UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACION

PROYECTO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO MEDICO CIRUJANO

TEMA:

"SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE."

AUTORES:

MENDOZA VERA RANDY GUSTAVO

ZAMBRANO AREVALO MARTHA ELIZABETH

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION.

DR FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS.

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2014.

TEMA:

“SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE.”

DEDICATORIA

A mi hija, milenita, quien es mi razón de ser, mi aliciente, mi vida entera, y ojala algún día nos justifique las horas que le hemos hecho falta.

A mis padres quienes fueron apoyo incondicional durante toda mi vida, siendo acólitos en todas las situaciones, ayudándome a sortear todos los obstáculos, que sin ellos me hubiesen impedido llegar hasta aquí.

A mi yaya y a mi abuelo, verdaderos padres y amigos que siempre me acompañan, siempre me apoyaron; el ultimo nunca leerá estas palabras, y aunque no está, cuando estuvo fue un pilar fundamental en mi vida, sin ellos nada hubiera sido posible.

A mis hermanos, que les agradezco todos los favores brindados.

A mi compañera de vida y de estudios, quien siempre me brindo apoyo en este difícil camino que algún día comenzamos juntos, y con el favor del padre celestial culminaremos juntos, te amo.

A mis compañeros de estudio, verdaderos amigos con los cuales disfrutamos y sufrimos el día a día en las aulas.

A mis compañeros de internado, con los cuales también disfrutamos y sufrimos las largas guardias del Verdi.

Randy Mendoza Vera

DEDICATORIA

A mi pequeña hija milena que es la razón por la que me mantengo en pie y continúo luchando día a día y que con su sonrisa ilumina mi vida.

A mis padres que me han apoyado y guiado durante toda mi vida personal y profesional, en especial a mi madre por ser mi amiga incondicional y nunca negarse a prestarme ayuda.

A mi compañero de vida y de estudios mi esposo, por compartir conmigo este logro desde sus inicios.

A mis familiares en general por estar conmigo cuando más he necesitado de ellos.

Por ultimo a mis verdaderos amigos de universidad y de internado por estar en las buenas y malas junto a mí y a los que pusieron un granito de arena para culminar con éxitos este logro profesional.

Martha Zambrano Arévalo

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar agradecemos a Dios padre celestial, por ser el motor de nuestra existencia, por juntarnos, a nuestros seres queridos, los que nos guían y apoyan hasta el final de nuestro objetivo de estudio, incluyendo la elaboración de nuestro proyecto investigativo, a nuestros compañeros de estudio quienes nos acompañaron. A la universidad Técnica De Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, por prepararnos a lo largo de los años junto al cuerpo de docentes que laboran en ella, siendo como padres para nosotros, resolviendo nuestras dudas e inquietudes y que contribuyeron en nuestra formación como profesionales en salud. Al tribunal de revisión y sustentación, Lcda. Victoria Santana, Dr. Freddy Hinostroza, Dra. Mayra Pàrraga y Lcda. Consuelo Cerón, por ser nuestras guías en la elaboración de este proyecto. Al Hospital IESS Chone y a sus autoridades por abrirnos las puertas, por darnos las facilidades para poder en esta casa de salud realizar nuestro proyecto sin esperar nada a cambio. En especial al Dr. Freddy Hinostroza, director del proyecto, quien con paciencia y conocimientos nos acompañó de manera desinteresada desde un tiempo anterior a la elaboración de este documento.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE."; ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores: Mendoza Vera Randy Gustavo Y Zambrano Arévalo Martha Elizabeth.

Considero que dicho proyecto investigativo cumple con los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con él trámite correspondiente de ley.

_____

LCDA. VICTORIA SANTANA SANCHEZ
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Yo, Dr. Freddy Hinostroza Dueñas tengo a bien certificar que el trabajo de titulación "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE." De los autores Mendoza Vera Randy Gustavo Y Zambrano Arévalo Martha Elizabeth., se encuentra concluida en su totalidad. El presente trabajo es original y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un proyecto investigativo previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

_____

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS.
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de titulación "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE."; cuyos autores son los egresados de Medicina Mendoza Vera Randy Gustavo Y Zambrano Arévalo Martha Elizabeth., certificamos que se estudió y analizó el mencionado trabajo de titulación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Lcda. Victoria Santana Sánchez.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Mayra Pàrraga Sánchez.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Consuelo Cerón Farfán
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORÌA

Mendoza Vera Randy Gustavo Y Zambrano Arévalo Martha Elizabeth, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE."; es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director Dr. Freddy Hinostroza Dueñas.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo, pertenecen exclusivamente a los autores.

Martha Elizabeth Zambrano Arévalo	Randy Gustavo Mendoza Vera.
AUTORA	AUTOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

"SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE."

TRABAJO DE TITULACION

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizada por los egresados de Medicina Mendoza Vera Randy Gustavo y Zambrano Arévalo Martha Elizabeth, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

Dra. Yira Vásquez Giler Mg.	Abg. Abner Bello Molina
DECANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.	SECRETARIO ASESOR JURIDICO

Dr. John Ponce Alencastro.

PRESIDENTE DE LA COMICION ACADEMICA
DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Lcda. Victoria Santana Sánchez.	Dr. Freddy Hinostroza Dueñas.
PRESIDENTE	DIRECTOR
Dra. Mayra Pàrraga Sánchez.	Lcda. Consuelo Cerón Farfán.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL	MIEMBRO DEL TRIBUNAL

INDICE DE CONTENIDOS

TEMA……...I

DEDICATORIA…….……..II

DEDICATORIA……..…….…….III

AGRADECIMIENTO……..……...…….…IV

CERTIFICACION DEL PRESIDENTE DE TRABAJO DEL TITULACION…….....V

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION.....VI

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION DEL TRABAJO DE TITULACION……VII

DECLARACION DE AUTORIA……..…VIII

CERTIFICACION DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI……...…IX

RESUMEN……...XV

SUMMARY……XVI

INTRODUCCION……...1

JUSTIFICACION……..……..3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……5

OBJETIVOS…….…...8

OBJETIVO GENERAL…….…..8

OBJETIVOS ESPECIFICOS…….…..8

MARCO TEORICO……..……...9

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES…….……....39

DISEÑO METODOLOGICO…….…...……44

AREA DE ESTUDIO…….44

POBLACION DE ESTUDIO……..……45

CRITERIOS DE INCLUSION……..45

CRITERIOS DE EXCLUSION…….……45

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULATADOS…….…..45

RECURSOS……...46

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS……..47

CUADRO Y GRAFICO Nº 1

GENERO Y EDAD DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE……...…….……47

ANALISIS E INTERPRETACION……..…….……48

CUADRO Y GRAFICO Nº 2

PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE…...…….……..49

ANALISIS E INTERPRETACION…….…….…….50

CUADRO Y GRAFICO Nº 3.

TIPO DE AFILIACION DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE……..…51

ANALISIS E INTERPRETACION…….……..…….52

CUADRO Y GRAFICO Nº 4.

MOTIVO DE CONSULTA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE……..53

ANALISIS E INTERPRETACION…….……..…….54

CUADRO Y GRAFICO Nº 5

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE……..…….55

ANALISIS E INTERPRETACION……..……56

CUADRO Y GRAFICO Nº 6

HABITOS EN LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE……..……..…...57

ANALISIS E INTERPRETACION…….……..……58

CUADRO Y GRAFICO Nº 7.

EDAD SEGÚN RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013HOSPITAL DEL IESS CHONE……..……..…..…59

ANALISIS E INTERPRETACION……...…60
CUADRO Y GRAFICO Nº 8.

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN GENERO QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE…….……..……61

ANALISIS E INTERPRETACION……..…….62
CUADRO Y GRAFICO Nº 9.

ALIMENTACION DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013……..…63

ANALISIS E INTERPRETACION……...…..….64
CUADRO Y GRAFICO Nº 10.

RESULTADO DE HISTOPATOLOGIA SEGÚN CONSUMO DE AGUA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE……..…….……65

ANALISIS E INTERPRETACION……..…….……...….66

CONCLUSIONES…….……..……...…...67

RECOMENDACIONES…….……..…...…...69

CRONOGRAMA VALORADO……...…...….70

PROPUESTA……... ……71

TITULO……..71

JUSTIFICACION……...……71

FUNDAMENTACION…….....71

OBJETIVOS…….……..71

UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA…….72

FACTIBILIDAD……72

DESCRIPCION DE LA PROPUESTA…….72

ACTIVIDADES…….72

RECURSOS……...73

PROPOSITO…… …….74

BIBLIOGRAFIA……...…….....75

LINKOGRAFIA……...…….77

ANEXOS……..… …….78

RESUMEN.

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno intestinal que se define por la presencia de dolor abdominal y cambios en el hábito defecatorio que aparecen sin alteraciones demostrables por ninguno de los métodos diagnósticos actuales; a pesar de esto, cada vez existen más evidencias de que esta patología se relaciona a cambios inflamatorios en la mucosa colónica, por lo que decidimos abordar esta problemática planteando una investigación de tipo prospectivo, descriptivo que nos permita relacionar el síndrome de intestino irritable a la colitis crónica diagnosticada por histopatología en los usuarios que acuden a la consulta externa del Hospital IESS de la ciudad de Chone; otros objetivos son determinar las características generales de la población de estudio, establecer la relación entre el síndrome de intestino irritable y la colitis crónica diagnosticada por histopatología e implementar la aplicación de los criterios de ROMA III en el personal de salud del hospital IESS de la ciudad de Chone.

El universo de estudio lo conformaron 69 pacientes de la consulta externa de gastroenterología, para la recolección de la información se elaboró un instrumento de acuerdo a las variables del estudio encuestando a los pacientes con síndrome de intestino irritable, tomando en cuenta los criterios de inclusión, el análisis se realizó mediante medidas de tendencia central como frecuencia y porcentajes, encontrándose un alto grado de evidencia que apoya la teoría inflamatoria como factor etiopatogenico para que existe síndrome de intestino irritable.

PALABRAS CLAVES: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE – COLITIS CRONICA – COLONOSCOPIA - HISTOPATOLOGICO.

SUMMARY.

Irritable bowel syndrome (IBS) is an intestinal disorder that is defined by the presence of abdominal pain and changes in stool pattern that appear without alterations demonstrable by any of the current diagnostic methods , despite this , there is growing evidence that this condition is related to inflammatory changes in the colonic mucosa , so we decided to address this problem pose a research prospective, descriptive that allows us to relate the irritable bowel syndrome to chronic colitis diagnosed by histopathology users attending the outpatient Hospital IESS city Chone , other objectives are to determine the general characteristics of the study population , establish the relationship between irritable bowel syndrome and chronic colitis diagnosed by histopathology and deploy the application criteria ROME III in personal health hospital IESS city of Chone .

The study sample comprise 69 patients from the outpatient gastroenterology, for the collection of information instrument according to the study variables by surveying patients with irritable bowel syndrome was developed, taking into account the inclusion criteria , analysis was performed using measures of central tendency such as frequency and percentage , being highly inflammatory evidence supporting the theory that there etiopathogenic factor for irritable bowel syndrome.

WORDS: IRRITABLE BOWEL SYNDROME - CHRONIC COLITIS - COLONOSCOPY - HISTOPATHOLOGY

INTRODUCCION

> El síndrome de intestino irritable (SII) es una enfermedad que representa el paradigma de los trastornos funcionales digestivos, siendo la causa más común de consulta gastroenterológica en todos los hospitales del mundo; siendo esta patología un flagelo para la calidad de vida relacionada con la salud para los pacientes que la padecen; el cuadro de prevalencia mundial dista de ser completo, se acepta que afecta 5 al 20 % de la población general. Mearin, F; Montoro, M (2002).

