como aquellos en los que predomina el estreñimiento, con frecuencia acaban abocando a un ritmo alternante”. (Corney, 1995: 214)

“El Síndrome de intestino irritable ha sido considerado durante años como un diagnóstico por exclusión”. (Locke y Weaver, 2005: 97)

La esencia para el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable depende de la severidad de los síntomas y de ayudar al paciente para que se sienta bien consigo mismo y su entorno, es así que debe de pensarse como primera línea de tratamiento el cambio de sus hábitos y estilos de vida, con la combinación de tratamiento farmacológico y si tal es el caso explicar cuan necesario es recibir ayuda por parte de un psiquiatra. (Talley N, 2003: 750)

La búsqueda de un tratamiento efectivo está lejos del alcance del médico, debido a la complejidad del síndrome pero siempre ira en beneficio de mejorar la sintomatología que más provoca molestias al paciente.

Las investigaciones para el tratamiento se centran en el estudio del eje cerebro-intestinal, así también a los cambios producidos a nivel inmunitario, la importancia del rol de la flora bacteriana intestinal y el papel que ocupa el estrés crónico en relación a otro eje: el hipotálamo-hipofisario-adrenal-intestinal (HHAI).

Los criterios de Roma III son considerados actualmente el estándar de oro para el diagnóstico del Síndrome de Intestino Irritable y aunque se encuentran en permanente revisión, marcan no solo el idioma universal al momento de realizar un trabajo de investigación, sino el objetivo del tratamiento, que es proveer un alivio rápido, sostenido y global de los múltiples síntomas, con una única droga, efectiva, segura y bien tolerada. (Balboa, 2006: 88)

La mayoría de los fármacos logran ser efectivos en algunos síntomas, careciendo de efectos sobre otros, incluso empeorándolos. Para poder recomendar un tratamiento éste debe haberse evaluado con criterios rigurosos, en ensayos clínicos controlados y estudios aleatorizados o de doble ciego, con una duración aceptable y un número adecuado de pacientes.

El médico debe reconocer la naturaleza crónica y recurrente de este trastorno, estableciendo una sólida relación con el paciente. Los pilares de la relación m son la educación, el reaseguramiento, escuchar activamente, consejos dietéticos en las crisis y en los cambios de estilo de vida. Esto permitirá, a través de un diagnostico positivo, evitar estudios innecesarios, disuadir el temor de los pacientes al cáncer y detener el eterno peregrinar de los mismos por distintos médicos en búsqueda de una causa orgánica que injustifique sus síntomas.

Es habitual que los pacientes exacerben sus síntomas debido a la ansiedad que genera la falta de un diagnóstico preciso, lo cual termina en un círculo vicioso. Para ello es

fundamental compartir la información con los pacientes, enfatizando la cronicidad y recurrencia sintomática del síndrome; es fundamental un enfoque multidisciplinario del mismo.

Si bien los pacientes refieren tanto alergias como exacerbaciones de síntomas relacionados con ciertos alimentos, no existen datos convincentes acerca de ello. Es recomendable evitar aquellos alimentos que generen síntomas. La dieta puede estar involucrada en distintos procesos desencadenantes, en un espectro que va desde una simple intolerancia a la lactosa y a ciertas harinas, a procesos alérgicos mediados por inmunoglobulina E, hasta la presencia de enfermedad celíaca.

(Olden, 2006), señala que en otro estudio reciente evaluó la eficacia de una dieta que excluye alimentos que incrementa anticuerpos IgG, demostrando la utilidad en el control de los síntomas. En síndrome de intestino irritable con constipación, el uso de fibra soluble es discutible ya que puede resultar útil pero también puede incrementar algunos síntomas, es por ello que su incorporación al tratamiento debe ser lenta y progresiva.

Síndrome de Intestino Irritable, variedad Estreñimiento: El enfoque fisiopatológico actual está en torno a las alteraciones de la serotonina intestinal; los pacientes con síndrome de intestino irritable con estreñimiento presentan niveles bajos de serotonina plásmatica postprandial y disminución de los transportadores en la mucosa intestinal. El Tegaserod, es agonista selectivo y parcial de los receptores 5HT₄. Estimula el reflejo peristáltico e incrementa el tránsito intestinal, aumenta la secreción hidroelectrolítica a la luz intestinal y reduce la actividad de los nervios aferentes colónicos, mejorando así los síntomas relacionados con la hipersensibilidad visceral. (Muller Lissner, Fumagalli I, et al, 2001: 1655)

Por lo tanto se ha observado que muestra efectividad en pacientes con síndrome de intestino irritable con estreñimiento y con la variante mixta.

En distintos trabajos publicados se ha observado que las dosis de 2 y 6 mg, 2 veces al día, son igualmente eficaces en el primer mes, pero que el tratamiento con 12 mg/día,

mantiene la efectividad a largo plazo hasta tres meses después de terminar la medicación.

En distintos trabajos publicados se ha observado que las dosis de 2 y 6 mg, 2 veces al día, son igualmente eficaces en el primer mes, pero que el tratamiento con 12 mg/día, mantiene la efectividad a largo plazo hasta tres meses después de terminar la medicación, se observó una mejora en el rendimiento laboral y mejor satisfacción con respecto a su salud y vida.

“La diarrea es el efecto adverso más frecuente del tegaserod en el 9% de los casos, pese a ello, solamente el 2% deciden dejarlo”. (Jaiwala, 2000: 65)

Entre otros efectos secundarios menos frecuentes son: cefalea y dolor abdominal, pero con mínima diferencia significativa sobre el placebo. No se han registrado episodios de colitis isquémica en los estudios controlados.

“Después de analizar los resultados de 29 ensayos clínicos con tegaserod en distintas patologías gastrointestinales, se observó una prevalencia del 0,1% versus el 0.01% del grupo placebo, de eventos isquémicos, cardiovasculares y cerebrales, todos ellos en pacientes mayores de 55 años con antecedentes cardiovasculares previos, por lo que la FDA decidió retirar este agente farmacológico del mercado, hasta nuevos datos que surjan de próximas investigaciones”. (Valdovinos, 2007: 131)

El uso de dieta rica en fibra o de fibras semi-sintéticas (cascara de ispaghula, metilcelulosa, psillium) pueden mejorar la consistencia y la frecuencia del hábito defecatorio. Trece ensayos clínicos controlados han evaluado su eficacia en síndrome de intestino irritable. Nuevamente, estos estudios demostraron ser de baja calidad.

Un meta análisis sugirió que la fibra soluble (como psillium, cascara de ispaghula y policarbófilo cálcico) podía ser efectiva en la mejoría global de los síntomas. La fibra soluble y la insoluble tienen distintos efectos; la soluble es beneficiosa en la mejoría global de los síntomas, mientras que su efecto sobre el dolor es controvertido; la

insoluble no es más efectiva que el placebo y puede en algunos pacientes empeorar la sintomatología.

Siempre que se utilice fibra deberán tenerse en cuenta algunas recomendaciones y advertencias; raramente se reportan reacciones anafiláctica, obstrucción esofágica e intestinal, estas dos últimas complicaciones se asocian a una inadecuada ingesta de líquidos.

Distintos tipos de laxantes son de utilidad para el manejo del estreñimiento crónico, dentro de éstos se encuentran: laxantes osmóticos como polietilén-glicol (PEG), leche de magnesia, lactulosa, hidróxido de magnesio, sorbitol y fosfato sódico; o estimulantes como senna y cascara sagrada, que mejoran el síntoma, pero que habitualmente generan aumento del dolor, deposiciones líquidas, a veces con urgencia e incontinencia.

Síndrome de Intestino Irritable variedad Diarrea: El tratamiento de elección es el alosetrón, que es una droga antagonista 5HT₃; en pacientes con síndrome de intestino irritable con diarrea aumentado la capacitancia colónica, enlentece el tránsito colónico, reduce la diarrea y urgencia, y disminuye la sensibilidad a la distensión rectal con balón. También produce relajación del colon izquierdo reduciendo la percepción de distensión por volumen, incrementando la absorción de sodio. (Camilleri M, Northcutt A, Kong S, Dukes G, 2000: 1035)

“Cuatro ensayos clínicos controlados con placebo que incluyeron 1,273 mujeres, demostraron eficacia de 1 mg, dos veces durante 12 semanas, en pacientes con SII-D, es decir, una ganancia terapéutica de 12% al 27%. HA demostrado ser superior a la mebeverina en un ensayo europeo multicéntrico”. (López y Colombo, 2010: 81)

Su efecto adverso más frecuente es el estreñimiento reportado hasta en el 39% de los pacientes. Debido a la presencia de colitis isquémica en 1 de cada 700 pacientes tratados, la FDA restringió su uso a los cuadros más severos.

Cilansetrón es un antagonista 5HT₃. En los estudios publicados, se observó la eficacia para la diarrea y así mismo para los síntomas globales.

Ante lo señalado anteriormente la (Guía de Práctica Clínica, 2005) manifiesta que:

“Con una reducción de dolor sobre el placebo del 15% y del 18% respecto a la diarrea. Ha tenido una ganancia terapéutica del 14%-25% sobre placebo en estudios fase III. Está en revisión por la FDA debido a que también se ha asociado a colitis isquémica, lo que constituye uno de sus principales efectos adversos”.

Ramosetrón es un antagonista selectivo 5HT₄, que se encuentra en investigación, ha demostrado ser eficaz a dosis de 0,3 a 100 ug/kg por día vía oral, se considera que restaura la función colónica y mejora el dolor abdominal en animales, siendo más potente que el alostrón, cilansetrón o loperamida.

En el Síndrome de Intestino Irritable con diarrea se observa un tránsito intestinal acelerado, el uso de la loperamida ayuda a enlentecer el tránsito intestinal pero no se observa que mejore los demás síntomas.

El ACG en su revisión sistemática del 2005, le otorga una recomendación grado B, orientado a pacientes con síndrome de intestino irritable con diarrea, pero también está indicado en aquellos pacientes con diarrea no dolorosa de tipo funcional. (Enríquez et al, 2010)

Los probióticos son suplementos de bacterias vivas que alteran y mejoran el balance intraluminal. Su razón de ser estriba en que modifican la flora de tal manera, que afectan el proceso fermentativo con menor producción de gases e interfieren en la restauración del balance inmunológico a través de incrementar la relación entre citosinas pro y anti-inflamatorias.

Algunos probióticos tienen propiedades antibacterianas y antivirales. En estudios en animales, varios probióticos han demostrado potente efecto anti inflamatorio, especialmente en modelos de enfermedades inflamatorias intestinales. Un número

pequeño de estudios han evaluado la respuesta de los prebióticos en síndrome de intestino irritable, estas investigaciones son difíciles de comparar debido a las distintas cepas y dosis utilizadas, pero dan cierta evidencia, no consistente, de mejoría sintomática.

En una publicación reciente, el *bifidobacterium infantis* demostró una gran reducción global e individual de síntomas en pacientes con síndrome de intestino irritable, comparado con placebo y *lactobacillus salivarius*; efecto logrado por una acción inmunomoduladora sobre IL-10 e IL-12.

En cuanto a los antibióticos pobremente absorbibles, tienen indicación para el tratamiento del sobrecrecimiento bacteriano y para casos por sobre fermentación colónica. La prevalencia de sobrecrecimiento bacteriano en síndrome de intestino irritable es variable y discutible. La rifaximina, muestra su eficacia en el tratamiento de bacterias G- entéricas y en la prevención de la diarrea del viajero, por lo tanto resulta útil en el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable.

En otro estudio la rifaximina logró mejorar los síntomas de un grupo de pacientes (especialmente con síndrome de intestino irritable con constipación) y disminuir la flora bacteriana productora de metano.

Tratamiento farmacológico de utilidad tanto en Síndrome de Intestino Irritable con constipación y diarrea:

“El uso de antidepresivos en los pacientes con síndrome intestino irritable presentan comorbilidad significativa de trastornos psicológicos y psiquiátricos y el rol de éstos en la patogénesis es aun discutida, no obstante su presencia como factor precipitante y/o perpetuante de los síntomas ha sido demostrada”. (Gómez y Escudero, 2008: 154)

Estas drogas no solo actúan mejorando la ansiedad, la somatización o la depresión, sino que además poseen efectos sobre los sistemas serotoninérgicos y muscarínicos; tienen tanto acción central como periférica modulando la afectividad y el dolor.

Entre las recomendaciones sobre el uso de antidepresivos, incluyen que, se explique al paciente que el medicamento ha sido indicado esencialmente para elevar el umbral del dolor y que secundariamente afectará positivamente el circuito vicioso dolor-ansiedad; se precisa comenzar con dosis menores y advertir sobre posibles efectos adversos. Para la elección de los mismos es importante tener en cuenta el tipo de hábito evacuatorio (ISRS en SII-C y TCA en SII-D) y el hábito alimentario del paciente.

“Los antidepresivos tricíclicos (TCA) en bajas dosis son efectivos para una variedad de condiciones dolorosas incluyendo migraña, dolor neuropático, dolor torácico no cardiogénico, dispepsia funcional, fibromialgia y síndrome de intestino irritable”. (Mearín y Zárate, 2006: 27)

Estos antidepresivos tricíclicos elevan el umbral del dolor e incrementan la tolerancia cutánea al estímulo térmico. Tienen también un efecto anticolinérgico. Son efectivos a dosis bajas y los beneficiosos suelen verse dentro de las dos primeras semanas. Una meta análisis halló un radio relativo de beneficio de 4.2 comparado con placebo. La mayoría mostró especial eficacia en SII-D, siendo el estreñimiento su mayor efecto adverso.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina promueven el bienestar general y probablemente mejorarían el dolor abdominal y las características de las deposiciones en estos pacientes. Este efecto parece ser independiente de la mejoría de la depresión. Presentan menores efectos adversos e igual eficacia para la depresión, aunque con menor efecto anti nociceptivo que los tricíclicos. Podrían ser de utilidad si el cuadro se acompaña de depresión, especialmente de ansiedad y somatización, uno de los más conocidos es la fluoxetina

El Síndrome de Intestino Irritable se caracteriza por la disfunción de la actividad contráctil del musculo liso intestinal y la presencia de hipersensibilidad visceral, lo que produce dolor y trastornos evacuatorios. Los antiespasmódicos disminuyen la

actividad del musculo intestinal, acción que debería reducir el dolor, cuando éste es secundario a una actividad espasmódica.

De acuerdo a su mecanismo de acción, según (González, 2006) manifiesta que:

“Existen dos grupos de antiespasmódicos: antimuscarínicos/anticolinérgicos (hioscina, dicitlomina) y los relajantes directos del músculo liso (por ejemplo, mebeverina, bromuro de pinaverio). Si bien los AE han sido de uso tradicional en las últimas dos décadas, la mayoría de los estudios publicados son de pobre diseño (pocos pacientes enrolados, “endpoints” poco claros, sin doble ciego o con diseño de cross-over)”. Los pocos trabajos randomizados, doble ciego y controlados con placebo, han ofrecido resultados conflictivos. (Poynard T, Naveau S, Mory B, 1994: 499)

Las mejores respuestas se ven en aquellos pacientes con dolor inducido por alimentos o ante la presencia de tenesmo. De los pocos anticolinérgicos/antiespasmódicos disponibles en los Estados Unidos se han publicado sólo tres estudios randomizados y no controlados, con pocos pacientes y de corta duración (no más de cuatro semanas). En las dos primeros no se observó mejoría significativa respecto al placebo. En el tercero, la dicitlomina, mejoró el dolor abdominal en un trabajo, pero a dosis necesarias presentó un 68% de efectos adversos. Al comparar bromuro de cimetropro, de hioscina, de otilonio, de pinaverio, mebeverina y trimebutamina en otro meta análisis más reciente.

El bromuro de pinaverio y la trimebutamina no mostraron ser efectivos y otros relajantes del musculo liso como mebeverina y hioscina evidenciaron efectos positivos pero con base en estudios de baja o mediana calidad. Una revisión sistemática reciente concluyó que si bien existe un beneficio en el uso de antiespasmódicos, no queda claro si los subgrupos de antiespasmódicos son individualmente efectivos.

El manejo psicológico comienza con el reconocimiento de depresión, ansiedad, pánico o un trastorno de somatización como factores contribuyentes para la aparición de síntomas.

Una revisión reciente de 12 trabajos controlados, mostró que el tratamiento psicológico resultó efectivo en 8 de ellos. En dos, esta mejoría se mantuvo por un año. La diarrea y el dolor parecen responder. Mientras que el estreñimiento, no. La presencia de ansiedad y depresión se asocian con una mejor evolución. Los estudios con psicoterapia no pueden ser realmente doble ciego y controlados con placebo, porque existe mucha variabilidad debido a factores de la relación médico-paciente y a la habilidad del psicoterapeuta. El tratamiento suele requerir un enfoque integral, incluyendo terapia de comportamiento cognitivo, manejo del estrés y uso de medicación para el manejo del trastorno psicológico. Este tipo de enfoque ha demostrado que puede resultar muy eficaz, es efectivo en todos los grados del síndrome y parece ser superior en aquellos pacientes más severos y en quienes resultan refractarios al tratamiento médico. (Rodríguez Magallán A., 1997: 7-13)

El uso de la hipnoterapia como tratamiento mostró que un 81% de estas personas mostraron alivio sintomático a largo plazo. Estos resultados despiertan interés, especialmente porque se observó una disminución en el uso de medicación y menor cantidad de consultas a los profesionales. Una revisión sistemática reciente muestra que en al menos 10 de 18 estudios la hipnoterapia es beneficiosa, incluso la misma se realizó en el domicilio del paciente.

La mayoría de estos trabajos evidenciaron distintos métodos de hipnoterapia, gran heterogeneidad en los objetivos terapéuticos a alcanzar, así como un número pequeño de pacientes estudiado

“El uso de medicina alternativa como pepper mintoil (aceite de menta) tiene propiedades antiespasmódicas; por ser bloqueador de los canales de calcio, disminuye el dolor y la distensión abdominal, situación que no ha sido comprobada en estudios controlados”. (Grigoleit, 2005: 42)

(Grigoleit, 2005) descubrió que la dosis recomendada era de 180 a 200 mg de comprimidos de cubierta entérica, o sea una a dos tabletas tres veces al día, encontró que se han realizado quince estudios y que ha sido comparado en 12 estudios controlados con placebo mostraron efectos estadísticamente significativos a favor del aceite de menta, con una mejoría promedio del 58% (rango 39-79%) versus 29% (rango 10%-52%) del placebo. Los tres estudios en los cuales se comparó con relajantes musculares no tuvieron diferencia significativa. La mayoría carecieron de un criterio de diseño riguroso.

Las hierbas chinas se han analizado en varias ocasiones; en un estudio controlado con 20 distintas hierbas, mostró una mejoría global sintomática, comparada con placebo.

Respecto a los pacientes manejados con acupuntura, refieren mejoría sintomática. Recientemente en un estudio controlado se demostró que no se modificaron variables fisiológicas como sensibilidad rectal o visceral después del tratamiento.

Una revisión sistemática al respecto demostró que los pacientes mejoraban los parámetros generales y de distensión, pero no de dolor o de la frecuencia de movimientos intestinales. Cabe aclarar que la técnica varía de acuerdo a los distintos centros y eso es una variable que también debería considerarse en los resultados.

Las formas típicas de síndrome de intestino irritable con diarrea y constipación son claramente identificables en cambio los pacientes con síntomas alternantes o mixtos son un verdadero desafío, ya que no todos los medicamentos orientados al SII-C o SII-D son convenientes para los pacientes con SII-A.

(Brant y Chey, 2009: 84), determinan que:

“Este subgrupo abarcaría un 19% a 63% del total de la muestra. Un trabajo reciente comparó a este subgrupo con los de SII-C y SII-D. Estos pacientes alternan la forma y consistencia de la materia fecal con ciclos cortos de reagudizaciones y remisiones. La mayoría tiene diarrea y constipación por igual en el 50% de los casos.”

Se mencionó previamente la utilidad y eficacia de los antiespasmódicos, conviene ahora hacer énfasis en otros medicamentos. En cuanto al uso de TCA, tanto la amitriptilina como la nortriptilina y a desipramina han demostrado ser efectivas en pacientes con SII, aunque sus efectos adversos, especialmente los relacionados con el estreñimiento, limitan su uso.

Tres estudios con inhibidores de la recaptación de serotonina mostraron evidencia conflictiva en cuanto al beneficio. Respecto a los opioides, tradicionalmente de uso temido por sus efectos adversos a nivel central, hoy en día y debido al mejor conocimiento de sus receptores, se han podido obtener drogas con efecto principalmente a nivel periférico.

“Los efectos de los opioides están mediados por tres clases principales de receptores: delta, kappa y mu; aunque también se han descrito otros como los épsilon y OP4”. (Rutsgi, 2010: 51)

En el tracto gastrointestinal, los receptores opioides mu están presentes predominantemente en la mucosa, submucosa y plexos submucosos y están involucrados en la analgesia y en la motilidad gastrointestinal. Los receptores kappa, se ubican en elevadas concentraciones en las capas musculares de los plexos mientéricos, siendo también responsables de la analgesia y algunas funciones de motilidad. Finalmente, los receptores delta se encuentran en los plexos mientéricos y submucosos, en las fibras nerviosas, extendiéndose a músculos y mucosa. Los opioides endógenos tienen varios efectos sobre el tracto gastrointestinal dependiendo del receptor comprometido. Estos efectos incluyen la alteración de la motilidad, secreción, analgesia e inflamación.

Los agonistas exógenos de los receptores opioides, comparten la mayoría de estos efectos dependiendo de la afinidad por el receptor.

Antagonista Opiode Mu: Naloxone fue evaluado en un estudio en pacientes con síndrome de intestino irritable con constipación. Alvimopam, previene el enlentecimiento del tránsito intestinal provocado por la morfina, sin alterar la

sensibilidad colónica. Existen estudios en íleo postoperatorio y en estreñimiento crónico, pero no en el síndrome de intestino irritable.

Agonista opioide kappa de acción periférica: La fedotozina demostró tener efectos antinociceptivos ante la distensión colónica en pacientes con síndrome de intestino irritable.

“En un ensayo clínico controlado de 182 casos con 2.5, 15 o 30 mg/día de fedotozina o placebo por 6 semanas, los pacientes que recibieron 30 mg por día reportaron alivio significativo del dolor abdominal y de la distensión comparado con placebo”. (Mearin, 2007: 122)

La restricción de alimentos que generan gases o que contienen lactosa, puede mejorar los síntomas relacionados a la distensión. El uso de simeticona y de preparados con enzimas pancreáticas, ofrecen ciertos beneficios en un limitado número de pacientes, si bien no existen trabajos controlados que avalen su uso. El uso de antibióticos pobremente absorbibles (neomicina, rifaximina) y/o probióticos (especialmente preparaciones que contengan *bifidobacterium infantis*) pueden mejorar este síntoma, El tegaserod ha demostrado reducir la distensión y es una opción favorable.

En Síndrome de Intestino Irritable con diarrea se recomienda iniciar una dieta pobre en residuos que restrinja el uso de café, sorbitol, manitol y edulcorantes; evitar temporalmente lactosa y fructosa. Respecto a la loperamida, estudios aleatorizados demuestran su eficacia en el manejo de la diarrea y urgencia defecatoria. Alosetrón ya fue mencionado en cuanto a su efectividad en SII-D. No está disponible fuera de los EUA. Puede utilizarse clonidina, colestiramina y TCA, ante la falta de respuesta a los tratamientos anteriores.

“En presencia de la variante de Síndrome de Intestino Irritable con estreñimiento suplementos de fibras como salvado de trigo, psillium, cáscara de ispaghula o metilcelulosa han demostrado beneficio en tres estudios controlados, pero no mejoran

el dolor y hasta en un 30% exacerban síntomas como distensión abdominal y gases”.
(Nogueira, 2009: 218)

El hidróxido de magnesio puede usarse en casos leves, no genera distensión o flatulencia pero debe ser indicado con precaución en insuficiencia renal crónica. Lactulosa y polietilenglicol han sido recomendados por su efectividad, incluso en estudios a largo plazo; en cambio misoprostol y colchicina tienen efectos adversos ya conocidos que limitan su utilización, por lo que no se sugieren tratamientos largos.

El tratamiento psicofarmacológico con los antidepresivos se han utilizado para una serie de síndromes y síntomas somáticos y son usualmente prescritos para trastornos funcionales gastrointestinales desde hace más de 30 años. (Jackson J, O'Malley P. et al, 2000: 65-72)

“La prevalencia de desórdenes depresivos mayores en EUA es de 5.4% a 8.9%”.
(Whitehead, 1994: 159)

(Whitehead, 1994) en una serie amplia de la Universidad de Carolina del Norte respecto al tratamiento médico convencional, observó que 35% de los médicos generales o gastroenterólogos, utilizaban psicofármacos para este tipo de trastornos, 14% usaban antidepresivos y 12% ansiolíticos.

El primer antidepresivo apareció en 1950 a partir de la observación de pacientes tuberculosos tratados con isoniazida los cuales mejoraban su estado de ánimo por su efecto inhibitorio de la monoamino oxidasa. Esto originó una serie de medicamentos llamados inhibidores de monoamino oxidasa, caracterizados por desdoblarse la norepinefrina. Este tipo de drogas interactúan e imposibilitan el metabolismo de la tiramina, sustancia contenida en alimentos como chocolates, vinos y nueces, produciendo elevados niveles de esta última y secundariamente hipertensión; posteriormente aparecieron los antidepresivos tricíclicos.

La primera descripción sistemática del uso de antidepresivos en síndrome de intestino irritable fue con amitriptilina en 1971 por Hislop y desde entonces, se han descrito más de 11 estudios controlados.

En la actualidad su utilización se ha generalizado en atención primaria y gastroenterología, porque mejoran la calidad de vida, actúan como analgésicos centrales y el paciente tiene menor percepción de dolor, especialmente con los tricíclicos. Así mismo, modifican la motilidad intestinal.

Su uso está recomendado cuando existe dolor persistente e incapacitante o cuando el paciente sufre de una alteración considerable de su bienestar y capacidad funcional; por supuesto, cuando existe psicopatología asociada como ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos. En relación con la psicopatología, tradicionalmente las indicaciones se clasifican de acuerdo al grado de comprobaciones científicas efectivas, probables y posibles.

“El mecanismo de acción de los antidepresivos no está claro; se han reportado beneficios independientes de su efecto ansiolítico o antidepresivo. Existen evidencias de que reducen la sensibilidad en los nervios periféricos principalmente a nivel somático y alteran la percepción visceral del sistema nervioso central, modificando así la hipersensibilidad e hiperalgesia visceral”. (Tomenson, 1999: 61)

Entre los Antidepresivos tricíclicos, actualmente los más usados son las aminas terciarias como amitriptilina, imipramina, doxepina, y las secundarias como nortriptilina y desipramina. Se recomienda administrarlos inicialmente por la noche.

Sus mecanismos de acción más reconocidos son:

Neuromodulador-analgésico central

Modulador visceral por disminución de la motilidad

Antidepresivo

Anticolinérgico

Antihistamínico y relajante

Antimuscarínico (por ejemplo, la amitriptilina)

Es importante distinguir entre el dolor crónico de tipo nociceptivo resultado de lesión o inflamación de tejido visceral o somático, de aquel dolor crónico de tipo neuropático que puede ser central o periférico. El dolor neuropático usualmente es tratado con medicamentos que influyen la neurotransmisión como antidepresivos o antiepilépticos; el ejemplo más específico es cuando se habla por ejemplo de dolor neuropático periférico de tipo visceral, como aquel que se representa con alodinia o hipersensibilidad visceral. Inicialmente se puso en entredicho su eficacia porque usualmente se prescribían dosis subterapéuticas con respuestas similares al efecto placebo.

Su mecanismo de acción radica en bloquear la recaptación presináptica de neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y en menor cuantía, la dopamina. Sus efectos colaterales también se clasifican dependiendo del mecanismo de acción en:

Anticolinérgicos, como boca seca, retención urinaria, taquicardia y visión borrosa.

Antihistamínicos como sedación y estreñimiento

Cardiovasculares como taquicardia, hipotensión postural, agitación, diaforesis, anomalías en la conducción y arritmias, y varios, como disfunción eréctil y bajo umbral convulsivo.