Esta enfermedad está caracterizada por dolor abdominal recurrente acompañado de cambios en el hábito evacuatorio y la consistencia de las heces; los criterios de Manning, poco usados hoy en día, fueron los primeros criterios diagnósticos, ideados y estudiados por Manning, Thompson, Heaton y Morris en 1978, sin embargo los falsos positivos con estos criterios son numerosos y con ellos era difícil establecer un diagnóstico diferencial con enfermedades como cáncer de colon, diarrea infecciosa, deficiencia de lactosa, enfermedad vesicular, enfermedad pancreática, poliposis intestinal, colitis ulcerativa crónica inespecífica, enfermedad diverticular del colon, enfermedad de Crohn, enfermedad de Hirschsprung, enfermedad celiaca, seudoobstrucción intestinal, hepatitis, diabetes mellitus, disfunción de tiroides, neuropatías, vasculitis, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, enfermedad inflamatoria pélvica, dismenorrea y endometriosis. Por esto en la década de los 90s se publicaron los criterios de ROMA I y II mejorando así la posibilidad diagnostica del síndrome de intestino irritable, los mismos se han ido modificando y en el 2006 fueron publicados los criterios de ROMA III, avalados por múltiples estudios, con pocos falsos positivos pues tienen buena especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

El síndrome de intestino irritable es una enfermedad multifactorial de etiología no bien comprendida; factores ambientales, genéticos y sociales interactúan en un colon predispuesto para causar síndrome de intestino irritable.

Así mismo trastornos de ansiedad, depresión, antecedentes de trauma psicológico, alteraciones hormonales han sido relacionados con esta enfermedad.

> Los mecanismos fisiopatológicos del síndrome de intestino irritable no están claros, sin embargo en la última década se ha postulado una teoría inflamatoria, y es que se han realizado diversos estudios con este propósito y se ha descubierto que en estos pacientes hay inflamación colónica crónica, lo que hace que los mastocitos infiltren las terminaciones nerviosas entérica y los linfocitos no solo la mucosa sino también plexos mientéricos; situaciones que llevan a hipersensibilidad visceral, explicando así el dolor abdominal recurrente en estos pacientes, también se han encontrado citocinas como IL6,IL1-b y TNF-α aumentadas en relación al grupo control (Mercado 2010:75)

Antes de esta investigación no encontramos datos publicados sobre la relación entre síndrome de intestino irritable y colitis crónica diagnosticada por histopatología en el país. Esta investigación pretende, dado que disponemos de resultados histopatológicos, así como de colonoscopias totales en todos los pacientes diagnosticados por criterios de Roma III, asociar el síndrome de intestino irritable de con la inflamación crónica del colon; siendo el histopatológico un estudio imprescindible para hacer diagnóstico definitivo.

El diagnóstico es clínico, más debe diferenciarse de otras patologías orgánicas, por lo cual se realiza como norma colonoscopia total más biopsia a todos los pacientes que cumplan los criterios de Roma III.

El siguiente trabajo trata de un estudio de tipo descriptivo, prospectivo realizado en el Hospital del IESS de la ciudad de Chone, en el área de consulta externa de gastroenterología con seis meses de duración, siendo el universo de estudio 69 pacientes con síndrome de intestino irritable diagnosticado con los criterios de Roma III, la mayoría de estos de género femenino, mayores de 40, gran parte habitantes de áreas urbanas, que aportan al seguro general, consumidores de café, que basan su alimentación en carbohidratos, los cuales fueron sometidos a colonoscopia más biopsia; el 100% de los pacientes del presente trabajo mostraron alteraciones inflamatorias en el resultado histopatológico de muera de colon, lo cual implica que la inflamación juega un papel importante como mecanismo fisiopatológico del trastorno intestinal de estos pacientes.

JUSTIFICACIÓN

> A nivel mundial el cuadro de prevalencia del síndrome de intestino irritable dista de ser completo ya que son varias las regiones que carecen de datos disponibles; además generalmente es difícil comparar la información proveniente de las diferentes regiones debido al uso de diferentes criterios diagnósticos, además de los diferentes factores como la selección de la población, inclusión o exclusión de trastornos comorbidos. Sin embargo se considera el más frecuente de los trastornos funcionales digestivos, pues se cree afecta de 5 a 20% de la población general, con un patrón de distribución mundial. Añez, M; Fuenmayor, M; Romero, G (2009).

"En América Latina la prevalencia del síndrome de intestino irritable es del 16%, pero esta cifra ha ido aumentando a 35% entre los pacientes hospitalarios; el síndrome de intestino irritable es un trastorno intestinal funcional recidivante, definido por criterios diagnósticos basados en síntomas, en ausencia de causas orgánicas detectables." Añez, M; Fuenmayor. et.al (2009).

Existen factores de riesgo asociados a la presencia de síndrome de intestino irritable, como el género, la edad y la depresión severa.

No contamos con datos estadísticos fiables que hablen sobre la incidencia y prevalencia de esta dolencia en la población ecuatoriana y mucho menos en nuestra provincia, incluyendo al cantón Chone dentro de este déficit estadístico.

"El síndrome de intestino irritable es un padecimiento muy frecuente que ocupa hasta un tercio de la consulta del gastroenterólogo, suponiendo así cuantiosos gastos económicos en asistencia sanitaria primaria y especializada." (Bustos 2013:1)

> Su mayor incidencia es durante la cuarta década de la vida y dado que altera la calidad de vida, se considera una enfermedad con impacto socioeconómico alto. La calidad de vida relacionada con la salud suele deteriorarse de modo sensible en los pacientes con síndrome de intestino irritable. Distintos estudios que han utilizado cuestionarios validados para este propósito coinciden en señalar que la calidad de vida es

> significativamente peor en los pacientes con síndrome de intestino irritable que la observada en la población general. (Abdo 2010:19)

El tratamiento médico tiene como objetivo inducir la remisión y evitar las recaídas, minimizando su impacto sobre la calidad de vida y previniendo las secuelas a largo plazo.

Es por la gran incidencia de esta enfermedad en estadísticas internacionales, así como en la falta de datos a nivel nacional más aun provincial, y por la gran repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud que presenta esta dolencia, que justificó la importancia de estudiar este padecimiento tomando como muestra a nuestra población manabita, más específicamente chonense y como requisito previo a la obtención del título de médico cirujano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de intestino irritable es una enfermedad funcional digestiva crónica, benigna y recurrente, que se presenta sin causas estructurales, metabólicas o infecciosa identificables.

"En países industrializados afecta a 1 de cada 6 individuos, y es tres veces más frecuente en mujeres, aunque solo el 15% de los afectados solicita atención médica."(Otero 2005:1)

> Se estima que la prevalencia en Europa y América del Norte es de 10 a 15%. La prevalencia de síndrome de intestino irritable está aumentando en países de la región Asia–Pacífico, particularmente en países con economías en desarrollo. En general los datos de América del Sur son escasos; en Uruguay, por ejemplo, existe solo un estudio, indicando una prevalencia total de 10.9% .En 72% de los casos la instalación ocurrió antes de los 45 años. Los datos de África son aún más escasos. Un estudio en una población de estudiantes nigerianos basado en los criterios de Roma II halló una prevalencia de 26.1%. Un estudio de pacientes ambulatorios en el mismo país, basado en los mismos criterios, arrojó una prevalencia de 33%. El síndrome de intestino irritable se presenta fundamentalmente entre los 15 y 65 años de edad. Los pacientes suelen concurrir por primera vez al médico entre los 30 y 50 años. (Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología 2009:6).

> Como indica Otero (2011) "En Estados Unidos genera 2.4 a 3.5 millones de consultas médicas al año, 2.2 millones de prescripción de medicamentos y un costo anual de 33 billones de dólares, de los cuales 8 billones son costos directos. Otra fuente de gastos generados por los pacientes con síndrome de intestino irritable, lo constituye el mayor número de cirugías abdomino-pélvicas en ellos. Al respecto se ha encontrado que estos pacientes son operados tres veces más de colecistectomías, dos veces más de histerectomías y apendicectomías y 50% más cirugías de columna que los pacientes sin síndrome de intestino irritable. Este exceso de cirugías, probablemente se debe a un diagnóstico equivocado. Las intervenciones innecesarias, en una población tan grande con síndrome de intestino irritable, puede ocasionar importante morbi-mortalidad." (p.1)

> Un estudio en México demuestra que la prevalencia de colitis microscópica en pacientes con criterios clínicos de síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, es de 18%, significativamente mayor en comparación con la observada en pacientes con síndrome de intestino

> irritable con estreñimiento. El riesgo de tener colitis microscópica es 31 veces mayor en un paciente con síndrome de intestino irritable con diarrea, en comparación con otro con síndrome de intestino irritable con estreñimiento. (Mearin 2011:1)

El síndrome de intestino irritable, además reduce notablemente la calidad de vida de los pacientes que consultan y solo mínimamente en los que no lo hacen. La calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable, es inferior a la de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico o de los que tienen asma y similar a la de los pacientes con diabetes mellitus o enfermedad renal terminal (Sarmiento 2013:46).

La colitis microscópica y el síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, tienen una presentación clínica y endoscópica, con afectación grave a la calidad de vida de quienes las padecen. A pesar de esto, existen pocos estudios que hayan explorado la sobreposición de ambas enfermedades, lo que es particularmente importante debido a que el tratamiento y el pronóstico son diferentes para cada trastorno.

En nuestro país como en los demás de Latinoamérica el síndrome de intestino irritable es la causa más común de consulta en el área de gastroenterología, realizándose de 10 a 15 colonoscopias mensualmente en el Hospital del IESS de la ciudad de Chone con la finalidad de descartar patologías orgánicas en pacientes que cumplan con los criterios de Roma III, sin embargo no existen datos estadísticos a nivel nacional sobre esta patología.

Partiendo de la problemática mundial del síndrome de intestino irritable y de no encontrar datos estadísticos registrados en Ecuador, y mucho menos en la ciudad de Chone, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cómo está asociado el síndrome de intestino irritable a la colitis crónica diagnosticada por histopatología en los usuarios que acuden a consulta externa de gastroenterología, de junio a noviembre del 2013, hospital IESS Chone?

SUBPROBLEMAS:

¿Cuáles son las características generales de la población de estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer síndrome de intestino irritable?

¿Cuál es la relación entre el síndrome de intestino irritable y la colitis crónica diagnosticada por histopatología?

¿Cuál es la importancia de los criterios de ROMA III como criterios diagnóstico de síndrome de intestino irritable?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el síndrome de intestino irritable asociado a la colitis crónica diagnosticada por histopatología en los usuarios que acuden a consulta externa de gastroenterología, de junio a noviembre del 2013 hospital del IESS Chone.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar las características generales de la población de estudio.

Reconocer los factores de riesgo para padecer de síndrome de intestino irritable.

Establecer la relación entre el síndrome de intestino irritable y la colitis crónica diagnosticada por histopatología.

Determinar la importancia de los criterios de ROMA III como criterios diagnósticos del síndrome de intestino irritable e implementar su aplicación en el personal de salud del hospital IESS de la ciudad de Chone.

MARCO TEORICO

"El síndrome de intestino irritable es un trastorno digestivo caracterizado por alteración de los hábitos intestinales y dolor abdominal. No existen marcadores diagnósticos claros para esta enfermedad, por lo que todas sus definiciones se basan en la presentación clínica." (Harrison 2009: 612).

> Se trata de uno de los trastornos más frecuentes que se pueden encontrar en la práctica clínica, aunque también uno de los que menos se comprenden. Hasta hace poco tiempo la mayoría de los médicos no consideraban al intestino irritable una enfermedad como tal; lo contemplaban simplemente como una manifestación somática del estrés psicológico. Con el acceso a mejores técnicas para estudiar la motilidad gastrointestinal y del colon así como las funciones sensitivas viscerales, junto con el desarrollo de nuevos conceptos sobre la importancia del cerebro en la regulación de la función intestinal, se han realizado importantes progresos para comprender mejor la patogenia de esta enfermedad. (Harrison 2006:266).

> En las personas sanas la función intestinal varia día a día; inclusive sin tener ningún proceso o enfermedad, es común que reporte hábitos intestinales irregulares y erráticos. Las horas de la defecación y la cantidad de heces expulsadas son aspectos tan individuales como la frecuencia. Algunas personas defecan normalmente una vez al día, otras de tres a cuatro veces por semana. Los patrones que suelen seguir los individuos, dependen enormemente de la educación temprana y de la conveniencia. La mayoría de las personas desarrollan hábitos de defecación después del desayuno, cuando los reflejos gastrocolico y duodenocolico producen movimientos de masa en el intestino grueso. La cantidad de heces, finalmente depende de la cantidad de alimento ingerido, en particular de la cantidad de fibra y de líquido que se haya consumido en la dieta. (Enrriquez 2009:4)

El término hábito intestinal se refiere entonces a la frecuencia, tamaño, consistencia de las heces y satisfacción de la defecación. Como mencionamos, la frecuencia normal para evacuar las heces es variable, el hábito intestinal normal varia de una persona a otra. No necesariamente se tiene que defecar todos los días, ni varias veces al día. Es decir, la defecación es un proceso complejo que responde a un reflejo condicionado claramente por influencias socioculturales y

dietéticas. En una población general sana, la frecuencia normal de las deposiciones oscila entre tres por semana y tres diarias, que se expulsan sin dificultad en el 75% de las ocasiones. La defecación debe ser indolora, no requerir esfuerzos excesivos y ser completa.

La alteración de los hábitos intestinales es la característica clínica más constante del síndrome de intestino irritable. Los síntomas suelen comenzar en la edad adulta.

Como lo menciona Harrison (2009) "El patrón más frecuente es el de estreñimiento alternado con diarrea, comúnmente con predominio de uno de los dos. Al principio, el estreñimiento suele ser episódico, pero con el tiempo se vuelve continuo y cada vez más intratable con laxantes." (p.615)

> Por lo común las heces son duras y de calibre estrecho, posiblemente como reflejo de deshidratación excesiva provocada por retención prolongada en el colon y espasmo. La mayoría de los pacientes también experimentan una sensación de evacuación incompleta, lo que ocasiona intentos repetidos de defecación en un corto período. Los pacientes en los que el estreñimiento es el síntoma predominante pueden sufrirlo durante semanas o meses, interrumpido por breves lapsos de diarrea. En otros casos, es la diarrea el síntoma predominante, en forma de deposiciones poco voluminosas de heces blandas, en general por debajo de 200 ml. Mearin, F; Badia, X; Balboa A (2006).

Como indica el manual de terapéutica en atención primaria del gobierno Vasco (2006) "En el síndrome de intestino irritable no ocurre diarrea nocturna. La diarrea puede agravar por el estrés o con la ingesta. A veces, la deposición se acompaña de abundantes cantidades de moco; de ahí el término colitis mucosa utilizado con frecuencia para describir este trastorno. No obstante, es un nombre inadecuado, ya que no hay inflamación. El sangrado no es característico del síndrome de colon irritable a menos que haya hemorroides, y no ocurren malabsorción ni pérdida de peso." (p.90)

Para reconocer los desórdenes de la motilidad es importante conocer los parámetros del hábito intestinal en la población general. Los parámetros considerados normales entre 3 evacuaciones por día a 3 por semana.

Varios estudios realizados en la población norteamericana han encontrado que el sexo femenino sufre significativamente más estreñimiento, así como evacuaciones infrecuentes, especialmente en el grupo de la raza negra y de los ancianos.

"El hábito intestinal en el género femenino en tiempo promedio de evacuación es de 5 a 6 minutos, la menopausia no afecto el tránsito intestinal" (Zutshi 2007:361)

Como lo indica Bassotti (2004) "En la población italiana, no reporto ninguna diferencia de género en frecuencia defecatoria, sin embargo encontró significativamente mayor esfuerzo, sensación de evacuación incompleta o evacuación difícil y maniobras manuales para facilitar la evacuación.

Se considera que existe una defecación confortable cuando no existe urgencia, esfuerzo para finalizar y se produce una evacuación completa.

Los pacientes con síndrome de intestino irritable tienen una alteración del hábito intestinal, por que muestran episodios de evacuaciones anormales frecuentemente de consistencia disminuida, evacuaciones infrecuentes, solidas, urgencias, sensación de evacuación incompleta e inhibición de las actividades sociales por riesgo a incontinencia.

Otros síntomas como urgencia, tenesmo, evacuación incompleta y manchado fecal, son frecuentes en la población general. El manchado fecal o síndrome de manchado fecal funcional era más común en pacientes con trastornos funcionales intestinales que visitaban al médico, sugiriendo con ello que esta situación podía influenciar a las personas a pedir una consulta o ser propiamente la razón de la misma.

La urgencia es uno de los síntomas más molestos en pacientes con síndrome de intestino irritable que presentan diarrea y corresponde a una alteración objetiva de la función colónica y del reservorio rectal.

También en pacientes con enfermedad orgánica existen alteraciones en la frecuencia defecatoria y manifestaciones de urgencias, evacuación incompleta y

tenesmo, por lo que en la evaluación de toda alteración del hábito intestinal y diferenciación de su etiología, es importante revisar la historia clínica, si los síntomas se alternan con periodos normales, si se trata de un trastorno funcional; en cambio si los síntomas son persistentes, de reciente aparición y no se normaliza, debe sospecharse de una enfermedad estructural u orgánica. Limitado así clínicamente, las variaciones en la frecuencia defecatoria y en la forma, no son realmente útiles para diferenciar cuando el individuo tiene un hábito intestinal normal o anormal; para ello resulta más relevante el patrón de comportamiento en el tiempo.

La escala de Bristol evalúa la forma y consistencia de las heces fecales. Esta clasificación además se correlaciona fidedignamente con el tránsito intestinal total, es decir la forma de las heces reflejan el paso por el intestino más que la frecuencia de la evacuación. (Ver anexo fig. Nº1)

Este desorden tiene una prevalencia que oscila entre el 9% y el 23%. Es el padecimiento más comúnmente diagnosticado por los gastroenterólogos y representa hasta un 12% de las consultas primarias de los médicos de cabecera.

Estas discrepancias pueden tener más de una explicación. Una de ellas es que la frecuencia reportada difiere de un país a otro, a partir de elementos como el estilo de vida, factores culturales y especialmente la dieta, que ha sido implicada en la provocación de los síntomas. Otra razón potencial incluye la forma en cómo se recaba la información, ya sea por entrevista o información enviada. También podrían considerar factores relevantes como si se tuvo o no un acercamiento apropiado con el paciente y eventualmente, la forma en cómo se analizaron los resultados.” (p. 713-716)

“La sensibilidad y especificidad del diagnóstico también dependen de los criterios utilizados. El grupo étnico también juega un papel importante porque se ha visto que los hispanoamericanos en Estados Unidos no visitan tanto al médico por este padecimiento en comparación con los que nos son hispanos.” (Enríquez 2009:25)

Como indica Enríquez (2010) “Otros factores relacionados con la búsqueda de atención medica son el tipo de síntoma predominante (por ejemplo distensión, nausea, vómitos, incontinencia y pérdida de peso), así como síntomas extra intestinales como tos, fatiga, debilidad y cefalea, que incrementan la búsqueda de atención médica.

La dispepsia funcional tiene una epidemiologia diferente, pero se sabe que cerca del 30% de las personas con este diagnóstico desarrollaran síntomas del síndrome de intestino irritable en los años subsiguientes.

Sin diferencias en el género y disminuye con la edad; se asocia a fumar y al uso de analgésicos o alcohol. Los síntomas funcionales de dispepsia y síndrome de intestino irritable pueden desaparecer temporalmente, recurrir o no solucionarse totalmente; ambas entidades pueden estar presentes al mismo tiempo, por separado o variar su sintomatología pasando de un desorden a otro en el transcurso del tiempo.

La prevalencia se refiere a la proporción de una determinada población, que sufre un trastorno particular en un momento dado. Tanto en prevalencia como en incidencia el número de personas pertenecientes a la población de riesgo se divide tanto en aquellas que tienen el trastorno, como el número de casos calculados en una determinada fracción de tiempo.”(p. 23)

Según la Asociación Americana de Gastroenterología (2010) “El síndrome de intestino irritable constituye el 28% de todas las consultas a los gastroenterólogos. En la mayoría de los pacientes, la primera visita ocurre entre los 30 y los 50 años de edad, por lo que la prevalencia de la enfermedad va disminuyendo luego de los 60 años. El síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento es más frecuente en las mujeres que en los varones, con relación de 3-4 a 1, excepto en la India y Siria donde se reporta predominancia en hombres, posiblemente a motivos culturales y a que los varones tienen mayor acceso a los servicios de salud. La prevalencia en Latinoamérica demuestra que la prevalencia es de 9 y el 18%, con edades de

rango variable entre 16 a 89 años de edad; también muestran una distribución de 2 a 4 mujeres por cada hombre.” (p. 27-28.)

> La incidencia del síndrome de intestino irritable se ha estimado a partir de estudios de prevalencia sobre la población general, en los que se vuelve a interrogar a los sujetos al cabo de un tiempo, estableciéndose así el porcentaje de pacientes que en el primer interrogatorio estaban asintomáticos, y que posteriormente desarrollaron síntomas. (Enríquez 2010:5)

“Los resultados de estudios poblacionales varían de acuerdo a factores relacionados con el sexo de la persona. Estudios reportan una prevalencia equivalente entre varones y mujeres en Norteamérica, aunque la mayoría publicaron rangos del 2-3:1 entre mujeres y hombres respectivamente.” (Enríquez 2010:23)

Los hombres reportan predominantemente diarrea y las mujeres estreñimiento. Comparadas con los hombres, ellas ultimas padecen de mayor distensión abdominal, nausea y síntomas extra-intestinales. El ciclo menstrual influye en la sintomatología ya que se magnifican los síntomas durante la fase lútea y las etapas tempranas de la menstruación.

En muchas mujeres síntomas como dolor de pechos, gases y cambios afectivos se asocian al ciclo menstrual, es decir aumentan durante la fase lútea y disminuyen durante la primera descarga hemorrágica. Las mujeres tienden a reportar más síndrome de intestino irritable, distención abdominal, estreñimiento, dolor abdominal crónico funcional, disfunción del esfínter de Oddi, incontinencia fecal y disfunción del piso pélvico.

“Se han estudiado también las diferencias en la respuesta al dolor, tanto somático como visceral, según el género. Las mujeres presentan menor umbral, rangos de dolor más altos y menor tolerancia para estímulos intensos bajo condiciones experimentales controladas.” (Mearìn 2009:3).

Como indica Enríquez (2010) “Respecto a la percepción visceral no existen en general diferencias de género, excepto por una ligera disminución en la sensibilidad rectosigmoidea en las mujeres. Cuando estas padecen de síndrome de

intestino irritable ocurre el efecto contrario y tienen mayor sensibilidad al compararse con el género masculino. Dicha situación de hipersensibilidad visceral se ha corroborado en otros trastornos funcionales gastrointestinales como dolor torácico atípico y dispepsia funcional. En cuanto a otras variables fisiopatológicas relacionadas con el género y síndrome de intestino irritable, se ha observado que los hombres presentan un tránsito gastrointestinal más rápido que las mujeres. Encontrando que las mujeres tienen un vaciamiento gástrico retardado, tanto para líquidos como para sólidos, al compararse con los hombres.

Otros estudios han confirmado que los varones tienen un tránsito colónico más corto que las mujeres, principalmente en lo correspondiente al colon derecho.

En lo que refiere a la función ano rectal en hombres y mujeres sanos; se encontró que los hombres tienen presiones basales en reposo y presiones de contracción, más elevadas que las mujeres; también que requerían un volumen rectal más bajo para causar relajación anal, un volumen más alto para inducir el deseo defecatorio y presentaron significativamente menos dolor a la distención rectal al compararse con las mujeres. Esto sugiere que los hombres tienen una presión esfinteriana mayor y que las mujeres una baja capacitancia rectal, así como un aumento de la sensibilidad en el recto. Existe poca información relacionada a diferencias en la función autonómica entre hombres y mujeres con síndrome de intestino irritable, pero se ha demostrado que los hombres tienen mayor tono simpático y menor tono vagal en respuesta a la distensión rectosigmoidea que las mujeres. Además las mujeres que tienen síndrome de intestino irritable con estreñimiento tienen un menor tono vagal que aquellas que presentan síndrome de intestino irritable con diarrea. En este grupo hay un incremento en el tono simpático postprandial y un aumento de los niveles de cortisol salival postprandial.

Estudios recientes de neuro-imagen y de flujo sanguíneo cerebral regional muestran alteraciones ante estímulos viscerales; sin embargo no existe información sobre diferencias significativas de acuerdo al género.

La activación significativa de la ínsula bilateral en hombres con síndrome de intestino irritable al compararlos con mujeres. Ellos mostraban mayor activación de la corteza prefrontal bilateral, la corteza cingulada anterior dorsal, el puente dorsal y la sustancia gris periacueductal, áreas que pudieran estar relacionadas con los sistemas de inhibición endógena del dolor. En contraste, las mujeres con síndrome de intestino irritable presentaron mayor activación de las regiones límbicas y paralimbicas que incluyen zonas como la amígdala, la corteza cingulada anterior y la corteza cingulada infragenual, área que representan circuitos facilitadores del dolor.