No hay que utilizarlos en pacientes con enfermedades cardíacas o problemas de conducción porque puede provocar arritmias, taquicardia, prolongación de PR, QRS e intervalo QT. Antes de comenzar el tratamiento se recomienda realizar una historia y examen físico completo, particularmente para determinar si tiene alteraciones de conducción cardíaca. Debe hacerse un EKG en cualquier persona con historia de enfermedad cardíaca y no prohibir su uso si el paciente tiene un bloqueo de rama bifascicular o QT prolongado. En ancianos son mejor tolerados los ISRS que los antidepresivos tricíclicos.

Se requiere cuatro semanas para que el fármaco comience actuar y el tratamiento debe mantenerse por un mínimo de 8 a 12 semanas. Posteriormente la dosis de mantenimiento se readecua y se mantiene por seis meses más en caso necesario. Los efectos anticolinérgicos son sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, taquicardia sinusal, disfunción cognitivo e hipotensión ortostática, mismo que pueden limitar su uso.

Amitriptilina: Conocida también como proheptadina, es un derivado dibenzociclohepteno de rápida absorción, su vida media es de 10 a 50 horas, sufre extenso metabolismo de primer paso y su metabolito activo es la nortriptilina. La administración de una dosis diaria debe hacerse por la noche, preferentemente con la comida.

Imipramina: Es sinónimo de melipramina y su metabolito activo es la desipramina. Se absorbe muy bien en el aparato gastrointestinal, su vida media es de 8 a 16 horas. Pasa a la leche materna. Las dosis iniciales en trastornos funcionales van desde 25 mg hasta 75 mg/día, posee actividad anticolinérgica y produce sedación.

Desipramina: Es un derivado de la dibenzazepina, y metabolito activo de la imipramina. Tiene una vida media de 60 horas, Es el tricíclico que posee menor cantidad anticolinérgica y la dosis inicial va de 50 a 150 mg/día.

Varios meta-análisis han demostrado beneficio y efecto considerable sobre el placebo.

(Rajagopalan, 1998) efectuó un ensayo controlado, doble ciego, con el uso de amitriptilina por 12 semanas y demostró ser significativamente más efectiva que el placebo en parámetros como mejoría global, disminución del dolor abdominal y satisfacción del hábito intestinal. En este estudio el pronóstico no se influenció por la severidad de la depresión, síntomas de ansiedad ni variables de personalidad.

(Greenbaum, 1987) comparó la desipramina y atropina en pacientes con SII y demostró que es útil independiente del efecto anticolinérgico y de la coexistencia de

trastornos psiquiátricos o de cambios en la motilidad. También encontró una mejoría del tránsito intestinal, del dolor abdominal y de la sensación de bienestar global.

(Clouse, 1994) por su parte efectuó un estudio no controlado de cinco años con 138 pacientes con SII, y reportó 61% de remisión de síntomas, 89% de mejoría, 81% de alivio del dolor.

La amitriptilina se postula como un analgésico visceral, que modifica no solo variables subjetivas clínicas, sino también parámetros fisiológicos de hipersensibilidad visceral como lo demostraron Poitras y colaboradores en sus estudios.

La serotonina es un neurotransmisor vital en la fisiopatología de los desórdenes del estado de ánimo y la ansiedad, pero también existen mecanismos mediadores a través del tránsito colónico dependientes de serotonina, que alteran el procesamiento, sensibilidad y percepción de la información aferente visceral a nivel cerebral.

“Los pacientes con depresión y ansiedad tienen alteraciones en la utilización cerebral de los neurotransmisores (serotonina y norepinefrina), resultando en una depleción de estas sustancias en las células cerebrales; la recaptación del neurotransmisor ayuda a inactivarlo, e inhibir la recaptación, significa por el contrario prolongar la acción del neurotransmisor”. (Corazzarie, 1999: 81)

El sistema nervioso entérico contiene nervios que poseen grandes cantidades de serotonina, es por ello que la mayor cantidad de este neurotransmisor se encuentra en los intestinos y no en el cerebro, ni en la médula espinal. También existe un efecto periférico proquinético, que disminuye la hipersensibilidad visceral y relaja el colon.

Algunos autores han mencionado que los antidepresivos funcionan a través de mecanismos que corrigen globalmente el estrés, más que modificando la fisiología gastrointestinal o sus síntomas.

Varios autores han detectado niveles elevados de somatización en mujeres con SII, lo que abre una hipótesis independiente de la ansiedad y depresión, donde se promueve el procesamiento neurofisiológico de signos aferentes distorsionados en varios síndromes funcionales, clasificados como síndromas medicamente no explicados. Esto se comprueba según (Drosman, 2002) por la prevalencia del 30% al 42% de los desórdenes de somatización en síndrome de intestino irritable.

Hay evidencia del efecto analgésico de los inhibidores de la recaptación de serotonina, en especial en los desórdenes somatomorfos, mejorando los síntomas somáticos corporales y la comorbilidad sin relación con procesos de ansiedad o depresión.

Otros autores consideran que los pacientes con fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, SII o migraña, representan parte de un espectro de los desórdenes afectivos, como los síndromes somáticos funcionales, para lo cual están indicados los ISRS. Además modifican el proceso cognitivo ya que reducen los prejuicios negativos del proceso de memoria e información, y minimizan la atención a las sensaciones gastrointestinales, modificando así el miedo a tener una enfermedad seria.

“La Asociación Británica de Psicofarmacología recomienda emplear ISRS en los desórdenes de ansiedad, especialmente cuando se cumplen criterios de cronicidad, cuando los síntomas son moderados a severos, se asocian a comorbilidad (depresión) y hay un impacto social severo”. (Camilleri, 2000: 40)

El uso de la fluoxetina cuyas dosis usuales son de 20 mg/día, en una toma diaria por la mañana; su vida media es de 2 a 4 días y los efectos colaterales más frecuentes son agitación, dolor, malestar neuromuscular, náuseas, cefalea y diarrea, por lo que el individuo ideal sería un paciente no agitado. Se recomienda esperar por lo menos cuatro semanas para incrementar las dosis iniciales. El efecto secundario más común que interfiere para continuar con el medicamento es la agitación. Algunos pacientes llegan a requerir un benzodiacepínico para mejorar sus síntomas iniciales.

El uso de sertralina es cuando coexiste psicopatología; está indicado en casos de depresión mayor, trastornos de pánico, trastorno obsesivo y compulsivo, fobia social y distimia atípica. Su vida media es de 25 horas y tiene menos efectos iniciales; el paciente no aumenta de peso y las reacciones más comunes son náusea, diarrea, agitación, eyaculación tardía, anorgasmia y un poco de sedación.

“El citalopram, empezó a utilizarse para el cuidado de la salud mental en USA en agosto de 1998; posee pocos efectos colaterales, bajo porcentaje de ansiedad y de insomnio, así como mínima interacción medicamentosa. Su vida media es de 30 horas”. (Locke, 2005: 43)

Tanto sertralina como citalopram ofrecen ventajas en el paciente polimedicado por su menor riesgo de interacciones al compararlos con otros ISRS. Dentro de sus efectos colaterales raramente se encuentran náuseas, boca seca, somnolencia, agitación, disminución de la libido, anorgasmia, sudoración, ganancia ponderal y bradicardia.

La paroxetina es el tercer ISRS, fue comercializado por primera vez en Gran Bretaña en 1991, se utiliza para los trastornos de pánico a dosis de 20 mg al día por la mañana. Si el paciente no responde en cuatro semanas es necesario aumentar la dosis; es el más sedante de los ISRS y produce estreñimiento, a veces provoca insomnio o por el contrario, somnolencia; también es causa de náuseas, astenia, temor, aumento de peso y alteraciones por suspensión abrupta. Ejerce un efecto supresor del sueño REM y una prolongación de la fase de latencia de este sueño.

“El uso de ansiolíticos entre ellos la azapirona se puede indicar que es una nueva clase de ansiolíticos no benzodiazepínicos como la buspirona, son inhibidores de la recaptación de serotonina; actúan en los receptores presinápticos, se fijan a los receptores 5HT_{1A} y actúan como ansiolíticos y antidepresivos”. (Caldwell, 2002: 52)

Sus efectos colaterales esporádicos son (1%-9%): acatisia, náusea, sequedad de boca, astenia y nerviosismo, somnolencia y taquicardia. Tienen la ventaja de que no provocan dependencia, tolerancia física, ni alteración amnésica, pero son de acción

lenta. Se recomiendan a dosis de 5-10 mg a día. No se puede usar con zumo de uva ya que incrementan sus niveles plasmáticos.

“Las benzodiazepinas son sustancias liposolubles que actúan sobre el sistema límbico (amígdala e hipocampo) al incrementar la función del GABA, e indirectamente al inhibir la actividad serotoninérgica de los núcleos del rafe que se proyectan al hipocampo y amígdala, afectando así a otros sistemas de neurotransmisión. Los benzodiazepínicos son los ansiolíticos más utilizados en la medicina por ser fármacos seguros y eficaces”. (Olden, 2004: 87)

Son efectivos en muchos desórdenes de ansiedad pero deben ser restringidos a usos de corto plazo y solamente considerarse cuando existan casos de resistencia al tratamiento, por el riesgo de efectos colaterales, tolerancia y dependencia.

Dentro de los benzodiazepínicos más utilizados están el alprazolam, clordiazepóxido, bromazepam, clonazepam, midazolam, diazepam y el lorazepam; cuyos efectos secundarios principalmente provocan alteración psicomotriz, problemas con la memoria, con la capacidad de vigilancia y demás desordenes que prohíben su uso durante el día por el efecto alto de accidentes que puede ocasionar su administración. La vida media del alprazolam es de 9 a 20 horas, el clordiazepóxido tiene una acción más prolongada, con una vida media de 40 a 100 horas. (Enriquez et al, 2010)

No se recomiendan en síndrome de intestino irritable ya que el riesgo de dependencia y tolerancia es mayor que el beneficio sintomático del dolor. Su utilidad radica en el apoyo que brindan al manejo de la psicomorbilidad asociada como por ejemplo en ansiedad generalizada, desorden de pánico, fobia social, crisis de pánico, trastorno adaptativo con ansiedad y otros estados ansiosos.

El periodo de tiempo hasta la aparición de la tolerancia no es homogéneo, varía entre una a dos semanas y se manifiesta en forma de disminución de los efectos adversos, de la eficacia de los compuestos, y en la necesidad de aumentar la dosis altas para inducir el sueño. Es la principal razón para limitar el tiempo de utilización de estos

compuestos. La administración en dosis altas y durante un tiempo prolongado, puede desarrollar dependencia física y un síndrome de abstinencia cuando la medicación se interrumpe bruscamente.

“El síndrome de abstinencia tiene una prevalencia del 10% al 30% y es frecuente que aparezca en pacientes tratados con dosis normales durante seis meses o más. Cuando se requiere el uso de un tratamiento más prolongado es preferible emplear ISRS que son agentes efectivos contra la ansiedad y carecen de potencial abuso”. (Baró, 2005: 54)

Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina: Duloxetina cuyo nombre comercial es Cymbalta y su vida media es de 12 horas. Se recomienda tradicionalmente en depresión crónica, dolor crónico, neuropático diabético y en incontinencia urinaria de estrés. Se contraindica en casos de glaucoma de ángulo cerrado y como en otros antidepresivos mayores, existe riesgo de suicidio al inicio en pacientes adolescentes, peligro de hepatotoxicidad o elevación de enzimas hepáticas.

Se discontinuará si hay efectos colaterales persistentes como agitación, confusión, cefalea, insomnio y convulsiones.

“Se pueden presentarse aunque raramente en menos del 2%, síntomas secundarios como náuseas, estreñimiento, boca seca, disminución del apetito, somnolencia, sudoración, mareos, diarrea, trastornos de disfunción sexual, visión borrosa, astenia y gastritis. La dosis recomendada es de 40 mg al día, ya sea en una dosis o 20 mg cada 12 horas, hasta un mínimo de 60 mg/día”. (Jaiwala, 2000: 28)

No se recomienda discontinuarlo abruptamente sino a lo largo de dos semanas por riesgo a desarrollar un síndrome caracterizado por mareo, náusea, insomnio, cefalea y ansiedad; tampoco usarlos conjuntamente con medicamentos como ciprofloxacina, TCA o ISRS.

Según (Jaiwala, 2000), señala que algunos estudios han reportado efectos colaterales como náusea en 20%, cefalea 15%, boca seca, estreñimiento, insomnio, mareos y fatiga en el 10%.

La duloxetina se utiliza en el manejo del dolor neuropático periférico y estudios preliminares sugieren su aplicación en dolor visceral intestinal; en vista que la presentación clínica de depresión no solo involucra síntomas emocionales sino físicos.

“Los IRSN tienen un perfil que confiere ventajas sobre otros antidepresivos en controlar estos síntomas hasta en un 70% (cefalea, dolor de espalda, dolor torácico, síntomas gastrointestinales, u otros dolores músculo esqueléticos). La deficiencia en la neurotransmisión de la serotonina o norepinefrina explican la sintomatología dolorosa comorbida en depresión.” (Colombo, 2005: 58)

Al momento no existen estudios en trastornos funcionales gastrointestinales, únicamente casos eventuales manejados por expertos con buenos resultados.

Venlafaxina, fue introducida en 1994, su vida media es de cinco horas, no se recomienda en pacientes hipertensos. La dosis usual es de 75 a 225 mg al día dividida en dos partes. Se puede usar la presentación de liberación prolongada a dosis de una tableta diaria puesto que tiene una vida media de 15 horas con concentraciones plasmáticas máxima a las 6 horas. En 1999 fue aprobada para desorden de ansiedad generalizada, administrada a dosis bajas (75 mg al día). No provoca tolerancia ni dependencia. Hay estudios que concluyen que es eficaz en el dolor neuropático posiblemente como consecuencia de sus influencias sobre el sistema noraadrenérgico.

Dado que en algunas personas se asocia a un incremento persistente en la presión arterial, se recomienda una monitorización periódica de la misma, sobre todo en pacientes que toman dosis mayores. No es aconsejable en sujetos que presenten ansiedad o insomnio, disfunción sexual, baja de peso, hipertensión limítrofe o de difícil control.

Inhibidores de la Recaptación de Norepinefrina y Dopamina. El bupropion es un medicamento que inhibe la recaptación de norepinefrina y dopamina, mas no de serotonina; su nombre comercial es Wellbutrin, y tiene un efecto estimulante. Las dosis iniciales son de 100 mg dos veces al día y sus efectos colaterales son agitación e insomnio, los cuales pueden manejarse con clonazepam a dosis bajas. Tiene la ventaja de no provocar disminución de la libido por lo que es el único que no altera la función sexual, por lo contrario tiene un efecto estimulante de la misma; suele originar supresión del apetito y puede llegar a producir convulsiones. Las dosis recomendadas oscilan entre 200 a 400 mg al día.

Otros psicofármacos como el valproato, se cree que modula la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica. (Lamber 1966)

“El valproato dentro de sus efectos secundarios se encuentran síntomas gastrointestinales que se presentan en el 8.9% como náusea, diarrea y retortijones. Tienen efectos mínimos sobre la función cognitiva, raramente producen sedación o temblor postural, mareos, diplopía, visión borrosa, incoordinación y se han reportado algunos casos encefalopatía”. (Rodríguez, 2005: 61)

En este medicamento también se ha descrito raramente trombocitopenia, leucopenia y pancreatitis en 2.9%. La dosis inicial es de 250 a 500 mg/día.

Pregabalina es una ligandina alfa 2 delta que reduce tanto la alodinia visceral como la hiperalgesia. Su nombre comercial es Lyrica. Houghtony el grupo de Manchester efectuaron un estudio reciente para comprobar la utilidad de pregabalina en SII; seleccionaron 26 casos que cumplían criterios de SII por Roma II y efectuaron un ensayo clínico controlado doble ciego. El paciente recibía tres semanas de pregabalina oral titulada 50 mg TID por tres días, luego 100 mg TID por otros tres días, posteriormente 150 mg TID por otros tres días y por último 200 mg TID hasta llegar al día veintiuno. Los resultados obtenidos fueron que la pregabalina incrementaba significativamente los umbrales sensoriales, de deseo de defecar y del dolor; reducía la capacitancia rectal y aumentaba a niveles normales los umbrales a la

distensión, en pacientes con hipersensibilidad rectal. Los efectos colaterales más comunes fueron somnolencia, mareo, fatiga, náusea, sedación y ganancia de peso.

La gabapentina fue introducida inicialmente con el nombre comercial de neurontín. Se puede usar a dosis de 100 a 300 mg en la noche, tiene los mismos efectos colaterales mencionados que la pregabalina y aumenta la distensibilidad rectal o capacitancia rectal en patrones con SII variedad diarreica.

“La aplicación de psicofármacos en síndrome de intestino irritable está ubicada dentro de un contexto de enfermedad moderada a severa, independiente del subtipo. (Wald, 2000: 37)

(Wald, 2000) menciona dos escenarios que no son mutuamente excluyentes, primero aquel paciente con SII que tiene dolor abdominal y síntomas relacionados con fallo en la respuesta al tratamiento médico, y segundo en pacientes con alteraciones psicosociales o psicomorbilidad. Un factor pronóstico para la mejoría del síndrome de intestino irritable es la presencia de dolor como síntoma predominante.

La forma y utilización de los antidepresivos tricíclicos es diferente cuando se maneja un trastorno funcional gastrointestinal, que cuando se trata a un paciente con ansiedad y depresión.

Por otro lado existen mitos que frecuentemente limitan el uso de los psicofármacos y hacen que el paciente rechace. Se cree que “alteran a mente”, que solo los utilizan los locos o despiertan pensamientos negativos a un paciente que se dice a sí mismo que si visita al médico es por sus síntomas gastrointestinales y no por problemas psiquiátricos. Además se cree que los efectos colaterales de estos medicamentos son significativos y que persisten después de discontinuarlos; que son de uso delicado, no comprobado u costoso, Para enfrentar esos mitos, el médico debe explicar primero que se utilizan como analgésicos centrales y no como antidepresivos; segundo, que se requieren únicamente dosis bajas, y que estas dosis, no alteran la mente; tercero, que sus efectos colaterales con son controlables, transitorios, menores y temporales, predominantemente durante las primeras dos semanas; cuarto, que tienen una acción

progresiva no inmediata, que su efecto se espera de la 3ra a la 6ta semana de empleo y que van a ser utilizados por un mínimo de 3 meses (un promedio de 6), y por último, que para discontinuarlo se requieren de 2 a 4 semanas, nunca en forma súbita.

Para prescribir antidepresivos se requiere maximizar la relación médico-paciente, hay que explicar a las personas por qué se utilizan, qué se espera de ellos y sus posibles efectos colaterales. Se debe tener en cuenta que mientras mayor sea el índice de somatización, mayor el riesgo de efectos secundarios. Se debe negociar un plan de tratamiento enseñando al paciente que al funcionar como analgésicos centrales, los antidepresivos disminuyen la sensibilidad visceral a nivel del cerebro, que en la médula espinal se bloquean los mensajes de dolor entre el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso y que al recuperar las funciones de conexión cerebro-intestinal, se ayudara a que éste module y disminuya los impulsos aferentes dolorosos.

Estos medicamentos recuperarán la habilidad del cerebro para responder apropiadamente a los estímulos; en especial los ISRS mejorarán el grado de satisfacción y calidad de vida; cambiarán la sensación global de bienestar modulando apropiadamente los estímulos periféricos, sin modificar mayormente las anormalidades fisiológicas o los síntomas gastrointestinales. Es común escuchar en la práctica diaria que los pacientes en tratamiento refieren que aunque sientan las molestias, éstas ya no son dolorosas y son fácilmente controlables.

Se debe referir al especialista de la salud mental: a) cuando el médico a cargo se considere con poca experiencia para el manejo clínico de la condición; b) cuando existen riesgos de suicidio; c) cuando la psicomorbilidad de base requiere mayor estudio, psicoterapia u otros tratamientos; d) cuando han fallado los esquemas convencionales de antidepresivos mencionados; e) cuando existe intolerancia a los antidepresivos y f) cuando el tratamiento resulta refractario, para explorar otros abordajes terapéuticos.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALAS
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE	El Síndrome de Intestino Irritable es un trastorno funcional del intestino caracterizado malestar o dolor abdominal que están asociados con cambios en la deposición o con cambio en el hábito intestinal y con alteración en las características de las deposiciones.	Factores De Riesgo	Factor Psicosocial	Depresión Ansiedad Estrés Maltrato psicosocial
			Estado Nutricional	Peso normal Sobrepeso Obesidad Obesidad Grado I Grado II Grado III Grado IV
			Hábitos alimenticios	Exceso de alimentos: Picantes Lácteos Grasos Condimentada
		Diagnóstico	Manifestaciones Clínicas según Criterios de Roma III	Últimos 3 meses, con inicio de molestias al menos 6 meses antes del Diagnóstico. -Mejoría clínica con la defecación. -Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces -Inicio asociado con un cambio en la forma de las heces (Según escala de Bristol)
			Valoración Clínica	Cuerda cólica hipersensible en fosa iliaca izquierda Flatos Distensión abdominal/Dolor abdominal
		Tratamiento	Farmacológico	SII-CONSTIPACION: Agentes Serotoninérgicos, fibra, laxantes, estimulantes de los canales de cloro SII-DIARREA: Drogas Serotoninérgicas, Antidiarreicos, probióticos Mixto: Antidepresivos, Antiespasmódicos, Antiflatulentos.
			Psicoterapia	Hipnoterapia Terapias de relajación

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALAS
CALIDAD DE VIDA	La calidad de vida, es la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes.	Características generales de la población	Género	Masculino Femenino Alternativo
			Edad	18-30 31-40 41-50 51-60 Mayor de 65 años
			Procedencia	Urbana Rural
			Ocupación	Profesional No profesional
		Escala de la OMS	Sentimientos positivos	Sano - Enérgico
			Sentimientos negativos	Enfermo - Cansado
			Estado Psicológico	Estrés Ansiedad Miedo
			Autoestima	Incomunicación - Pérdida de autoestima
			Actividades de ocio	Afectación en la vida social
			Relaciones interpersonales	Afectación en su entorno afectivo
			Desempeño diario y laboral	Afectación en actividades diarias y capacidad para trabajar
			Percepción del sueño y descanso	Afectación durante el sueño

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio de la investigación es retrospectivo y observacional, en el cual se determinó la calidad de vida de los usuarios atendidos en la Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda con Síndrome de Intestino Irritable desde noviembre del 2013 hasta abril del 2014 mediante la observación directa y la realización de entrevista y encuesta.

LINEA DE INVESTIGACION:

Enfermedades Orgánicas Crónicas

POBLACIÓN Y UNIVERSO:

El universo lo constituyeron 420 pacientes atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo en el período comprendido entre Noviembre 2013 – Abril - 2014.

FÓRMULA DE MUESTREO

n: muestra.

N: población.

P: Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor.

Q: Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra.

e: Margen de error.

Z: Nivel de confiabilidad o confianza.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

$$(Z)^2 \times P \cdot Q + N \cdot e^2$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 420}{(0.05)^2}$$

$$(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 420 \times (0.05)^2$$

$$n = 3,84 \times 105$$

$$\frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2}$$

$$n: 0.96 + 2$$

$$n = 403$$

$$\frac{403}{1.96}$$

$$n: 136.21$$

MUESTRA:

La muestra estuvo integrada por 135 Pacientes los cuales cumplieron los criterios Roma III establecidos para el diagnóstico clínico, el paciente restante fue tomado en cuenta por ser presuntivo pero se descartó, por no cumplir dichos criterios, fueron escogidos de forma aleatoria, atendidos en el área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Noviembre 2013 - Abril 2014

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable según Criterios de Roma III en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no cumplan con criterios de Roma III en su diagnóstico

Pacientes menores de 18 años de edad

ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el área de Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, a donde acuden usuarios diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable durante el periodo de noviembre 2013-Abril del 2014

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Científico

Clínico

Estadístico

La recolección de la información para este estudio se basó en entrevistas y encuestas realizadas en el área de Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, dirigidas a los usuarios con Síndrome de Intestino Irritable utilizando un cuestionario con preguntas en donde se determinan los indicadores de las variables planteadas, además se realizó búsqueda de datos médicos en las historias clínicas.

Mediante la identificación de la población de estudio se reconoció las características socio demográficas de los pacientes donde se utilizó el método inductivo.

La técnica utilizada es una encuesta dirigida a los usuarios diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable, para evaluar como esta patología incide en la calidad de vida.

El instrumento que se utilizó es el cuestionario con los indicadores que permitieron valorar como el Síndrome de Intestino Irritable inciden en la calidad de vida de los pacientes.

El análisis de los resultados se procesó en forma sistemática mediante gráficos y tablas estadísticas con la ayuda de programas de Microsoft Excel y Word, con los que se obtendrán datos cuantitativos y cualitativos de la investigación de esta manera permitirán llegar a conclusiones que a su vez nos ayudara para realizar una propuesta que permita educar a los usuarios que acuden a Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

El presente trabajo se utilizó el programa de Anti-Plagio Urkund para determinar la autenticidad del proyecto investigativo.

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

RECURSOS:

Humanos:

Usuarios diagnosticados con Síndrome de Colon Irritable atendidos En Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Personal que labora en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Área de Gastroenterología

Tutor de tesis

Equipo gestor de investigación

Técnicos:

Encuesta y observación

Revisión bibliográfica.

Estadística (tablas y gráficos)

Materiales:

Materiales tecnológicos

Materiales de escritorio.

Institucionales:

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Recursos Económicos:

La investigación tuvo un costo aproximado de \$ 1,787 dólares, el mismo que será financiado con recursos propio de la egresada en un 100%.

Tiempo:

Cronograma de actividades

PRESUPUESTO DE LA TESIS

PRESUPUESTO	VALORES
Adquisición de Materiales bibliográficos	500.00
Transporte	120.00
Desarrollo de tesis e impresión	400.00
Imprevistos	200.00
Empastado y encuadernación	467.00
Gastos Varios	100.00
TOTAL	1.787.00

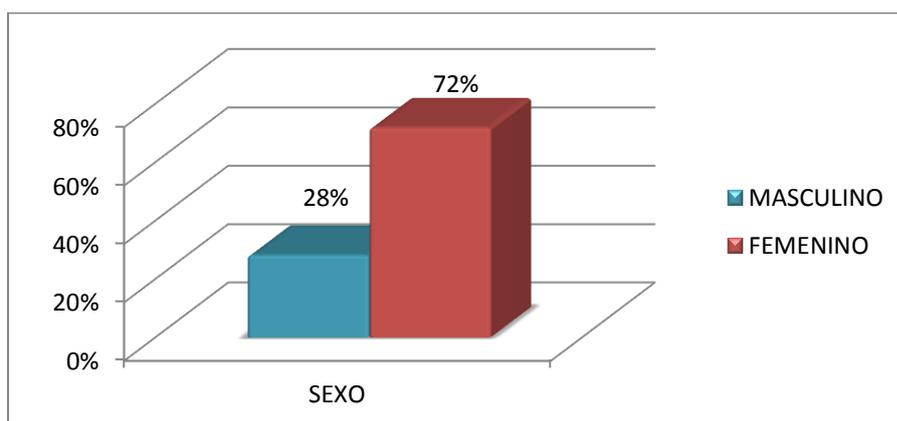
PRESENTACION, ANALISIS Y REPRESENTACION DE DATOS

TABLA N° 1

SEXO EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	38	28%
FEMENINO	97	72%
TOTAL	135	100%

GRAFICO N°1



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

Se puede observar que el sexo femenino representado con un 72% de la muestra es el más afectado con esta enfermedad y en menor proporción el sexo masculino con el 28%.