Respecto a las influencias hormonales se ha mencionado que existen diferencias entre la hipervigilancia e hipersensibilidad visceral, pues se ha evidenciado (especialmente en estudios en animales de laboratorio), que los estrógenos actúan como inductores de la hipersensibilidad y que durante la fase lútea del ciclo menstrual, elevados niveles plasmáticos de estrógenos y de progesterona se correlaciona con un aumento en el umbral del dolor somático.

Estos factores de género relacionados con la socialización deben incorporarse, a los protocolos de terapia cognitiva conductual ofrecida a los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales. Es relevante incluir aspectos relacionados con la función corporal, emociones como la vergüenza, la apariencia física, distención abdominal, aprobación social, deseos de complacer a los demás, afectividad y enojo.

Las mujeres reciben mensajes sociales distintos que los hombres; para una mujer las funciones corporales son algo que debe mantenerse privado y en secreto, por eso en ellas las funciones intestinal o de defecación se vuelven con frecuencia objeto de vergüenza. Esto se debe al proceso de socialización que busca mantener a las mujeres como siempre limpias, nítidas, frescas y en control. Expulsar un flato o un gas como comúnmente se menciona, no es algo aceptable en público para hombres y mujeres, pese a ello, las mujeres han sido socializadas para considerarlo no femenino e inapropiado.

Por eso la apariencia física y la distención abdominal juegan un papel importante en el género femenino más que en el masculino. Es estrés psicológico y físico que provoca la experiencia del malestar abdominal, junto con una conducta indiferente del médico, favorecen una respuesta hipervigilante a cualquier signo del dolor. La prevalencia del síndrome de intestino irritable disminuye gradualmente con la edad. Sin embargo, dentro de los pacientes de la tercera edad, la prevalencia aumenta 8% entre los 64 a 74 años, un 12% por arriba de los 85 años. ” (p. 28-29)

Otros tipos de entidades funcionales también modifican su prevalencia en el trascurso del tiempo, siendo que el estreñimiento y las incontinencias fecales

aumentan con los años, mientras que el síndrome de dolor abdominal crónico funcional y el dolor anorrectal funcional, por el contrario disminuye.

Vivir con una enfermedad gastrointestinal funcional equivale a hacerlo con una enfermedad crónica. Los síntomas de las enfermedades crónicas demandan atención tanto de los familiares como del mismo paciente y esto contribuye al mal funcionamiento de la familia y su entorno.

Vivir con el padecimiento significa vivir con la ocurrencia impredecible de los síntomas, de su severidad, de la forma como se desencadenen y de su curso clínico. Además de ser una entidad de etiología no bien definida.

> Se clasifica como un cuadro moderado cuando existen alteraciones intermitentes en las actividades diarias, como perderse actividades sociales, del trabajo, o de la escuela. Desde la perspectiva del paciente, el término intermitente significa experimentar un periodo largo, repetitivo, impredecible e incontrolable de síntomas. "Interrupciones en las actividades" significa espasmos severos, diarrea incontrolable, pérdida del control de sólidos, líquidos, o gases intestinales. Finalmente la ausencia de actividades sociales, trabajo o de escolares se experimentan como perdidas en la dignidad, libertad, y espontaneidad de la productividad potencial, de contacto social, intimidad y en la creencia de que la persona ya no está en control absoluto de su destino. (Enríquez 2010:30)

Existe incertidumbre para los pacientes con síndrome de intestino irritable ya que el no contar con un tratamiento completamente efectivo para curar sus síntomas y la falta de certeza en la presentación, severidad de los síntomas e imposibilidad de controlarlos, lo lleva a perder el control en los aspectos de su vida diaria.

"El encuentro entre el médico y el paciente representa para ambos un reto muchas veces frustrante para el uno o para el otro. Desde el punto de vista médico, por la naturaleza poco comprensible de la enfermedad, así también como la incertidumbre de la respuesta terapéutica."(Enríquez 2009:30)

> Desde la óptica del paciente esta sensación se asocia a explicaciones insatisfactorias que pueden interpretarse como negación a la legitimidad de sus síntomas por un examen clínico negativo que revela ausencia de la causa, por el poco entendimiento o credulidad de su sufrimiento, así como

> por la ausencia de una explicación apropiada de su enfermedad; usualmente esto se origina cuando el médico entiende bien lo que sucede o no tiene tiempo suficiente para dar un enfoque biopsicosocial que integre la evaluación y el tratamiento. Para los pacientes, los contactos sociales y los medios de comunicación son una fuente principal de información y de educación en salud. Discutir la relación entre estrés, mente y cuerpo sin que sea el modelo de salud y enfermedad predominante del paciente, tiene consecuencias negativas. (Enríquez 2010:31)

Palabras como " biopsicosocial" o "estrés" se vuelven problemática debido a que involucran conceptos que no son entendidos o explicados en un lenguaje común, términos que tienden a ser mal utilizados confundiéndose con problemas de tipo psicológicos o emocional de por si excluyentes y que pueden ser mal interpretados peyorativamente por el paciente.

> Por el contrario, se deben cambiar los objetivos de la relación médico-paciente, por otra en la que se trabaje en equipo para explicar y afrontar la condición, estableciendo no solamente ¿Qué es lo que tiene mal?, sino sus preocupaciones o miedos, tratando de que encare y afronte la cronicidad e impredecibilidad de sus síntomas diarios y entienda la necesidad de ser pro-activo para mejorar su salud. Se deberá también promover su autocuidado, cambiando la percepción que tiene de los síntomas. En otras palabras, informarse mejor para manejar y afrontar las situaciones del diario vivir, como factores determinantes que optimicen su calidad de vida. (Enríquez 2009:37).

> El síndrome de intestino irritable además de ser entendido por el paciente y el médico en términos subjetivos de sufrimiento, padecimiento o sensación general de "sentirse mal", pude ser comprendido con una visión global que incluya alteraciones fisiológicas, de distres, aspectos psicológicos y sociales, así como el grado de autoconciencia del problema. Estos parámetros son necesarios para determinar la calidad de vida e influencian las experiencias diarias. El apoyo autodidacta involucra colaborar y ayudar a los pacientes y/o a sus familias a adquirir las habilidades y confianza necesaria para manejar sus padecimientos crónicos, promoviendo herramientas de manejo para uso propio y formas de evaluación del mismo. En síntesis, debe aprender a manejar su condición por sí mismo, y el médico le ayudará a buscar y dirigir sus preocupaciones, ofreciéndole un diagnóstico claro, positivo, comprensible, con explicaciones legitimas de lo que significa un trastorno funcional, y ayudándole a identificar aquellos factores que influencian los síntomas (detonadores). (Enríquez 2010:31).

> La fisiopatología del síndrome de intestino irritable es compleja, multifactorial y sin un marcador biológico estructural o funcional especifico. Además, sus características clínicas se sobreponen con otras enfermedades funcionales gastrointestinales como la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la dispepsia funcional. Actualmente el síndrome de intestino irritable es visto como una desorganización del eje cerebro-intestinal que incluye función anormal del sistema nervioso, alteraciones en la motilidad gastrointestinal, procesamiento distorsionado de las señales periféricas de la sensibilidad visceral y factores psicológicos y sociales agregados. Recientemente se ha abierto la posibilidad de que existan factores genéticos, congénitos e inmunológicos, involucrados con la aparición del síndrome de intestino irritable. (Enríquez 2010:41).

> El sistema nervioso entérico es un sistema nervioso independiente que controla y coordina la motilidad, el flujo sanguíneo y la secreción gastrointestinal. Está constituido por aproximadamente 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 la muscularis mucosae, mientras que el plexo mientérico está relacionado con la generación de patrones específicos de movilidad. (Mearìn 2009:528)

Como indica Enríquez (2010) “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 sensoriales, para controlar la actividad de las neuronas motoras, quienes constituyen la vía final común al sistema. Los programas del sistema nervioso entérico reciben instrucciones del sistema nervioso central por medio de las fibras eferentes y aferentes pertenecientes al sistema nervioso autónomo, los cual evidencia su actividad como parte de un sistema nervioso que actúa en forma integral.” (p. 42)

> A pesar del concepto establecido de que el síndrome de intestino irritable es una enfermedad funcional, se han reportado alteraciones morfológicas en estos pacientes. Mediante defecografia se evidencia que los pacientes con síndrome de intestino irritable son incapaces de abrir el ángulo recto anal durante la defecación y mediante ultrasonografía rectal se

muestra que el grosor total de la pared rectal en reposo, es menor que en sujetos sanos.

> 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. En el intestino delgado se ha detectado que el complejo motor migratorio es irregular, además se descubrió que el tiempo de tránsito intestinal es menor en pacientes con síndrome de intestino irritable y diarrea, y mayor en pacientes con síndrome de intestino irritable y constipación. También hay cambios en la motilidad anorrectal en pacientes con síndrome de intestino irritable. 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 rectoanal inhibitorio espontaneo. Estas alteraciones fisiológicas se modifican con la administración de bloqueadores de los canales de calcio y con agonistas α-2. (Enríquez 2010:43)

En la actualidad se considera la hipersensibilidad visceral como el factor más importante en la fisiopatología del síndrome de intestino irritable. El uso del barostato ha sugerido que los pacientes con esta enfermedad presentan mayor sensibilidad en respuesta a la distención visceral en todo el tracto digestivo.

"La Serotonina 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 receptación de esta, pueden contribuir en el síndrome de intestino irritable." (Enríquez 2009:42)

"Se han encontrado defectos moleculares relativos a disminución de 5-hidroxitriptamina (5-HT) y del transportador de receptación de 5-HT en la mucosa del recto, en pacientes con síndrome de intestino irritable y con colitis ulcerativa." (Mearin 2011:529)

> Actualmente se considera que el sistema serotoninérgico esta alterado en pacientes con síndrome de intestino irritable y se contemplan irregularidades en el número de células enterocromafines, en el contenido de serotonina celular, en los niveles de triptófano hidroxilasa, en los niveles de 5-hydroxindoleacètico, los niveles plasmáticos de serotonina y la expresión de la proteína transportadora.

> Las alteraciones moleculares del sistema nervioso entérico identificadas por inmunohistoquimica, 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 niveles inferiores de péptido YY en el colon descendente de pacientes con síndrome de intestino irritable comparados con controles. Se verifica además infiltración de mastocitos cercanos a la inervación de la mucosa del colon y cambios en la concentración de la sustancia P. (Mearìn 2011:530)

"Recientemente se ha reconocido que la inflamación juega un papel importante en la generación de síntomas, en al menos una parte de pacientes con síndrome de intestino irritable" (Ver anexo fig. Nº2). (Mearìn 2011:532)

Como indica Mearìn (2011) "Se sabe que la gastroenteritis es un factor de riesgo en la aparición del síndrome, además de que se ha relacionado con un mayor crecimiento bacteriano del intestino delgado. El síndrome de intestino irritable post infeccioso, se refiere a un subconjunto de pacientes que han experimentado una infección gastrointestinal aguda previa al desarrollo de la enfermedad.

A pesar de que la mayoría de los estudios sobre la fisiopatología del síndrome de intestino irritable se han enfocado a un modelo biopsicosocial, existen estudios pioneros que muestran una conexión entre esta enfermedad y los factores familiares. Los estudios en gemelos muestran resultados contradictorios pero han fortalecido la hipótesis de que el síndrome de intestino irritable tiene componentes genéticos o congénitos.

Se ha demostrado también que alteraciones extraintestinales tales como problemas renales, obesidad, bajo peso, la intolerancia al gluten, artritis reumatoide y baja autoevaluación de salud, se relacionan con síndrome de intestino irritable en gemelos. Por otra parte, Mohammed y colaboradores en un estudio comparando gemelos monocigóticos dicigòticos, 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, tiene una influencia

significativa en el desarrollo del síndrome de intestino irritable, en la vida adulta.” (p. 532-533)

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 alteración en el sistema serotoninérgico.