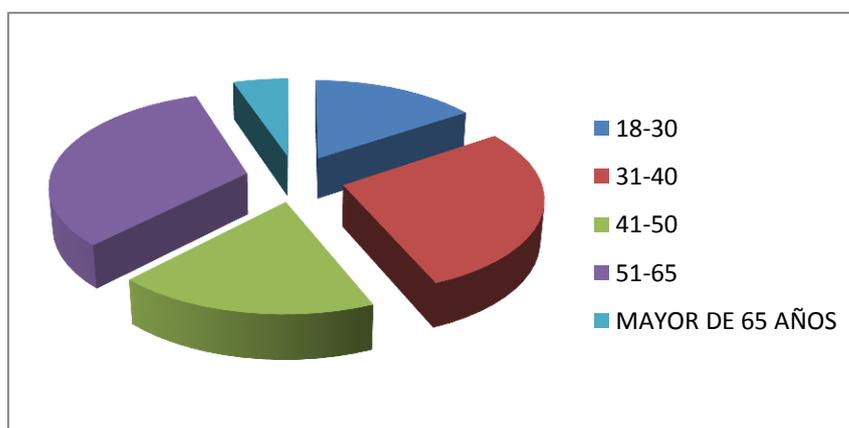
Tal como se indica en la teoría que la enfermedad prevalece en el sexo a razón de 2 a 2.5:1 a diferencia del sexo masculino.(Mearin et al,2002)

TABLA N° 2

EDAD EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-30	21	16%
31-40	38	28%
41-50	25	19%
51-65	44	33%
MAYOR DE 65 AÑOS	7	5%
TOTAL	135	100%

GRAFICO N° 2



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

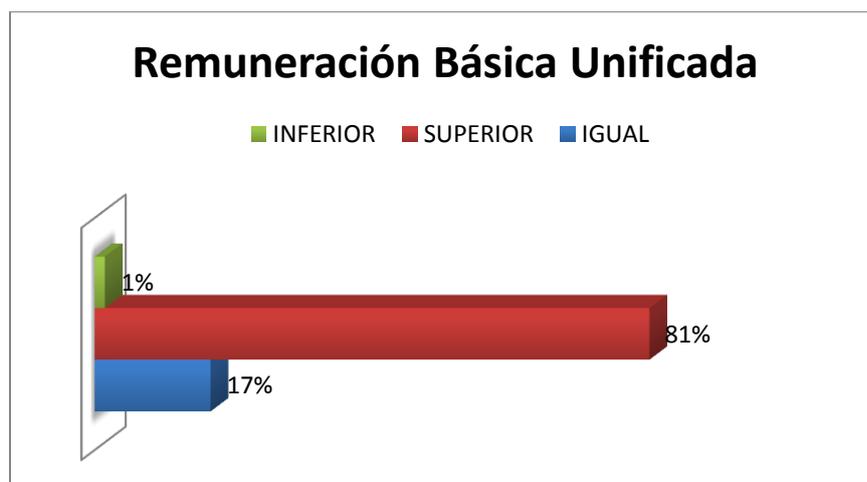
En la presente tabla y grafico estadístico se puede observar que las personas con edades comprendidas entre los 51 a 65 años de edad prevalece más este Síndrome con un 33%, seguido de los pacientes entre 31 a 40 años con un 28%, los de edades comprendidas entre 41 a 50 años con 19%, los de 18 a 30 años con un 16% y por ultimo con menos afectación usuarios mayores de 65 años con un 5%.

TABLA N° 3

REMUNERACION BASICA UNIFICADA EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

RBU \$340.00	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUPERIOR	110	81%
IGUAL	23	17%
INFERIOR	2	1%
TOTAL	135	100%

GRAFICO N°3



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

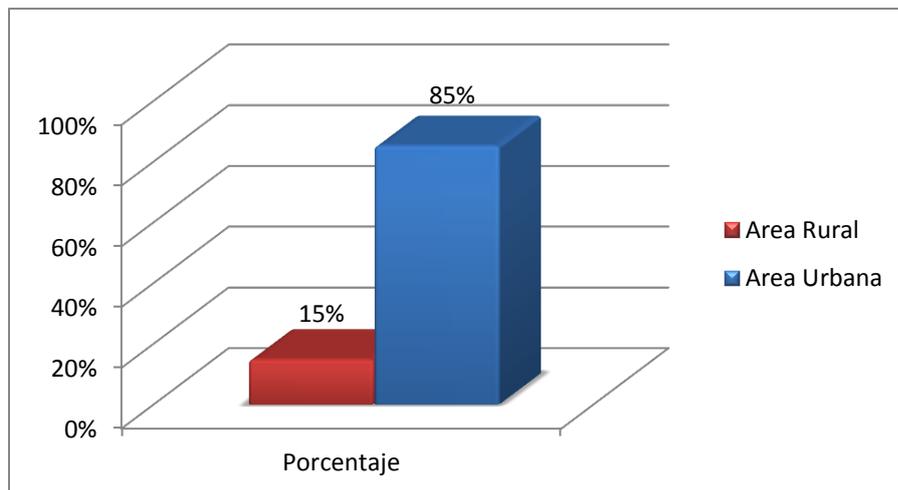
En el presente grafico podremos darnos cuenta sobre qué nivel de estrato social se observa más afectación de esta enfermedad pudiendo definirlo a través de la escala de RBU tomando como base \$340.00 dólares, quedando así que prevaleció el nivel superior con un 81%, seguido aquel que mantiene cifras iguales a la RBU con 17% y con 1% los que percibían una cantidad menor a los \$340.00 dólares.

TABLA N° 4

LUGAR DE PROCEDENCIA EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Área Urbana	115	85%
Área Rural	20	15%
Total	135	100%

GRAFICO N° 4



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El gráfico representa el área de procedencia que se ve afectada el cual nos demuestra que el 85% de la población en estudio procede del área urbana, mientras que el 15% lo es del área rural.

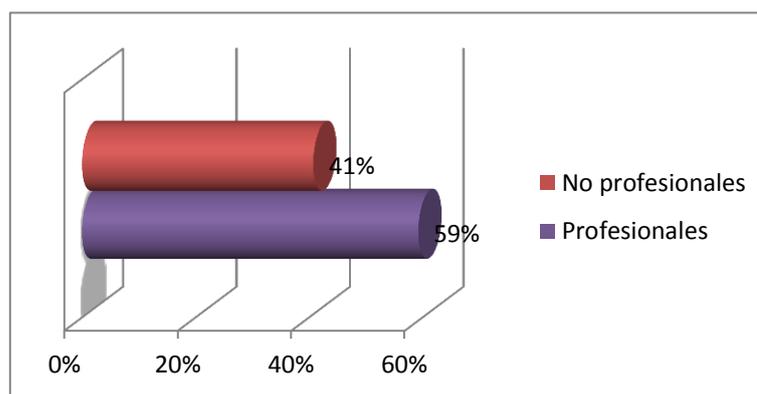
El efecto que se presente aquí es por el estrés al que está constantemente sometido la población de la ciudad en sus trabajos.

TABLA N° 5

OCUPACION LABORAL EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Profesionales	80	59%
No profesionales	55	41%
Total	135	100%

GRAFICO N°5



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

Haciendo referencia al presente cuadro se observa que la población en estudio un 59% son profesionales y el restante son no profesionales con un 41%.

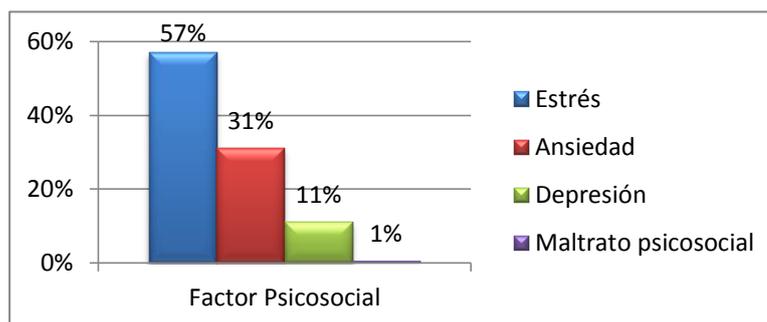
Esto nos quiere decir que los profesionales al ser quizás oficinistas o al tener menos rango en sus puestos son expuestos a situaciones de estrés que provocan exacerbaciones o el apareamiento de Síndrome de Intestino irritable recordemos que esta enfermedad es causa de ausentismo laboral.

TABLA N° 6

FACTOR PSICOSOCIAL EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Factor psicosocial	Frecuencia	Porcentaje
Estrés	77	57%
Ansiedad	42	31%
Depresión	15	11%
Maltrato psicosocial	1	1%
Total	135	100%

GRAFICO N°6



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

En la presente tabla hacemos referencia al factor psicosocial al que se ven diariamente expuesto nuestros sujetos de estudio observando que el principal es el estrés con un 57%, seguido de la ansiedad con 31%, la depresión con 11% y por ultimo algún tipo de maltrato psicosocial representado con 1%.

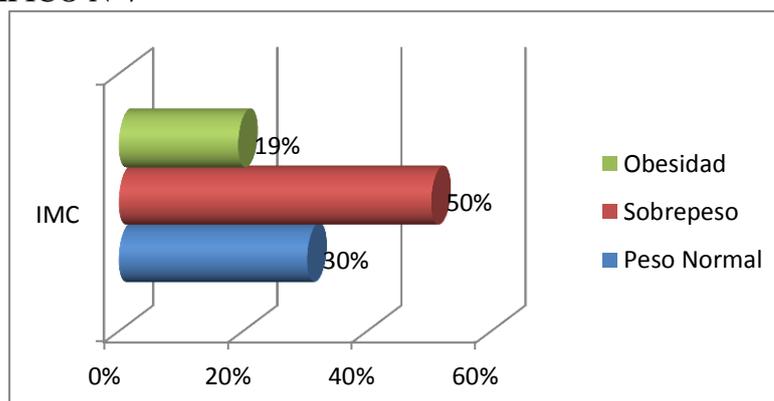
Estos nos demuestran que el estrés es el principal factor psicosocial que afecta a la población en estudio, seguido de la ansiedad que es mucho más notorio en amas de casa.

TABLA N° 7

ESTADO NUTRICIONAL EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso Normal	41	30%
Sobrepeso	68	50%
Obesidad	26	19%
Total	135	100%

GRAFICO N°7



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

En este cuadro se pudo determinar mediante el estudio del IMC la clasificación de la población como personas con peso normal representado con 30%, seguido de las personas con sobrepeso con 50% y por ultimo personas obesas con 19%.

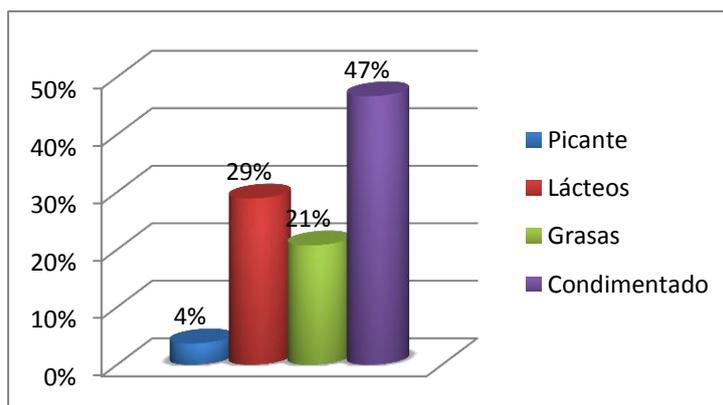
No hay duda que las personas con sobrepeso se ven afectadas por el mal manejo del consumo de sus alimentos, que son en excesos.

TABLA N° 8

HABITOS ALIMENTICIOS EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Hábito Alimenticio	Frecuencia	Porcentaje
Picante	5	4%
Lácteos	39	29%
Grasas	28	21%
Condimentado	63	47%
Total	135	100%

GRAFICO N°8



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

En este cuadro hacemos referencia a los hábitos alimenticios observamos que los usuarios consumen alimentos muy condimentados en su dieta diaria corresponde a 47% de los encuestados, seguido de los que consumen lácteos y derivados en un 29%, las grasas en un 21% y por ultimo alimentos picantes en un 4%.

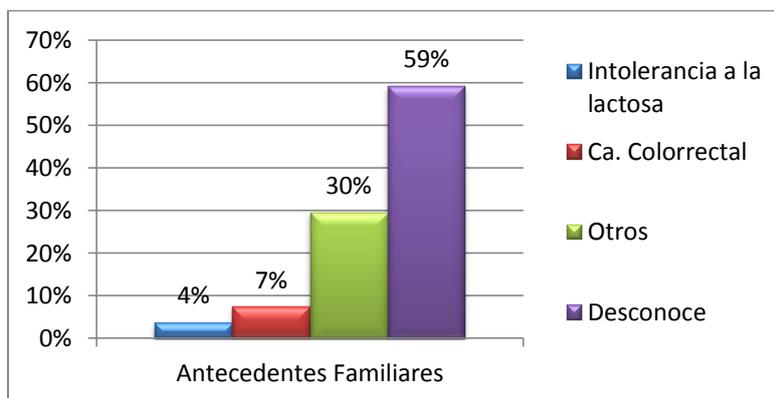
Lo que se deduce que la principal causa de exacerbación o presencia de esta enfermedad como factor detonante es el consumo de alimentos condimentados así como también el de lácteos.

TABLA N° 9

ANTECEDENTES FAMILIARES DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Antecedentes Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Intolerancia a la lactosa	5	4%
Ca. Colorrectal	10	7%
Otros	40	30%
Desconoce	80	59%
Total	135	100%

GRAFICO N° 9



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El gráfico hace referencia a los antecedentes familiares, observando que el 59% desconoce si existe algún tipo de enfermedad dentro de su ambiente familiar, a diferencia de un 30% que conoce de familiares que presentan algún tipo de enfermedad en la familia, un 7% refieren la existencia de Ca. Colorrectal y por ultimo un 4% con intolerancia a la lactosa.

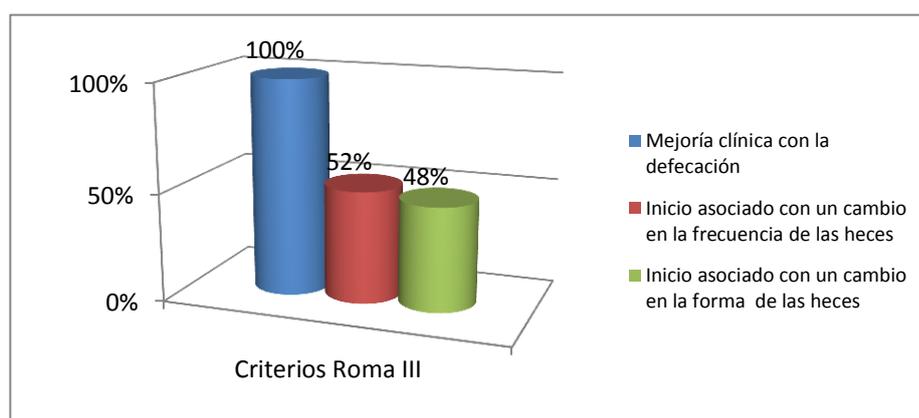
Es fácil muchas veces observar la despreocupación que tienen los usuarios por saber qué tipo de enfermedades se presentan dentro del ambiente familiar.

TABLA N° 10

CRITERIOS ROMA III EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Criterios Roma III	Frecuencia	Porcentaje	Total
Mejoría clínica con la defecación	135	100%	135
Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces	70	52%	135
Inicio asociado con un cambio en la forma de las heces	65	48%	135

GRAFICO N° 10



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

Se realiza una pregunta sobre los criterios de roma, de los cuales los usuarios refiere una mejoría al 100% al realizar la defecación, seguido de un 52% que observa que el inicio de la enfermedad comienza con un cambio en la frecuencia de las heces y un 48% que observa un cambio en la forma.

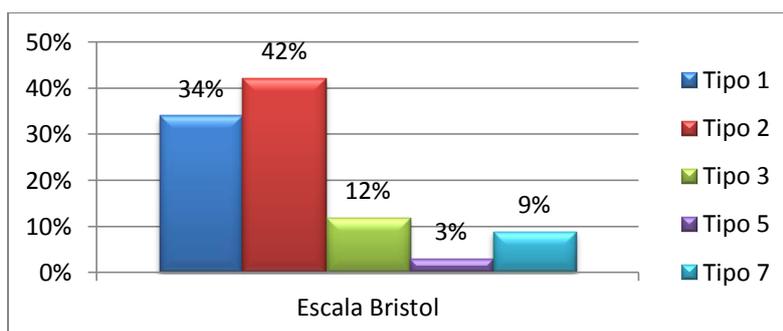
Esto nos da entender que se cumple los criterios roma en nuestros usuarios, de acuerdo a como ellos han contestado al realizarles la encuesta.

TABLA N° 11

ESCALA BRISTOL EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Escala Bristol	Frecuencia	Porcentaje
Tipo 1	46	34%
Tipo 2	57	42%
Tipo 3	16	12%
Tipo 5	4	3%
Tipo 7	12	9%
Total	135	100%

GRAFICO N° 11



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El grafico y tabla representa la forma de las heces en los usuarios mediante la escala Bristol, la cual demuestra, que la tipo 2 está presente en un 42%, seguido la tipo 1 en un 34%, tipo 3 en 12%, la tipo 5 en un 3% y por ultimo 9% la tipo 7; la tipo 4 y 6 con un 0%.

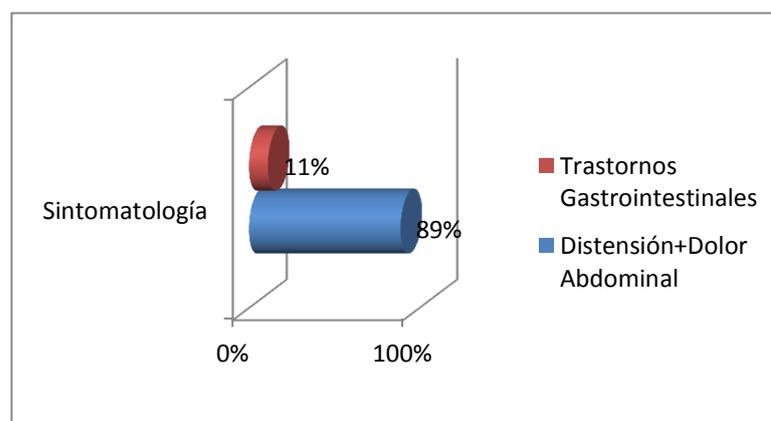
El análisis al presente cuadro se le debe tomar en cuenta que muchos de ellos hacen una secuencia de cómo empezó hasta que termino el cambio en la forma de las heces, así mismo vemos que predomina la forma de las heces tipo 1.

TABLA N° 12

SINTOMATOLOGIA EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Distensión Dolor Abdominal	120	89%
Trastornos Gastrointestinales	15	11%
Total	135	100%

GRAFICO N°12



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El presente cuadro hace referencia a la sintomatología que más molestias generó en el usuario el cual nos demuestra que la distensión o dolor abdominal corresponde a un 89%, seguido de los trastornos gastrointestinales con un 11%.

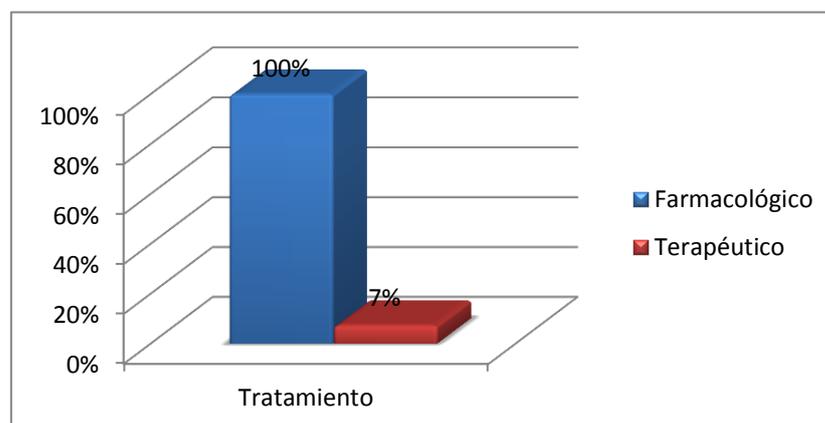
Esto hace referencia que el dolor y la distensión provoca una desmejoría en la calidad de vida de los usuarios así mismo veremos más tarde la afectación en el sueño que provoca.

TABLA N° 13

TRATAMIENTO EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Farmacológico	135	100%
Terapéutico	10	7%

GRAFICO N°13



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El 100% de la población en estudio basa su tratamiento a fármacos medicados por la Gastroenteróloga y un 7% de la población realiza además algún tipo de terapia para ayudar a su relajación.

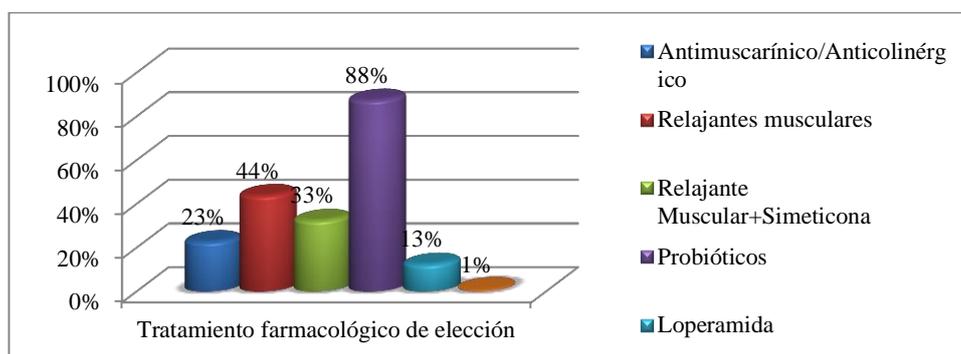
Nos indica que todos ellos para sentirse mejor toman su medicación y la hacen parte de su vida, pero no completan su tratamiento por no realizar algún tipo de actividad que los ayude con su problema de base.

TABLA N° 14

TRATAMIENTO DE ELECCION SEGÚN SINTOMATOLOGIA EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Tratamiento farmacológico de elección	Frecuencia	Porcentaje
Antimuscarínico/Anticolinérgico	28	23%
Relajantes musculares	54	44%
Relajante Muscular+Simeticona	40	33%
Probióticos	14	88%
Loperamida	2	13%
Laxantes	1	1%
Total	139	100%

GRAFICO N° 14



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El presente cuadro representa el tratamiento de elección en el Síndrome de Intestino Irritable según sus variantes es así que podemos observar que es sintomatológico, predominando en un 88% el uso de probióticos en pacientes con diarrea y escasamente el uso de loperamida.

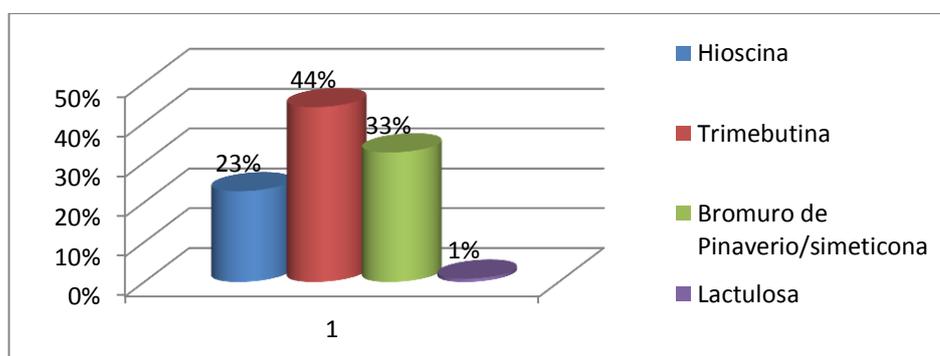
También se observa la administración de relajantes musculares puros o combinados en este caso con simeticona para el dolor o la distensión abdominal, laxantes en una pequeña proporción.

TABLA N°15

TRATAMIENTO DE ELECCION SEGÚN PRINCIPIO ACTIVO EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Principio Activo		Frecuencia	Porcentaje
Antimuscarinico/ Anticolinergico	Hioscina	28	23%
Relajante Muscular	Trimebutina	54	44%
Relajante/Antiflatulento	Bromuro de Pinaverio/simeticona	40	33%
Laxante	Lactulosa	1	1%

GRAFICO N°15



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

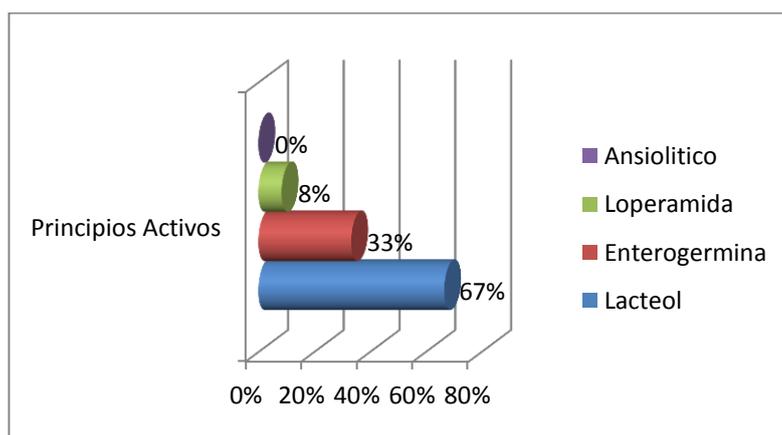
El presente grafico estadístico demuestra el uso específico de relajantes musculares en especial de la trimebutina con un 44%, seguido de una combinación de relajante muscular con antiflatulento tipo bromuro de pinaverio con simeticona en 33%, seguido de anticolinérgico como la hioscina con un 23%. Son estudios pocos exhaustivos que muestren que la trimebutina sea efectiva, sin embargo se observa mejoría para usarlo en la distensión abdominal.

TABLA N°16

TRATAMIENTO DE ELECCION SEGÚN PRINCIPIO ACTIVO EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Principio Activo	Frecuencia	Porcentaje
Bacillus Clausii	8	67%
Scharomycesboulardii	4	33%
Loperamida	1	8%
Ansioítico	0	0%

GRAFICO N°16



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

En el presente cuadro se observa el uso de bacillus clausii con un 67% seguido del scharomyces bulardii en un 33%, el uso de la loperamida es de poca acogida al igual que la administración de ansioítico.

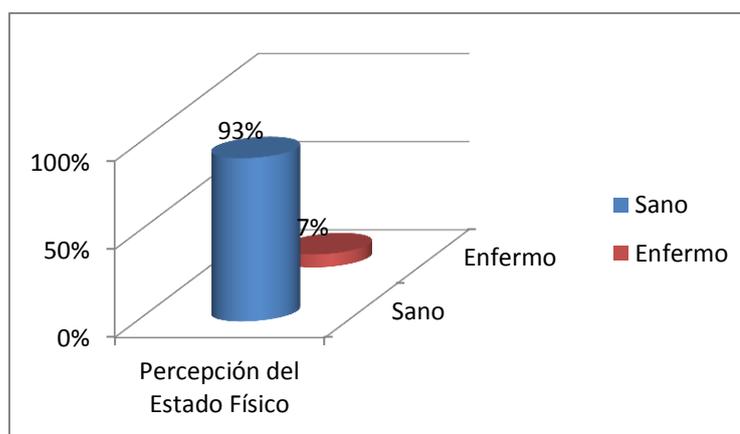
El uso de probióticos genera una buena respuesta sobre todo para pacientes que presentan la variante con diarrea, además de mejorar la sintomatología del meteorismo.

TABLA N° 17

ESTADO DE SALUD EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Percepción del estado de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Sano	125	93%
Enfermo	10	7%
Total	135	100%

GRAFICO N°17



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

Con respecto a este gráfico con la percepción del estado físico del usuario el 93% piensa que está sano y un 7% se considera enfermo.

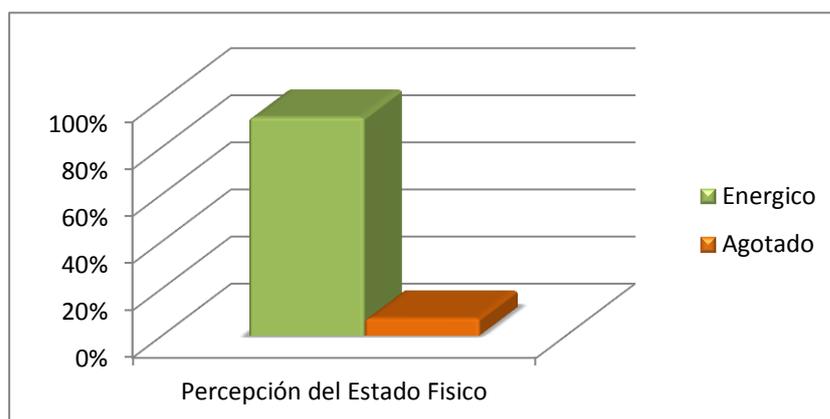
Esto nos indica la percepción que mantiene el paciente, al desconocer que su patología es una enfermedad crónica y recidivante que sin sus propios cuidados podría recaer una y otra vez.