> La mayoría de las personas con síntomas síndrome de intestino irritable no van a consulta y la que si lo hacen usualmente buscan un criterio médico para decidir que exámenes realizarse, pero la realidad es que no existe una prueba específica para síndrome de intestino irritable, por lo que estos análisis son hechos usualmente para excluir enfermedades orgánicas (para ello hay que considerar el contexto del riesgo del paciente y la prevalencia de la población especifica). El ámbito en el que el médico se desenvuelve también es importante ya que los médicos de atención primaria tienen a realizar pocos exámenes, no obstantes se sienten presionados por la incertidumbre diagnostica y la insatisfacción del paciente y terminan haciendo pruebas para excluir enfermedades específicas y como para dar reaseguramiento. Afortunadamente los médicos ahora pueden diagnosticar el síndrome de intestino irritable en la mayoría de pacientes reconociendo ciertos detalles de los síntomas, efectuando un detalle físico detallado y realizando una cantidad limitadas de pruebas diagnósticas, se reserva las pruebas extensas únicamente para situaciones especiales. (Enríquez 2010:8)

Como menciona Enríquez (2010) “El valor clínico de los criterios diagnósticos del síndrome de intestino irritable viene determinado por su capacidad de discriminar entre patología funcional y orgánica. El diagnostico se establece mediante juicios basados en síntomas, ya que hasta la fecha no se ha identificado un marcador biológico. Los criterios actualmente utilizados son los de Roma III, elaborados por un grupo de expertos de trastornos funcionales digestivos. Las aplicaciones apropiadas de estos criterios, aunadas a una historia clínica y examen físico minucioso, han permitido establecer un diagnostico positivo y evitar el abuso en estudios de laboratorio y gabinete. El interrogatorio y la exploración detallada del paciente, deben dirigirse hacia la búsqueda de signos de alarma.” (p.15)

La ausencia de estos datos incrementa la utilidad de los Criterios de Roma para establecer el diagnóstico del síndrome de intestino irritable y descartar así una enfermedad orgánica.

> El primer intento de definir síntomas capaces de establecer un diagnóstico de síndrome de intestino irritable fue realizada por Manning; cuatro síntomas fueron identificados significativamente en síndrome de intestino irritable los cuales fueron: alivio del dolor con el movimiento intestinal, evacuaciones frecuentes al inicio del dolor, evacuaciones de consistencia disminuidas al inicio del dolor y distensión abdominal visible (Ver anexo fig. Nº3). Además observó un incremento en el paso de moco y sensación de evacuación incompleta. Los pacientes con síndrome de intestino irritable tenían el 94 % de probabilidad de tener dos o más de estos seis síntomas, comparados con aquellos con enfermedades orgánicas. Posteriormente se evaluaron estos criterios y se encontró que la distensión abdominal, evacuaciones con esfuerzos y escíbalos, fueron significativamente más prevalentes en síndrome de intestino irritable. Como puede observarse la cantidad de pacientes incluidos fue inicialmente baja y existía controversia respecto a su diferenciación con otra patología orgánica. (Enríquez 2010:16)

"Respecto a las variaciones epidemiológicas, la sensibilidad y especificidad de estos criterios se ha reportado del 67 y 70% respectivamente; dentro de los factores que lo modifican están el género, la edad y el número de criterios utilizados." (Chacaltana 2012:1)

Además se ha comprobado que la probabilidad diagnostica se incrementa al aumentar el número de criterios que cumplen un determinado paciente y que aumenta concomitantemente la especificidad, disminuyendo la sensibilidad.

> Con el objetivo de tomar un abordaje más práctico y separar etiología orgánica y funcional, estos criterios evalúan la historia clínica, hallazgos en examen físico y los resultados de laboratorio. Este autor desarrollo un sistema de punteo, en el que se le asignaban ciertos valores positivos a los síntomas, y valores negativos a los hallazgos físicos anormales, historia patognomónica para otros diagnósticos, pruebas de laboratorio anormal y hematoquezia, se evidencio que la duración de los síntomas, la carencia de hallazgos físicos y la normalidad en ciertos laboratorios, fueron predictivos de ausencia de enfermedad orgánica. Tienen una sensibilidad del 64% y

> especificidad del 99% utilizando un puntaje que implica de por lo menos tres síntomas. (Kruis 1984:87)

Los Criterios de Roma son un esfuerzo internacional para caracterizar, clasificar, y categorizar los trastornos funcionales gastrointestinales, utilizando un sistema de jerarquización basado en síntomas, equivalente a los sistemas de clasificación utilizados en psiquiatría y reumatología.

> En 1989 se reunió un comité multinacional de expertos en la ciudad de Roma y mediante un proceso de consenso, se reunieron todos los hallazgos de investigación y se categorizaron en subgrupos, desarrollando los criterios sintomáticos criterios diagnósticos denominados Criterios de Roma. Estos fueron modificados posteriormente en 1992. Los Criterios de Roma I tienen una sensibilidad del 65% y especificidad del 100%, en pacientes sin signos de alarma. Los primeros pasos en el desarrollo de los llamados "Criterios de Roma" comenzaron en 1988 utilizando metodología Delphi. Estos criterios fueron modificados en varias ocasiones hasta publicarse en 1999 los "Criterios de Roma II" en los que se habían incorporado nuevos conocimientos y más evidencias científicas. No obstante, el tiempo y su aplicación demostraron que tenían diversas limitaciones y que claramente podrían ser mejorados. Con esta intención nacieron los "Criterios de Roma III" que han sido dados a conocer en el volumen de abril del 2006 de la revista Gastroenterology así como en un libro publicado por tal efecto (Ver Fig.4). El proceso de elaboración de los Criterios de Roma III ha durado cinco años y en él han participado un total de 87 expertos sobre los distintos temas. Los cambios principales de los criterios de síndrome de intestino irritable de Roma III con respecto a los previos de Roma II han sido los siguientes. (Enríquez 2010:10)

Se ha modificado el tiempo de evolución necesario para establecer el diagnostico; ahora basta con que los síntomas hayan aparecido al menos seis meses antes y estar actualmente activos durante tres meses. Este hecho lo hace menos restrictivos que los utilizados en Roma II.

Los subtipos del síndrome de intestino irritable se han revisado de tal forma que la diarrea, el estreñimiento y el tipo mixto, se determinan fundamentalmente por el tipo de las heces.

El síndrome de dolor abdominal funcional se ha separado de los trastornos intestinales digestivos y ahora en una categoría independiente; el motivo, es su relación con alteraciones en el procesamiento funcionales del intestino.

> De acuerdo a los Criterios de Roma III (Ver anexo fig. Nº4), el síndrome de intestino irritable se diagnostica por la presencia de dolor o molestia abdominal recurrente que debe estar presente al menos tres días por mes en los últimos tres meses y asociarse a dos o más de los siguientes síntomas: a) mejora con la defecación; b) el comienzo coincide con un cambio en la frecuencia de las deposiciones, y c) el comienzo coincide con un cambio en la consistencia de las deposiciones. En cuanto a los requerimientos de duración de las molestias, hay que tener en cuenta que los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas deben haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico. (Enríquez 2009:8)

Una deficiencia potencial en los Criterios de Roma, es que no se incluyen síntomas post-prandiales como dolor abdominal y urgencia, siendo característica la presencia de una respuesta gastrocolica exagerada después de la alimentación; además el valor y valides de estos criterios en hombres es menor que en las mujeres, porque los varones reportan menos síntomas que ellas. En la práctica se desconoce si son utilizados y como se emplean por el médico general, ya que factores como el desconocimiento del tema y otras variables educativas, limitan su aplicación.

> Además la prevalencia de la edad varía dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados; se ha observado que el 90.6% de los que cumplen los Criterios de Roma I, también acreditan los Criterios de Roma II; sin embargo solo el 46.8% de los que cumplen los criterios de Manning, se ajustan también a los de Roma. Los Criterios de Roma II son significativamente menos sensibles que los de Roma I, consecuencia de ser más restrictivos, pero tienen la ventaja de ser más fáciles de utilizar a nivel clínico.(Enríquez 2009:9)

Lo más importante es realizar un examen físico e historia clínica detallada en la búsqueda de signos y síntomas de alarma. Un examen rectal cuidadoso es mandatorio, así como una evaluación abdominal completa. Algunos cuestionarios de tamizaje psicológico han sido implementados en centros de atención especializada y han dado resultados promisorios, pero también se recomienda en

aquellos casos que sugieren psicomorbilidad asociada, para mejorar el pronóstico y el manejo del paciente.

> En la práctica, numerosas razones (científicas, clínicas, financieras y médico-legales) justifican una colonoscopia en el paciente con síndrome de intestino irritable, pero según los lineamientos de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, en realidad hasta un cuarto de ellas se efectúan en pacientes que no lo necesitan, a veces por solicitud del paciente para reaseguramiento, por razones médicas legales, o por una medicina defensiva. Varios investigadores han examinado la utilidad clínica de los exámenes de colon en pacientes en quienes se sospecha síndrome de intestino irritable. (Enríquez 2010:9)

Se puede determinar, que realizar un enema de bario, sigmoidoscopìa flexible o colonoscopia, resulta en un diagnostico alternativo en sospecha de síndrome de intestino irritable.

> Basado en la evidencia actual, el identificar una enfermedad orgánica en pacientes con sospecha de síndrome de intestino irritable a través de exámenes del colon, no tiene mayor ventaja que aquella esperada en la población general.'' En mujeres con diarrea crónica que no responden a una terapia inicial, puede estar indicada la realización de una colonoscopia con toma de biopsias. (Asociación española de gastroenterología, 2010)

> El impacto o valor del reaseguramiento de una colonoscopia normal o negativa es menor, temporal y no duradera, en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida del síndrome de intestino irritable por lo que debiera considerarse de último recurso en la cadena o algoritmo diagnóstico del paciente. (Enríquez 2009:11)

> Estudios previos de condiciones análogas de endoscopia superior en dispepsia funcional, demostraron una mejoría clínica inicial solo por el hecho del reaseguramiento que origina la prueba, independientemente del diagnóstico. Spiegel demostró que la colonoscopia, ya sea reciente o distante, no incrementa el reaseguramiento ni los parámetros de calidad de vida, no cubre diagnósticos alternativos, no aumenta el porcentaje de detección de lesiones incidentales clínicamente importantes, ni proporciona un reaseguramiento duradero al paciente, por ello no existe evidencia científica que apoye realizar este procedimiento en jóvenes con síntomas sugestivos de síndrome de intestino irritable. El Colegio Americano de Gastroenterología y su comité de Trastornos Funcionales, no recomiendan realizar rutinariamente una colonoscopia o sigmoidoscopìa flexible en

> pacientes con sospecha de síndrome de intestino irritable, ya que no es una práctica que se apoye por la literatura disponible. (Enríquez 2009:11)
>
> Química Sanguínea y Hematología Completa. Algunos autores consideran que se requiere un examen sanguíneo completo de hemograma y de química sanguínea, para la búsqueda de anemia y de otras anormalidades. Sin embargo se evaluó la utilidad del hemograma completo y de la química sanguínea en 196 pacientes con sospecha de síndrome de intestino irritable. La hematología completa fallo para dar un diagnostico alternativo y la química sanguínea solamente resulto anormal en dos de los 196 pacientes. En otro estudio en que también se valoró la importancia del hemograma completo y de la química sérica en pacientes con sospecha de síndrome de intestino irritable, se identificaron a 5 de 300 pacientes, con enfermedad orgánica gastrointestinal. (Rodrigo 2009:115)

La búsqueda sistemática de parásitos en heces de pacientes con síndrome de intestino irritable y predominio de diarrea no está justificada, a no ser que se recoja el antecedente de un viaje reciente a áreas endémicas que se trate de pacientes inmunocomprometidos o cuando el paciente viva en áreas endémicas y los síntomas sean relativamente de corta evolución. La aplicación selectiva del examen de heces para evaluación de parásitos, incluyendo antígeno de Giardia lamblia en heces, deben considerarse en pacientes que tienen mayor riesgo.

El examen de sangre oculta en heces no se encontró utilidad en diagnosticar otras enfermedades gastrointestinales adicionales. Descubrió 15 de 183 pacientes (8.2%) positivos, los cuales requirieron colonoscopia total; al final, solo el 2.2% tuvieron una anormalidad estructural identificada. Otros estudios en heces como calprotectina y lactoferrina fecal están en investigación y no se pueden considerar rutinarios en el manejo inicial del paciente no diagnosticado; queda por investigar su utilidad en el seguimiento del paciente funcional o en situaciones específicas, ya que son técnicas sencillas, poco accesibles que ofrecen ventajas sobre la sangre oculta en heces, especialmente cuando existe historia familiar de enfermedad orgánica intestinal.

> Otros test diagnósticos como el ultrasonido abdominal, no parecen cambiar el pronóstico, el diagnostico ni el tratamiento del paciente. Se ha evaluaron el papel del ultrasonido abdominal para identificar patología abdominal y pélvica en pacientes con sospecha de síndrome de intestino

> irritable que cumplían Criterios de Roma I; 25% de las mujeres y 8% de los hombres reportaron alguna anormalidad incidental, independiente de la sintomatología. No obstante fallo en detectar patología seria gastrointestinal o en producir cambios en el diagnóstico y manejo del síndrome de intestino irritable. (Rev latinoamericana de gastroenterología 2011:68)

"El tratamiento farmacológico puede ser necesario en pacientes con síntomas moderados o graves que no han respondido a las medidas anteriormente mencionadas. Tradicionalmente, los tratamientos de primera línea han sido dirigidos al control del síntoma dominante diarrea, estreñimiento, dolor abdominal." (Mearìn 2009:378)

"Más recientemente se han introducido otras alternativas que han demostrado su efectividad en el tratamiento de los múltiples síntomas que caracterizan al síndrome de intestino irritable. La eficacia y seguridad de estos fármacos han sido objeto de numerosas revisiones sistemáticas." Mearin, F; Montoro, M (2006)

La terapéutica varía de acuerdo a la gravedad de los síntomas, de la necesidad del paciente por recibir atención médica y del grado de comorbilidad psicosocial. Actualmente el tratamiento puede estar enfocado a cada uno de los síntomas por separado, o en el mejor de los casos, orientado al alivio global de los mismos.

> El médico debe reconocer la naturaleza crónica y recurrente de este trastorno, estableciendo una sólida relación con el paciente. Los pilares de la relación médico paciente 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 diagnóstico positivo, evitar estudios innecesarios, disimular el temor de los pacientes al cáncer y detener el eterno peregrinaje de los mismos por distintos médicos en búsqueda de una causa orgánica que justifique 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. (Enríquez 2010:614)

Para ello es fundamental compartir la información con los pacientes, explicándoles la cronicidad y recurrencia de los síntomas del síndrome; es fundamental un .enfoque multidisciplinario del mismo.

A pesar de que los pacientes refieren tanto alergias como exacerbaciones de síntomas relacionados con ciertos alimentos, no hay datos acerca de ello. Se recomienda evitar los alimentos que generen síntomas. La dieta puede estar involucrada en distintos procesos desencadenantes, desde una simple intolerancia a la lactosa y a ciertas harinas, a procesos alérgicos mediados por inmunoglobulina E, hasta la presencia de enfermedad celiaca.

> Un 30% de la población adulta de Estados Unidos es intolerante a la lactosa y la prevalencia es similar en pacientes con síndrome de intestino irritable. Debido a que los síntomas de intolerancia a la lactosa y a los del síndrome son difíciles de distinguir, se puede realizar empíricamente una dieta libre de lactosa por un período de 10 a 14 días. Una revisión sistemática de los trabajos que examinaron el rol de las dietas de exclusión, concluyó que esta conducta no ha mostrado beneficios la mayoría de los pacientes. Sin embargo, otro estudio reciente evaluó la eficacia de una dieta que excluye alimentos que incrementan anticuerpos IgG, demostrando la utilidad en el control de los síntomas. En el síndrome de intestino irritable con estreñimiento, el uso de la fibra soluble es discutible ya que puede resultar útil pero también puede incrementar algunos síntomas, es por ello que su incorporación debe ser lenta y progresiva. (Enríquez 2010:65)

El enfoque fisiopatológico actual está en torno a las alteraciones de la serotonina intestinal; los pacientes con síndrome de intestino irritable-C tienen reducidos los niveles de serotonina plasmática, así como también de sus transportadores a nivel de la mucosa intestinal (SERT). 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 permeabilidad visceral.

> El American College of Gastroenterology (ACG), publicó una revisión sistemática otorgándole al tegaserod recomendación (Grado A) para el tratamiento de mujeres con síndrome de intestino irritable. En distintos trabajos publicados se ha observado que la dosis de 2 y 6 mg, 2 veces por 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. (Manual Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas 2001:153)
>
> También se ha demostrado que la suspensión de la droga lleva a la recaída sintomática y que los pacientes que la retoman lograron mejorar de nuevo los síntomas. En otro estudio controlado prospectivo a doble ciego, se demostró la eficacia durante tratamientos repetidos, con las mismas características del primer tratamiento; se confirmó una mayor satisfacción, mejor productividad laboral y de la calidad de vida, comparado con el placebo. (Enríquez 2009: 615)

"La diarrea es el efecto adverso más frecuente del Tegaserod en el 90% de los casos, pese a ello, soramente el 2% deciden dejarlo. Otros efectos secundarios menos frecuentes son cefalea y dolor abdominal, pero con mínima diferencia significativa sobre el placebo."(Evans 2007:6)

El uso de dieta rica en fibra o fibras semi – sintéticas (cáscara de ispaghuela, metilcelulasa, psillium) pueden mejorar la consistencia y la frecuencia del hábito defecatorio.

Un meta-análisis sugirió que la fibra soluble (como psillium, cáscara de ispaghula y policarbófi1o 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 anafilácticas, obstrucción esofágica e intestinal, estas dos últimas complicaciones se asocian a una inadecuada ingesta de líquidos. Además puede producirse dolor, distensión y aumento de los síntomas del síndrome. La fibra se considera más apropiada para

el tratamiento del estreñimiento crónico, en especial el originado por tránsito lento, que para el síndrome de intestino irritable con estreñimiento.

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 cáscara sagrada, que mejoran el síntoma, pero que habitualmente generan aumento del dolor, deposiciones líquidas, a veces con urgencia e incontinencia. Con excepción del polietilén-glicol y de la lactulosa, no se cuenta con estudios jerárquicos donde se demuestre la eficacia terapéutica de los laxantes en el síndrome de intestino irritable.

A partir de estudios donde se describe un incremento de las células enterocromafines en la mucosa colónica de pacientes con síndrome de intestino irritable postinfeccioso y un aumento de los niveles plasmáticos, basales y postprandiales de la serotonina, se ha utilizado Alosetrón, que es una droga antagonista 5HT3; en pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea incrementa la capacitancia colónica, enlentece el transito 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.

Recientemente se evidenció su eficacia y seguridad también en el género masculino. En la revisión sistemática del ACC obtuvo la más elevada recomendación (Grado A) para el tratamiento de mujeres con síndrome de intestino irritable-D. Su efecto adverso más frecuente es el estreñimiento reportado hasta en el 39% de los pacientes. Debido a la presencia de colitis isquémica en 1de cada 700 pacientes tratados, la FDA restringió su uso a los más severos.

Cilansetrón es un antagonista 5HT3. En los estudios publicados, la droga demostró ser efectiva para el tratamiento de diarrea así como de los síntomas globales de paciente de ambos sexos con síndrome de intestino irritable-D, con una reducción de dolor sobre el placebo del 15% y del 18% respecto a la diarrea.

Ha tenido una ganancia terapéutica del l4% - 25% sobre placebo en estudios fase III.

"Ramosetrón antagonista selectivo 5HT3, que se encuentra en investigación, eficaz a dosis de 0.3 a 100 ug/kg por día VO, restaura la función colónica y mejora el dolor abdominal en animales, siendo más potente que el alosetrón, cilansetrón o loperamida." (Alssema 2012:16)

Los pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea presentan tránsito intestinal acelerado y estos fármacos ayudan a disminuirlo. La loperamida es un opiáceo que reduce el tránsito intestinal y aumenta la absorción de iones y agua, en ninguno de los trabajos se demuestra que mejore la distensión o el dolor abdominal, ni los síntomas globales de1 síndrome. Las otras drogas con efecto antidiarreico, como la clonidina y la colestiramina, tienen recomendación grado C o no han sido evaluadas para síndrome de intestino irritable, los antidepresivos tricíclicos también son útiles para el manejo de la diarrea en el síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea.

> Una revisión sistemática analizó la eficacia de 6 fármacos (bromuro de cimetropio, bromuro de butilescopolamina, mebeverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina) y demostró una mejoría global del 38% en el grupo placebo y del 56% en el grupo tratado con espasmolíticos (OR: 2,13; IC95%: 1,77-2,58). El porcentaje de pacientes con mejoría del dolor fue del 41% en el grupo placebo y del 53% en el grupo de tratamiento y no hubo diferencias significativas en relación con los efectos adversos. No obstante, a dosis altas, los espasmolíticos con más acción anticolinérgica pueden provocar alteraciones visuales, retención urinaria, estreñimiento y/o sequedad de boca. (Mearin Manrique 2013:162)

Los hallazgos recientes acerca de la activación inmunitaria, el incremento de la permeabilidad intestinal y la alteración en las características de la flora bacteriana, han estimulado la utilización de prebióticos y antibióticos, a nivel experimental. 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 citocinas pro y anti-inflamatorias. Algunos probióticos tienen propiedades antibacterianas y antivirales.

En cuanto a los antibióticos pobremente absorbibles, tienen indicación para el tratamiento del sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) y para casos de sobrefermentación colónica. La prevalencia del sobrecrecimiento bacteriano en síndrome de intestino irritable es variable y discutible. La rifaximina, una rifamicina pobremente soluble en agua y mínimamente absorbible (<O.4%), ha mostrado su eficacia en el tratamiento de bacterias G-entéricas y en la prevención de la diarrea del viajero, por ende también en el síndrome de intestino irritable - postinfeccioso.

De manera general existen algunos fármacos que potencialmente podrían ser utilizados tanto en síndrome de intestino irritable-C como en síndrome de intestino irritable-D. En algunos casos, se estará hablando del mismo principio farmacológico (antiespasmódicos) y en otros, de diferentes fármacos dentro de una misma familia, como antidepresivos tricíclicos (TCA) o inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS).

Estas drogas no sólo 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.

Algunas 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 síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento y los antidepresivos tricíclicos en síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea) y el hábito alimentario del paciente.

> Los antidepresivos tricíclicos 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. Elevan el umbral de dolor e incrementan la tolerancia cutánea al estímulo térmico. Tienen también un efecto anticolinérgicos. Son efectivos a dosis bajas y los beneficios 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 síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, siendo el estreñimiento su mayor efecto adverso. Están recomendados en síndrome de intestino irritable moderado a severo donde el dolor es el síntoma predominante o ante el fracaso de otros tratamientos. Pueden asociarse con antiespasmódicos. (Enríquez 2010:618)

Por otro lado, los inhibidores de la recaptación de serotonina promueven el bienestar general y posiblemente cierta mejoría del dolor abdominal y las características de las deposiciones en pacientes con síndrome de intestino irritable. 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 antinociceptivo que los tricíclicos. Podrían ser de utilidad si el cuadro se acompaña de depresión, especialmente de ansiedad y somatización.

El citaloplam endovenoso demostró disminuir la sensibilidad a la distensión colónica en voluntarios sanos y acelerar el tránsito intestinal.

E1 síndrome de intestino irritable se caracteriza por la disfunción de la actividad contráctil del músculo liso intestinal y la presencia de hipersensibilidad visceral, lo que produce dolor y trastornos evacuatorios. Los antiespasmódicos disminuyen la actividad del músculo intestinal, acción que debería reducir el dolor, cuando éste es secundario a una actividad espasmódica.

De acuerdo a su mecanismo de acción, existen dos grupos de antiespasmódicos: antimuscarínicos/anticolinérgicos (hioscina, diciclomina) y los relajantes directos del músculo (por ejemplo, mebeverina, bromuro de pinaverio). Si bien los antiespasmódicos han sido de uso tradicional en las últimas dos décadas, mayoría de los estudios publicados son de pobre diseño.

Los meta-análisis indican que la mebeverina y el pinaverio son efectivos en el control de algunos síntomas del síndrome de intestino irritable, pero debido a la baja calidad su recomendación ha perdido fuerza. Las mejores respuestas se ven en aquellos pacientes con dolor inducido por alimentos o ante la presencia de tenesmo.

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

El tratamiento de un paciente con síndrome de intestino irritable debería contemplar la consideración de cualquier factor psicosocial que pueda estar modulando la percepción sintomática. Aunque la intervención psicológica por un experto se valora como una posibilidad terapéutica en el síndrome de intestino irritable, la enorme prevalencia de este trastorno entre la población general hace inviable esta opción en todos los pacientes. Sin embargo, el médico práctico puede hacer una introspección en el entorno psicosocial del enfermo con el propósito de identificar factores ambientales que puedan ejercer una influencia negativa sobre los síntomas y también evaluar posibles indicadores de maladaptación a la enfermedad.