TABLA N° 18

ESTADO FISICO EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA

Percepción del Estado Físico	Frecuencia	Porcentaje
Enérgico	125	93%
Agotado	10	7%
Total	135	100%

GRAFICO N° 18



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El presente gráfico estadístico nos muestra que el 93% de la población no ve afectada su estado físico, a diferencia de una minoría que ve un agotamiento en un 7%.

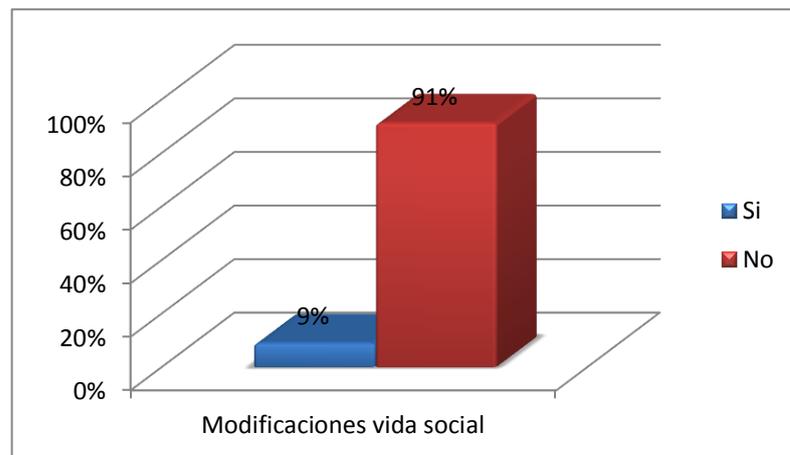
A pesar de que estudios han observado que los pacientes con síndrome de Intestino Irritable presentan falta de vitalidad su resultado es mínimo.

TABLA N° 19

AFECTACION EN LA VIDA SOCIAL EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Modificaciones vida social	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	9%
No	123	91%
Total	135	100%

GRAFICO N°19



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

Con respecto a la modificación en la vida social, el 91% de los encuestados no refiere algún tipo de afectación y un 9% si le afecta.

De ese pequeño grupo refiere su queja a la presencia del dolor abdominal que muchas veces le obliga a retirarse del lugar donde se encuentra.

TABLA N° 20

AFECTACION EN EL DESEMPEÑO LABORAL EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Afectación Desempeño Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	7%
No	100	74%
A veces	25	19%
Total	135	100%

GRAFICO N° 20



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

Con lo referente a la afectación en el desempeño laboral, podemos observar que un 74% no afecta, seguido de un Si con 7% y por ultimo quienes perciben con algunas veces un 19%.

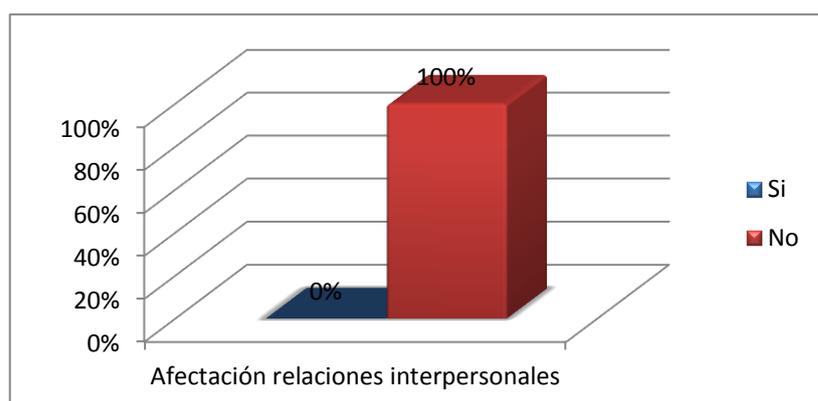
Esta percepción sobre la afectación en el desempeño laboral es porque no presentan sintomatología o por el simple hecho de cumplir con sus labores por miedo de perder su trabajo.

TABLA N° 21

AFECTACION EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Afectación Relaciones Interpersonales	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	135	100%
Total	135	100%

GRAFICO N°21



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El cuadro hace referencia algún tipo de afectación en las relaciones interpersonales el cual el 100% no ve ningún efecto.

A pesar que la teoría indica algún tipo de afectación en sus relaciones interpersonales en el presente trabajo investigativo no se observó ningún tipo de modificación.

TABLA N° 22

AFECTACION EN EL SUEÑO EN USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014

Afectación en el sueño	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	89%
No	15	11%
Total	135	100%

GRÁFICO N° 22



Fuente: Estadística Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

Análisis e Interpretación:

El presente cuadro se refiere a la afectación de su enfermedad durante el sueño, es decir si lo levanta de los cuales el 89% de la población tuvo respuesta positiva y con un 11% no refiere algún tipo de modificación.

El principal factor que afectaba y levantaba al usuario durante el sueño fue el dolor abdominal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

La investigación socio demográfica de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable es que los usuarios afectados predomina el sexo femenino con 72%, en edades comprendidas entre los 51 a 65 años de edad, con un ingreso superior a la remuneración básica unificada, procedentes del área urbana con un 85% de la población, además profesionales.

Mediante la investigación se pudo detectar que los principales factores de riesgo para padecer Síndrome de Intestino Irritable que son el sexo mujer, la edad entre 51-65 años, factor psicosocial el estrés, la procedencia urbana, profesionales, la dieta rica en condimentos y lácteos; con presencia de sobrepeso en el estado nutricional que inciden de manera directa en la calidad de vida de los pacientes.

El principal factor psicosocial y que es detonante para la aparición de Síndrome de Intestino Irritable es el estrés con un 57%, seguido de la ansiedad con un 31%.

Mediante este estudio se pudo determinar el desconocimiento por parte de los pacientes de algún tipo de patología dentro del ambiente familiar

Al igual muchos de estos pacientes presentaban hábitos alimenticios desordenados poco equilibrados, prevaleciendo el consumo de alimentos condimentados y derivados de lácteos, así mismo un estado nutricional malo puesto que la mayoría presentaba sobrepeso.

El diagnóstico de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable, se dio más de manera clínica, prevaleciendo la sintomatología al mejorar con la defecación en un 100%, inicio asociado con cambio en la frecuencia en un 52% y un inicio asociado en el cambio en la forma con 48%, tomando en cuenta que la distensión abdominal y el dolor provocaran más afectación en la calidad de vida provocándole incluso levantarse cuando dormían.

De los 135 pacientes estudiados, 123 presentaban Síndrome de Intestino Irritable variante de constipación, mientras que 12 se encasillaban en Síndrome de Intestino Irritable variante diarrea.

El tratamiento con mayor incidencia en pacientes con síndrome de intestino irritable en un 100% fue puramente farmacológico permitiendo aliviar la sintomatología y un pequeña porción que corresponde a un 7% de la población de estudio realiza tratamiento terapéutico no farmacológico para ayudarse en su patología de base.

Observándose más el uso de relajantes musculares en especial de la trimebutina con un 44%, seguido de los fármacos combinados como sería un relajante muscular/antiflatulento usando el bromuro de pinaverio con simeticona con un 33%, así mismo se observa el uso probióticos en el Síndrome de Intestino Irritable variante diarreica siendo el bacillus clausii el principal fármaco con un 67% de la población diagnosticada de esta manera y en menor el uso del scharomyces boulardii con un 33%, vale recalcar que el uso de ansiolíticos no se observa pero si hay la administración de medicamentos en base a plantas medicinales como es la pasiflora.

La calidad de vida en el ámbito de las relaciones interpersonales los pacientes creen ellos que no existe afectación, a diferencia de la parte de la vida social que modifica en parte sus actividades, así mismo un pequeño porcentaje de población en estudio ve afectado su desempeño laboral.

Mediante la investigación se pudo identificar la población de estudio la prevalencia del Síndrome de Intestino irritable y como incide en la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

El personal médico de la emergencia debe tener conocimiento sobre este tipo de patología que últimamente se vuelve tan común, para que pueda tratar mientras ellos buscan ayuda especializada

El Área de Gastroenterología debería en conjunto realizar charlas a los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable de cómo saber sobrellevar su enfermedad consumiendo productos saludables.

Se deber realizar campaña de concientización sobre los riesgos de padecer diversas patologías como consecuencia del sobrepeso, del manejo del estrés o problemas dentro de casa que facilitan el desarrollo de enfermedades que son manejables.

Se debe de brindar apoyo multidisciplinario dependiendo del factores psicosocial que afecta a la población de estudio, así mismo brindarle alternativas de relajación u apoyo social entre los propios pacientes.

Se debe realizar charlas informativas a los pacientes con síndrome de intestino irritable y a los familiares, para que conozcan cómo se presenta esta patología, causas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento y hábitos que ayudan a prevenir posibles exacerbaciones para que mejoren su calidad de vida.

CAPITULO V

PROPUESTA

Desarrollar una campaña de prevención, educación y manejo a través de charlas dirigidas a los usuarios con Síndrome de Intestino Irritable que son atendidos en la consulta externa Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda y a los familiares, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable se caracteriza por ser un trastorno funcional del intestino que se acompaña de malestar o dolor abdominal que están asociados con cambios en la deposición o con cambio en el hábito intestinal y con alteración en las características de las deposiciones.

Podemos aplicar este diagnóstico a los pacientes que no le encontramos una etiología primaria y que mediante una buena historia clínica y con la realización de pruebas complementarias se descarta otro tipo de patología.

La Calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 2005) que un ser humano percibe de su situación de vida, incluyendo su cultura y sistemas de valores, relacionado además a sus expectativas, objetivos y preocupaciones.

Varios estudios han demostrado que la calidad de vida en estos pacientes se ve de una manera muy sutil deteriorada, a diferencia de otro tipo de enfermedades crónicas e incluso propiamente gastrointestinales.

Los indicadores principales que influyen en una desmejoría en la calidad de vida de los pacientes son las relaciones sociales, sexuales y las de entorno familiar.

Según en un estudio publicado refiere que solo un aspecto como es la exacerbación de su enfermedad la que provoca que las personas creen que su estado de su salud es

malo, con respeto a los demás ítems valorados a la calidad de vida no se ven afectadas.

Mediante una evaluación con sistema genérico como es la escala SF-36, ha demostrado que la perspectiva del paciente con respecto a su calidad de vida es peor en relación a la población general y se agrava mucho más en pacientes que acuden a un centro hospitalario que a un consultorio médico.

La prevalencia en Región Asia-Pacífico está en aumento, particularmente en países que están en vía de desarrollo. Un estudio en China halló que la prevalencia según criterios de Roma III, era de 15.9% en pacientes ambulatorios.

Los datos en América del Sur son escasos, por ejemplo en Uruguay solo existe un estudio, indicando una prevalencia de 10,9%, de los cuales 14,8% afecta a las mujeres, mientras que a los hombres con 5,4%; de los cuales presentaron SII-Constipación un 58% y con diarrea un 17%, el 72% de la población de estudio presentó síntomas antes de los 45 años. Revista Global Mundial de Gastroenterología. [http: www.worldgastroenterology.org/](http://www.worldgastroenterology.org/)

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un instrumento válido que permita fortalecer la calidad de vida de usuarios con Síndrome de Intestino Irritable atendidos en la Consulta Externa Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Socializar charlas que encaminen hacia la mejora de hábitos alimenticios, intestinales y de ejercicio físico.

Informar sobre la necesidad de realizar cambios en su estilo de vida para obtener adherencia al tratamiento dado por el médico.

Motivar al paciente y a los familiares para que tomen medidas preventivas que les permitan mejorar la calidad de vida del paciente con Síndrome de Intestino Irritable.

CONTENIDO TEMÁTICO

Definición Síndrome de Intestino Irritable

Causas

Diagnóstico y tratamiento

Medidas Higiénico dietética

Alimentación

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de la campaña son usuarios diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable, los familiares y el personal médico del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

RESPONSABLE

La responsable de la campaña es la Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Medicina: Gutiérrez Solórzano Ana Verónica.

RESULTADOS DE LA PROPUESTA

Es difícil obtener un resultado favorable cuando se trata de cambiar los hábitos alimenticios en las personas, a pesar de las charlas educativas y de la entrega de trípticos a estos pacientes puede asegurar que mucho de los pacientes no se dejan ayudar, recordemos que la población que resulto diagnosticada con Síndrome de Intestino Irritable han sido personas entre 51 a 65 años cuya respuesta al decirles que es importante modificaciones en el estilo de vida para sentirse mejor simplemente

dicen “Dra. Creo que ya he vivido lo suficiente”, que tan desalentadora resulta ser cambiar la forma de pensar de las personas pero viene el polo opuesto los jóvenes los menores de 30 años que hacen conciencia de su juventud y de los seres que ellos aman y que saben que son parte fundamental de la vida de los demás es esta población la única que tomo importancia a las charlas dadas, por lo que hubo en ellos modificaciones importantes que hicieron que mejorara su calidad de vida y evite los alimentos que pueden exacerbar su sintomatología. La tarea del médico en cuanto a medicina preventiva es un verdadero desafío por la idiosincrasia de nuestra gente, solo tomamos conciencia de nuestras enfermedades cuando nos sentimos verdaderamente mal, mientras que el resto de los días abusamos a diestra y siniestra de lo que comemos.