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 notriptilina y la desipramina han demostrado ser efectivas en pacientes con síndrome de intestino irritable, aunque sus efectos adversos, especialmente los relacionados con el estreñimiento, limitan su uso. Tres estudios con ISRS 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. 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. (Enríquez 2010:621)

"Los agonistas exógenos de los receptores opioides, comparten la mayoría de estos efectos dependiendo de la afinidad por el receptor." (Enríquez 2009:621)

Naloxone fue evaluado en un estudio en pacientes con síndrome de intestino irritable- C. 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.

La fedotozina demostró tener electos antinociceptivos ante la distensión colonica en pacientes con sindrome de intestino irritable. Asimadoline tiene un efecto antinociceptivo predominantemente periférico, actúa a nivel intestinal, bloqueando los canales de sodio. Se ha estudiado la capacitancia colónica, umbral sensorial y el tono, en pacientes con síndrome de intestino irritable-C con este fármaco y se ha observado que disminuye la sensibilidad colónica en respuesta a la distensión con balón, pero no se han observado efectos sobre la motilidad intestinal.

La restricción de alimentos que generan gases o que contienen lactosa, puede mejorar los síntomas relacionados. 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 bifidobacteriun- infantis) pueden mejorar este síntoma. El tegaserod ha demostrado reducir la distensión y es una opción favorable.

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 síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea. No está disponible fuera de los Estados Unidos. Puede utilizarse clonidina y colestiramina ante la falta de respuesta a los tratamientos anteriores.

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%o exacerban síntomas como distensión abdominal y gases. 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 para tratamientos largos

El término colitis microscópica fue originalmente usado para describir a pacientes con diarrea acuosa y pérdida de peso, que exhibían hallazgos (endoscópicos o por enema) normales en el colon, pero con inflamación microscópica en la biopsia colónica. La colitis colagenosa por su parte fue descrita, como una condición relacionada, con características clínicas e histológicas similares, pero con el hallazgo adicional de una banda subepitelial de colágeno.

En la actualidad se divide a la colitis microscópica en dos tipos: colitis colágena, con presencia de estas bandas colágenas y colitis linfocítica, en ausencia de las mismas.

La colitis microscópica representa del 4% al 13% de los pacientes investigados por diarrea crónica. En centros de referencia, el número de casos de

colitis linfocítica es similar al de colitis colágena. Se ha descrito una predominancia en mujeres, particularmente en la del último tipo. La colitis microscópica se presenta entre la sexta y séptima década de la vida, aunque se han reportado casos en distintas edades, incluso en pacientes pediátricos. No hay asociación entre colitis microscópica y cáncer de colon.

> La colitis microscópica representa del 4% al 13% de los pacientes investigados por diarrea crónica. En centros de referencia, el número de casos de colitis linfocítica es similar al de colitis colágena. Se ha descrito una predominancia en mujeres, particularmente en la del último tipo. La colitis microscópica se presenta entre la sexta y séptima década de la vida, aunque se han reportado casos en distintas edades, incluso en pacientes pediátricos. No hay asociación entre colitis microscópica y cáncer de colon. (Enríquez 2010:62)

La colitis microscópica también presenta episodios nocturnos y algunos pacientes afectan su calidad de vida de acuerdo al grado de diarrea o incontinencia. Raramente existe dolor abdominal, pérdida de peso, leucocitos en materia fecal, esteatorrea, enteropatía perdedora de proteínas, artralgias y algunas condiciones autoinmunes como disfunción tiroidea o artritis reumatoide. Podemos encontrar aumento de la eritrosedimentación, anticuerpos antinucleares positivos y otros marcadores autoinmunes.

> La asociación entre colitis microscópica y enfermedad celíaca es importante, en vista que hasta un tercio de los pacientes con esta última tienen cambios histológicos en 1as biopsias de mucosa colónica, que resultan consistentes con colitis microscópica; también se han encontrado anticuerpos antigliadina y antiendomisio en el 5% al 17% de los pacientes con colitis microscópica. Estos resultados no difieren significativamente del grupo control y los resultados usualmente son menores que 1os encontrados en los celíacos. Se han reportado casos de pacientes con colitis microscópica que luego desarrollaron enfermedad inflamatoria intestinal, así como pacientes con enfermedad inflamatoria que posteriormente exhibieron colitis colágena. Si existiera un riesgo para desarrollar enfermedad inflamatoria en pacientes con colitis microscópica, éste sería pequeño. Pese a ello, se recomienda como parte de la evaluación general, el análisis de anticuerpos en pacientes con colitis microscópica. (Enríquez 2010:62)

> La presencia de diarrea crónica y dolor abdominal nos hace también pensar en un diagnóstico diferencial con el síndrome de intestino irritable.

Otro elemento de similitud sería la ausencia de alteraciones radiológicas o endoscópicas. El estudio endoscópico con biopsias escalonadas en el síndrome de intestino irritable del tipo diarreico, permite hacer diagnóstico diferencial con la colitis microscópica. (Enríquez 2009: 61)

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Síndrome de intestino irritable asociado a colitis crónica	Trastorno de la motilidad digestiva cuyas manifestaciones clínicas son la alteración de los hábitos intestinales, la presencia de dolor abdominal y la ausencia de un proceso patológico detectable. A lo largo de los últimos 20 años se han acumulado evidencias que sugieren la presencia de cambios inflamatorios en la mucosa de los pacientes con síndrome de intestino irritable.	Características generales	Genero Edad Procedencia Tipo de afiliación	Masculino ☐ Femenino ☐ 20-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ Más de 60 ☐ Urbana ☐ Rural ☐ General ☐ Campesino ☐ jubilado ☐ Monte pio ☐ Voluntario ☐

			Motivo de consulta	Dolor abdominal ☐ Dolor más estreñimiento ☐ Estreñimiento ☐ Dolor más diarrea. ☐ Diarrea. ☐
			Antecedentes patológicos personales	Hipertensión más diabetes ☐ Hipertensión arterial ☐ Diabetes ☐ Gastritis ☐ Ninguna ☐
			Hábitos	Tabaco ☐ Alcohol ☐ Café ☐ Drogas ☐ Medicamentos ☐

			Tipo de alimentación	Carbohidratos ▭ Proteínas ▭ Grasas ▭ Frutas y verduras ▭
			Consumo de agua	Purificada ▭ Hervida ▭ De pozo. ▭

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Histopatología	Es el estudio del tejido retirado del paciente en el microscopio, en el cual observamos las características de las células y las alteraciones que este presenta para dar un diagnóstico definitivo de ser posible.	Biopsia	Diagnostico histopatológico	Colitis crónica leve. ☐ Colitis crónica de leve a moderada ☐ Colitis crónica moderada ☐ Colitis crónica de moderada a severa ☐ Colitis crónica severa ☐

DISEÑO METODOLOGICO

Este fué un estudio investigativo de tipo descriptivo, prospectivo; siendo descriptivo debido a que se describió cada una de las características de los usuarios en estudio, y prospectivo debido a que se investigó de forma longitudinal en el tiempo.

AREA DE ESTUDIO: Hospital IESS Chone.

POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

UNIVERSO.

Nuestro universo de estudio lo conformaron 69 pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable los cuales fueron sometidos a colonoscopia más estudio histopatológico, cuyos resultados guiarán nuestra investigación. Todo esto se realizó en usuarios mayores de 20 años que acuden a consulta externa de gastroenterología de junio a noviembre 2013. Hospital del IESS de Chone.

LINEA DE INVESTIGACION:

Enfermedades orgánicas crónicas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se toman en cuenta para la realización de este proyecto: Usuarios mayores de 20 años, que cumplan con los criterios de ROMA III y que se hayan realizado colonoscopia total más estudio histopatológico tomado por biopsia segmentarias.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes menores de 20 años.

Pacientes que no son atendidos en el área de gastroenterología

Pacientes que se hayan realizado colonoscopia parcial.

Pacientes hospitalizados.

TECNICAS

Recolección de datos mediante encuestas e historias clínicas.

INSTRUMENTOS

Formulario de la encuesta.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con los datos recolectados se realizó la tabulación y análisis; usando Microsoft Excel, se presentaron los resultados en cuadros y gráficos estadísticos en porcentajes, promedios y desviación estándar; con una explicación detalladas de los mismos.

RECURSOS:

HUMANOS:

Investigadores

Miembros del tribunal de titulación.

Personal del área de gastroenterología.

Personal de estadística.

MATERIALES:

Materiales de oficina

Internet

Historias clínicas de los pacientes con síndrome de intestino irritable

Textos de gastroenterología.

INSTITUCIONALES:

Universidad técnica de Manabí

Hospital del IESS de la ciudad de Chone.

ECONOMICOS:

ITEMS VALOR	UNITARIO	CANTIDAD	VALOR
			TOTAL
Copias	0.05	1200	60
Horas de internet	0.85	100	85
Impresión a color	0.25	200	50
Impresión B/N	0.15	600	90
Imprevisto	100	2	200
CD	1.75	4	7
Papel bond	0.02	1000	20
Bolígrafo	0.25	10	2.5
Lápiz	0.35	2	0.7
Dispositivo USB	14	2	28
Carpetas	1	10	10
Transporte	10	50	500
Gigantografia	30	5	150
Empastado	8	6	48
TOTAL			$1,251.2

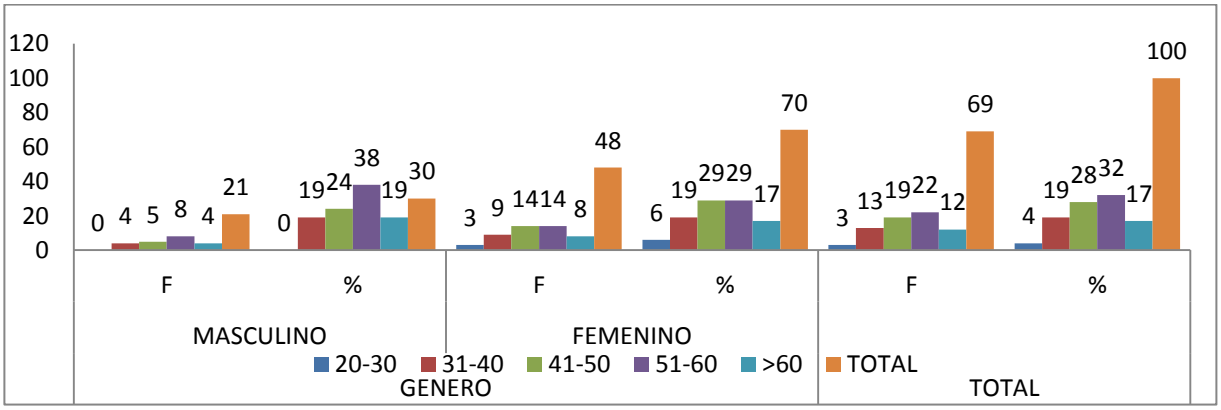
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICO Nº 1.

GENERO Y EDAD DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

EDAD	GENERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
20-30			3	6	3	4
31-40	4	19	9	19	13	19
41-50	5	24	14	29	19	28
51-60	8	38	14	29	12	32
>60	4	19	8	17	12	17
TOTAL	21	30	48	70	69	100

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº1 se observa que del total de nuestra población de estudio con respecto al género el 70% corresponden al género femenino y el 30% al género masculino y con respecto a la edad la de mayor prevalencia en mujeres es de 41-60 años con 58%. En cuanto al género masculino la edad de mayor presentación es de 51-60 años con 38%.