CUADRO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FECHA	HORA	RESPONSABLE	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO	EVALUACIÓN
Evaluación de la calidad de vida de los usuarios con Síndrome de Intestino Irritable, mediante la aplicación de entrevistas y encuestas	Desde 04/11/2013 Hasta 28/02/2014	9:00/14:00	Verónica Gutiérrez	Hojas Computadora. Lapiceros	4 meses	Obtención de datos.
Programa de información sobre: Definición Síndrome de Intestino Irritable Causas y Factores de Riesgo Complicaciones Diagnóstico y tratamiento Medidas de prevención. Dieta	27/03/2014	11:00 a 12:00	Verónica Gutiérrez	Computadora Proyector Trípticos Material didáctico	1 día	Post test
Entrega de Material didáctico al usuario	27/03/2014	Desde 11:00 12:00	Verónica Gutiérrez	Trípticos	1 día	Post test.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO 2013 - 2014																																
MESES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
ACTIVIDADES SEMANALES																																
APROBACION DE PROYECTO				X																												
PRIMERA REUNION																																
CORRECCION DEL TITULO. FORMULACION DEL PROBLEMA					X	X	X	X																								
SEGUNDA REUNION																																
MODIFICACION DE LOS OBJETIVOS PROBLEMATIZACION									X	X	X	X																				
TERCERA REUNION																																
ELABORACION DEL MARCO TEORICO, DISEÑO METODOLOGICO													X	X	X	X	X															
CUARTA REUNION																																
OPERACIONALIZACION DE VARIABLE																	X	X	X	X	X											
QUINTA REUNION																																
ANALISIS DE LOS RESULTADOS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES																								X								
SEXTA REUNION																																
PRESENTACION DEL PRIMER BORRADOR DEL INFORME FINAL																												X				
PRESENTACION DE CORRECCIONES																									X							
ENTREGA DE TESIS																										X						

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Cisaprida: suspensión de comercialización. Noviembre 2004. Ref 2004/13. Disponible en: <http://www.agemed.es/Index.htm>

Badía X, Mearin M, Balboa A, Baró E, Caldwell M, Cucla M et al. (2002) Burden of illness in irritable bowel syndrome (IBS) comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmacoeconomics*; 20: 749-58.

Balboa A, Mearin F.(2000) Características epidemiológicas e importancia socioeconómica del síndrome de intestino irritable. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*: 806-19.

Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, et al. (2009) An Evidence-Based Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome American College of Gastroenterology Task Force on IBS. *Am J Gastroenterology*;104:S1-S35.

Chang L. (2004) Irritable Bowel Syndrome. *Digestive Health Matters*. International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (IFFGD). *Information. Assistance. Support*; 13: 5-12.

Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, Mccorley D, Mangel AW.(2009) Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*: 25; 355: 1035-40.

Corney RH, Stanton R. (1990) Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with IBS. *Journal of Psychosomatic Research*; 34: 483-491.

Drossman D, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. (1999) Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut*; 45 (suppl II): 1-81.

Drossman DA, Camilleri M, Mayer ES, Whitehead WE. AGA (1992) Technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*; 123: 2108-2131.

Drossman DA, McKee D, Sandler R, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, Burger AL (1988) Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* ; 95: 701-708.

Enriquez, Blanco, Scheiner, Rodriguez. (2010) Síndrome de Intestino Irritable y otros trastornos relacionados-Fundamentos psicosociales. Panamericana.

Gómez-Escudero O. (2007) Novedades terapéuticas en los trastornos funcionales digestivos. En: Valdovinos-Díaz M, Valdovinos-Andraca F, Castro-Narro G, Uribe-Esquivel M (eds.): Nuevas fronteras en gastroenterología, hepatología y endoscopia gastrointestinal. Elsevier; 179-92.

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. (2005) Guía de Práctica Clínica. Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano.

Guthrie EA, Creed FH, Whorwell PJ, Tomenson B. (1992) Outpatients with irritable bowel syndrome a comparison of first time and chronic attenders; 33: 361-363.

Hammer J, Talley NJ. Diagnostic criteria for the irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999; 107: 5S-11S.

Intern Med 2003; 163: 265-274.

- Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K.(2000) Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* : 18; 133: 136-47.
- Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Barden E, Santoro J, Kroenke K. (2000) Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a metaanalysis; 108: 65-72.
- Locke III GR, Weaver AL, Melton III LJ, Talley NJ. (2004) Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol*; 99: 350-357.
- Lopez-Colombo A, Bravo-Gonzalez D, Corona-Lopez A, et al.(2006) First community-based study of functional gastrointestinal disorders (FGID) in Mexico using the modular Rome II questionnaire. *Gastroenterology*;130:A508.
- Mearin F, Badía X, Balboa A, Baró E, Caladwell E, Cucala M et al. (2001) Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnosed criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in general population. *Scand J Gastroenterol*; 36: 1155-61.
- Mearin F, Perelló A, Perona M. (2004) Calidad de vida en los pacientes con síndrome de intestino irritable. *GastroenterolHepatol*; 24-31.
- Muller-Lissner SA, Fumagalli I, Bardhan KD, Pace E, Pecher E, Nault B, Ruegg P. (2001) Tegaserod, a 5-HT₄ receptor partial agonist, relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients with abdominal pain, bloating and constipation. *Aliment PharmacolTher*; 15: 1655-66.

Nogueira JR, San-Román A, Jiménez SG, et al. (2004) El aceite de menta como tratamiento sintomático para el síndrome de intestino irritable. Estudio prospectivo, abierto, a largo plazo. *Rev Gastroenterol Mex*;69:317.

Olden KW. (2004) Irritable bowel síndrome. En: Anil K, Rutsqi, Lichtenstein G and WU. GD (eds). *The Requisites in Gastroenterology: Small and large intestine*. Mosby. Philadelphia; 43-255.

Poynard T, Naveau S, Mory B, Chaput JC. (1994) Metaanalysis of smooth muscle relaxers in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*; 8: 499-510.

Rodríguez Magallán A. (1997) Tratamiento del colon irritable con lidamidina y psicoterapia de apoyo. *Rev Gastroenterol Mex*;62:7-13.

Síndrome del intestino irritable. F. Mearin Manrique. Sección III, Web:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitul14.pdf>

Somers SC, Lembo A.(2003) Irritable bowel syndrome: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin N. Am* : 32: 507-529.

Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ III. (1995) Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiol*; 142: 76-83.

Talley NJ. (2003) Pharmacologic therapy for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*; 98: 750-8.

Thompson WG, Creed F, Drossman DA, Heaton KW, Mazzacca G.(1993) Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterology International*; 5(2): 75-91.

Tillisch K, Tan S. (2004) Complementary and alternative treatments for functional gastrointestinal disorders. *Digestive Health Matters*; 13: 6-7.

Un Hospital con Mucha Historia. Periódico El Diario Manabita. 22 de Diciembre del 2008. Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/102753-un-hospital-con-mucha-historia/>

Vanner SJ, Depew WT, Peterson WG, DaCosta LR, Groll AG, Simon JB, Djurfeldt M.(1999) Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am JGastroenterol*; 94: 291-7.

Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB. (1988) Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome: comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology* ; 95: 709-7

Zárate N, Mearin F. (2003) Síndrome del intestino irritable: alteraciones motoras y correlación clínica. *Med Clin Monogr (Barc)*; 4: 19-23.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



Soy estudiante de la carrera de Medicina y esta encuesta va dirigida a las personas diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable en el área de Consulta Externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda para conocer como es su calidad de vida.

Edad: Sexo:

RBU \$340 Gana Ud. Superior:..... Igual..... Menor:.....

Procedencia: Área Urbana..... Área Rural

Ocupación laboral

1. Como se siente Ud. Actualmente?

Sano Enfermo

2. Se Siente UD. Anímicamente?

Enérgico Cansado

3. Ud. está constantemente?

Ansioso(a) Estresado(a) Deprimido(a)

Ha sufrido algún maltrato psicosocial

4. Se considera Ud.

Peso Normal Gordito(a) Pasado de peso

5. En sus hábitos alimenticios. Ud. Consume en exceso? Por favor marcar una sola opción.

Picantes Lácteos

Grasas Condimentado

6. En su familia existe algún tipo de enfermedad como:

- Intolerancia a la lactosa Colitis Microscópica
- Colorrectal
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal Celiaquía
- Otros (describa)

7. Siente mejoría de su sintomatología al ir al baño?

Si No.....

8. Como inicio su enfermedad

Hubo cambios en la frecuencia de sus deposiciones

Hubo cambio en la forma de sus heces

9. Podría Ud. Encerrar según el grafico lo más parecido a su deposición?

Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

10.Cuál es el síntoma principal que más le provoca incomodidad de su enfermedad

Dolor abdominal..... Trastornos gastrointestinales (Diarrea, estreñimiento)
Distensión Abdominal

11. Que tratamiento lleva Ud. Especificar

Farmacológico Terapéutico Antiespasmódico.....
Ansiolítico..... Relajante Muscular.....

12. Cuando Ud. Estaba dormido tuvo que levantarse por el dolor?

Si..... No

13. Cree Ud. Que su enfermedad ha modificado su vida social

Si..... No

14. Cree Ud. Que su enfermedad ha modificado sus relaciones interpersonales?

Si..... No



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Fenny Zaida Solórzano Rodas.....
....., después de conocer el interés de realizar una investigación sobre mi enfermedad (Síndrome de Intestino Irritable) en el período Noviembre 2013- Abril 2014, doy mi consentimiento para participar en ella y ofrecer toda la información que sea solicitada por la investigadora.

FECHA: 17 de febrero del 2014
FIRMA: [Firma manuscrita]

■ **Tabla 1.** Criterios de Roma III para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable.

Dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de lo siguiente:

1. Mejoría de síntomas al evacuar intestino.
2. Inicio asociado con un cambio de la frecuencia de las evacuaciones.
3. Inicia asociado con un cambio en la forma (aparición) de las evacuaciones.

*Estos criterios deben cumplirse en los últimos tres meses, con síntomas que inician al menos ≥ 6 meses previos la diagnóstico.

Figura N°1: Criterios Roma III

Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

Figura N°2: Escala Bristol



Imagen N°1: En la presente fotografía se puede observar la explicación al usuario sobre las principales causas de la enfermedad.



Imagen N° 2: En este foto se explicaba cuáles eran los síntomas de un síndrome de Intestino Irritable y explicaba como el medico lo realiza mediante los criterios Roma III



Imagen N° 3: Aquí la presentación de las diapositivas de los tratamientos específicos que se deberían de usar.



Imagen N° 4: Aquí me encuentro explicando y respondiendo una inquietud de una usuaria sobre la diapositiva del tratamiento.



Imagen N° 5: En este foto se explicaba cuáles eran los síntomas de un síndrome de Intestino Irritable y explicaba como el medico lo realiza mediante los criterios Roma III



Imagen N° 6: Siempre conté con el apoyo y la supervisión de la Dra. Elizabeth Álava Gastroenteróloga del Hospital, por esta razón ella fue partícipe de mi charla.

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE MEDICIANA
 ASISTENCIA A CHARLA SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
 FECHA: 29 DE MARZO DEL 2014

CEDULA DE IDENTIDAD	NOMBRES	FIRMA
130643542-9	Simón Bolívar Alvar Vera	
131772361-0	Maria Gabriela Zambrano Zambrano	
1313630384	Johanna Elizabeth Laz Vera	
131602283-2	Tania Monixote Pinayte Vazquez	
091481769-7	Johanna Belcazar	
130025158-2	José Nupio Iza Guanoluisa	
130316271-1	Maria Luisa Almeida Cruz	
130028255B	Rosa Cruz de Almeida	
131002263-5	RITA MEZA LUVO	
131037299-8	CRISTIAN PINDEGOTE MOREIRA	
131534192-0	Juan Carlos Torres Zambrano	
0926128229	Carmen Fernanda Ibarra Seluchero	
1350231526	Maria Mercedes Inga Cedeno	
1304490939	Freddy Orlando Mendez Garcia	
131109496-7	Edith Lorena Pico Chávez	
130037464-0	Negde Arlene Solórzano Rodas	
1309951299	Johane Mabel Balcón Mendoza	
1312612672	Wendy Francis Mantillo Garcia	
132450183-6	Esala Kaine Ramos Rodriguez	
130984366-0	Maria Vanessa Calle Aluis	
130199619-3	Manuel Salvador Santos Polquin	
130145819-4	Teodoro Geuano Archuleta Zambrano	
130063864-8	Luz Irene Billique Espinoza	
130785287-9	Kenya Kaine Izquierdo Casanova	
130559933-2	Eura Maria Zambrano Vera	

Universidad Técnica de
Manabí
Escuela de Medicina

SINDROME DE COLON IRRITABLE



Consejos Prácticos

Coma despacio y procure mastigar bien.
Evite comidas copiosas, son preferibles comidas más frecuentes y menos abundantes.

Procure mantener un horario fijo de comidas e intente evacuar siempre a la misma hora y sin prisas preferible después del desayuno.

Realice ejercicios y trate de controlar el estrés, mediante terapias de relajación
Y por último visite a su médico para que

Importante:

El síndrome de colon irritable no causa inflamación, ni realiza cambios en el tejido intestinal, ni aumenta el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

ELABORADO POR:
Ana Verónica Gutiérrez Solórzano

REVISADO POR:
Dra. Elizabeth Alava
Especialista en Gastroenterología



Lo que me hace daño?

Espesias

Sopas de sobres

Gaseosas

Lácteos y sus derivados (Leche,
Queso, Yogurt)

Picantes (Ají, pimienta)

Grasas/frituras

Alcohol

Café-Te

Chocolates



Qué es el Síndrome de Colon Irritable?

Es un trastorno funcional, crónico y que afecta de manera constante si no se sigue un tratamiento específico multidisciplinario.

Causas?

No se sabe el mecanismo por el cual podemos desarrollar esta enfermedad pero se cree que es producto de alteraciones en la motilidad intestinal, sensibilidad digestiva, producto de alteraciones psicológicas a consecuencia de estrés, ansiedad o depresión.

Otra causa también es producto de infecciones.



Cuales son los síntomas?



Dolor ó malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de los siguientes:

- ⇒ Dolor abdominal que alivia al realizar la defecación
- ⇒ Alteraciones del Ritmo Intestinal (diarrea/estreñimiento o mixto)
- ⇒ Gastar a lo largo del día que provocan que nuestro abdomen se vea abultado

Es necesario realizarme algún tipo de estudio?

El diagnóstico es clínico, basado en una buena interrogación de parte del médico, no es necesario hacer gases en estómago mientras cumple con los criterios establecidos por la Sociedad de Gastroenterología en presencia de otros síntomas tu médico indicara estudios complementarios.

TRATAMIENTO

Dependerá mucho del Síndrome de Colon Irritable que se le ha diagnosticado o también por el síntomas que más prevalece y de como sea tu calidad de vida. Así mismo se debe de usar un tratamiento no farmacológico que incluye

PALABRAS CLAVES

- Síndrome de Intestino Irritable
- Calidad de Vida
- Criterios Roma III
- Escala para medir la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.