Por lo tanto tenemos una mayor incidencia de síndrome de intestino irritable en mujeres, entre 41 y 60 años esto se debe posiblemente a la carga social y familiar que la mujer enfrenta, por las cuales son un género predispuesto a la depresión y a las preocupaciones de la vida diaria. Con respecto al género masculino la mayor edad de riesgo es de 51-60 años quizás porque estas edades también suponen la aparición de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, las cuales crean una carga psicológica que a su vez lleva a trastornos funcionales, , datos que coinciden con publicaciones previas. Enríquez (2010)

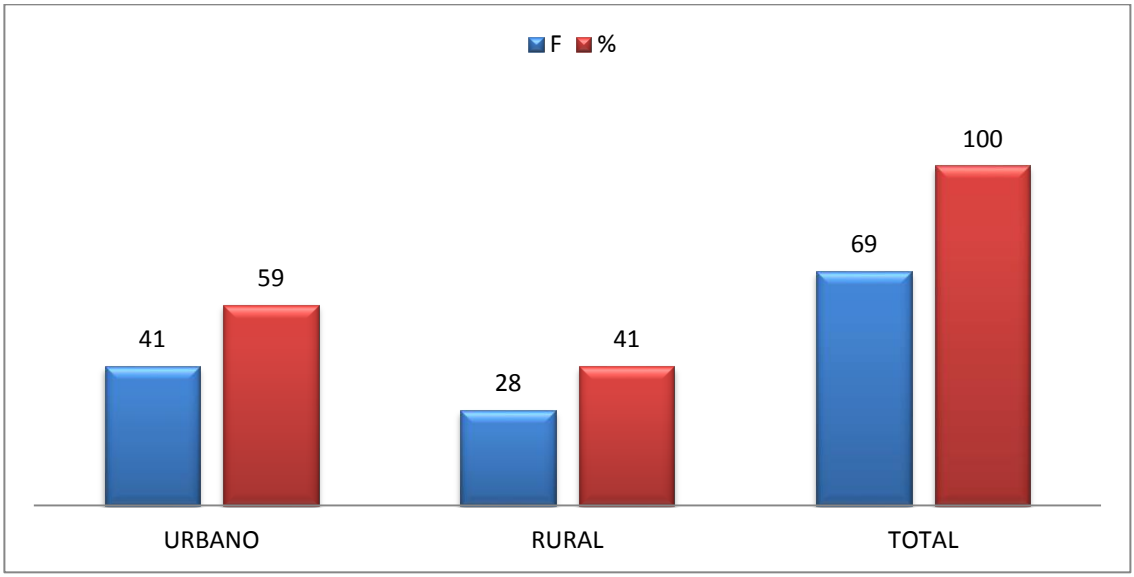
Tenemos entonces que factores predisponentes para presentar síndrome de intestino irritable son: género femenino, edad entre 41 y 60 años, stress emocional, familiar y social.

CUADRO Y GRAFICO Nº 2.

PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

PROCEDENCIA	F	%
URBANO	41	59
RURAL	28	41
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION.

En el cuadro y gráfico Nº2 se observa que del total de nuestra población de estudio con respecto a su procedencia el 59% reside en el área urbana en comparación al área rural que representa el 41%.

Tenemos que la mayoría de los pacientes habitan en área urbana; sin embargo dado que algunos son maestros rurales, existe un sesgo de error porque es en el área rural donde estos pacientes realizan sus actividades diarias y consumen sus alimentos y bebidas.

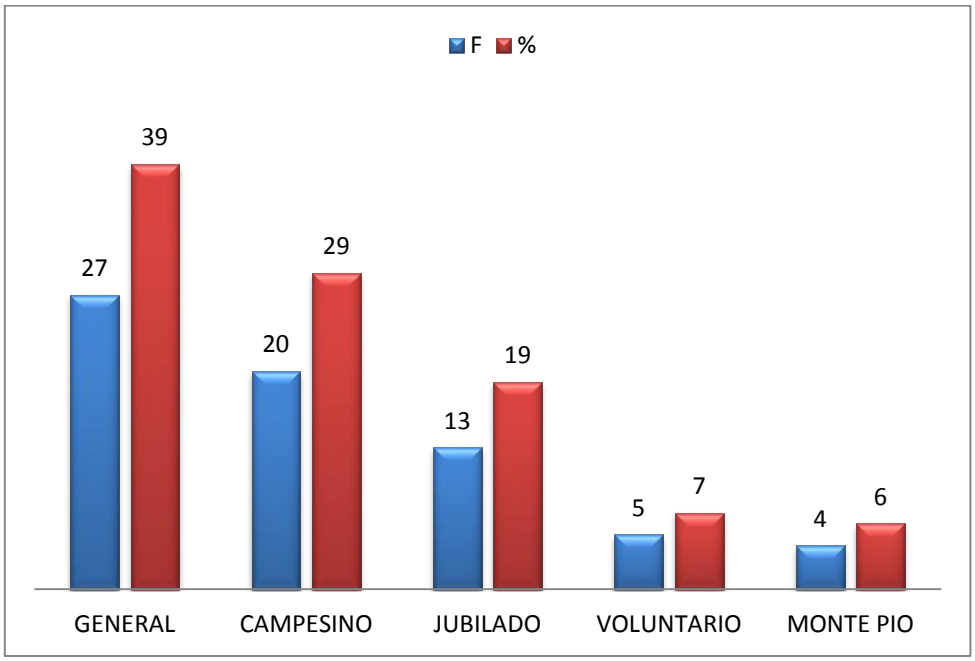
No encontramos bibliografía con datos concluyentes que indiquen que el área demográfica sea un factor importante para que existe síndrome de intestino irritable; sim embargo en los pacientes atendidos en área de gastroenterología del hospital IESS de Chone, las personas que habitan en área urbana tienen mayor riesgo de presentar esta patología; probablemente debido a la carga horaria, problemas sociales y en general al mayor stress al que están sometidos las personas que residen en la ciudad.

CUADRO Y GRAFICO Nº 3.

TIPO DE AFILIACION DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

TIPO DE AFILIACION	F	%
GENERAL	27	39
CAMPESINO	20	29
JUBILADO	13	19
VOLUNTARIO	5	7
MONTE PIO	4	6
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION.

El cuadro y gráfico Nº3 nos muestra una tabla representativa del tipo de afiliación de los pacientes que son atendidos en área de gastroenterología de hospital IESS de Chone, el 39% tiene seguro social general, el 29% tienen seguro social campesino, el 19% son jubilados, el 7% tienen seguro voluntario, y el 6% montepío.

El seguro general predominó en nuestro estudio dado que hay gran número de maestros atendidos y estos presentan una carga laborar fuerte y muchos de ellos trabajan lejos de su lugar de residencia lo que crea un ambiente preciso para que estos pacientes tengan una responsabilidad laboral, familiar y psicológica que los predispone a presentar síndrome de intestino irritable. esto concuerda con estadísticas del INEC (2010)

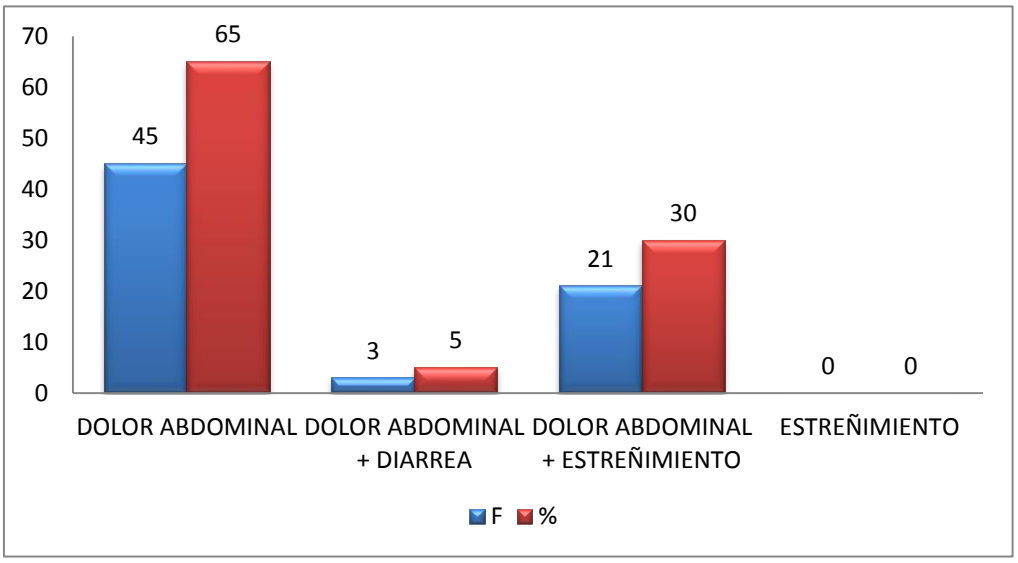
CUADRO Y GRAFICO Nº 4.

MOTIVO DE CONSULTA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

MOTIVO DE CONSULTA	F	%
DOLOR ABDOMINAL	45	65
DOLOR ABDOMINAL + DIARREA	3	5
DOLOR ABDOMINAL + ESTREÑIMIENTO	21	30
ESTREÑIMIENTO		
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA

ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION.

En el cuadro y gráfico Nº4 encontramos que de acuerdo al motivo por el cual los pacientes con síndrome de intestino irritable acuden a consulta de gastroenterología, el síntoma de mayor prevalencia es el dolor abdominal en un 65%, le sigue el 30% de pacientes con dolor abdominal más estreñimiento y un 5% con dolor abdominal más diarrea.

Todos los pacientes presentaron dolor abdominal, sin embargo la mayoría de estos lo presento como un síntoma aislado, lo cual nos llama la atención, esto es probablemente porque, adelantando resultados, el 100% de nuestros pacientes tienen cambios inflamatorios en el histopatológico.

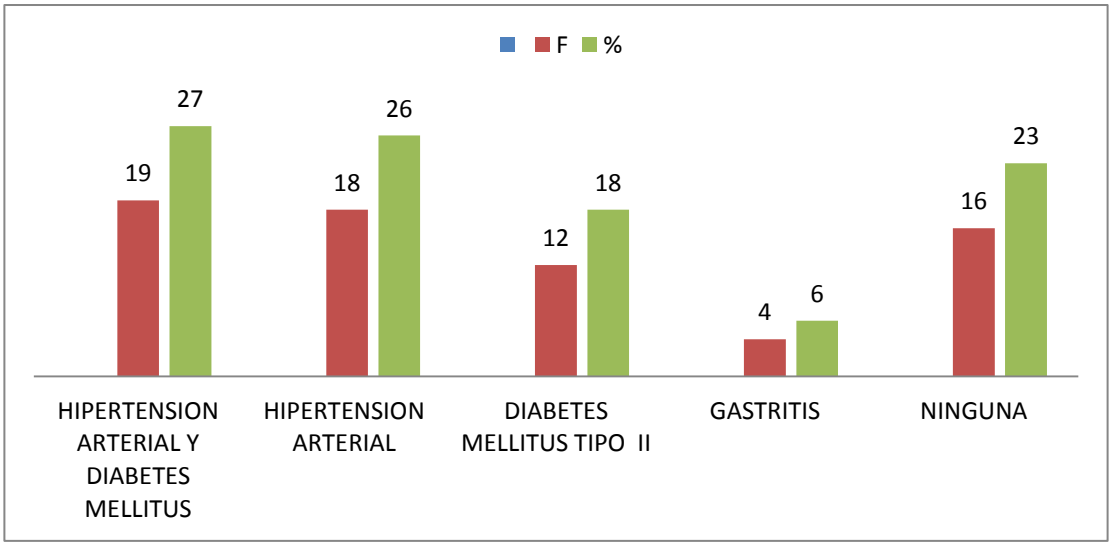
Según explica Mearin (2011), el infiltrado inflamatorio, y la activación de los mastocitos subsecuente, en la proximidad de los nervios de la mucosa colónica participa con frecuencia en la percepción del dolor abdominal, así mismo fue más frecuente la asociación de síndrome de intestino irritable acompañado de estreñimiento que el mismo acompañado de diarrea. (p. 532)

CUADRO Y GRAFICO Nº 5.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	F	%
HIPERTENSION ARTERIAL + DIABETES MELLITUS	19	27
HIPERTENSION ARTERIAL	18	26
DIABETES MELLITUS TIPO II	12	18
GASTRITIS	4	6
NINGUNA	16	23
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº5 se observa que de nuestra población de estudio con respecto a las enfermedades asociadas a síndrome de intestino irritable la más común es la hipertensión arterial asociada a diabetes mellitus tipo II con el 27%, le sigue la hipertensión arterial con el 26%, luego los pacientes que no padecen de ninguna patología con el 23%, posterior la diabetes mellitus como patología aislada con el 18% y por último la gastritis con un 6%.

No encontramos diferencia significativa de frecuencia con relación a los antecedentes patológicos, es decir no encontramos comorbilidades relacionadas al síndrome de intestino irritable, sin embargo la presencia de estas dolencias suponen una carga psicológica al paciente crónicamente enfermo, lo que predispone a trastornos de ansiedad y por consiguiente a síndrome de intestino irritable.

Cabe recalcar que no encontramos comorbilidad psiquiátrica como indican otros autores (Estopa; Santos, C; Veiga, C; 2009)

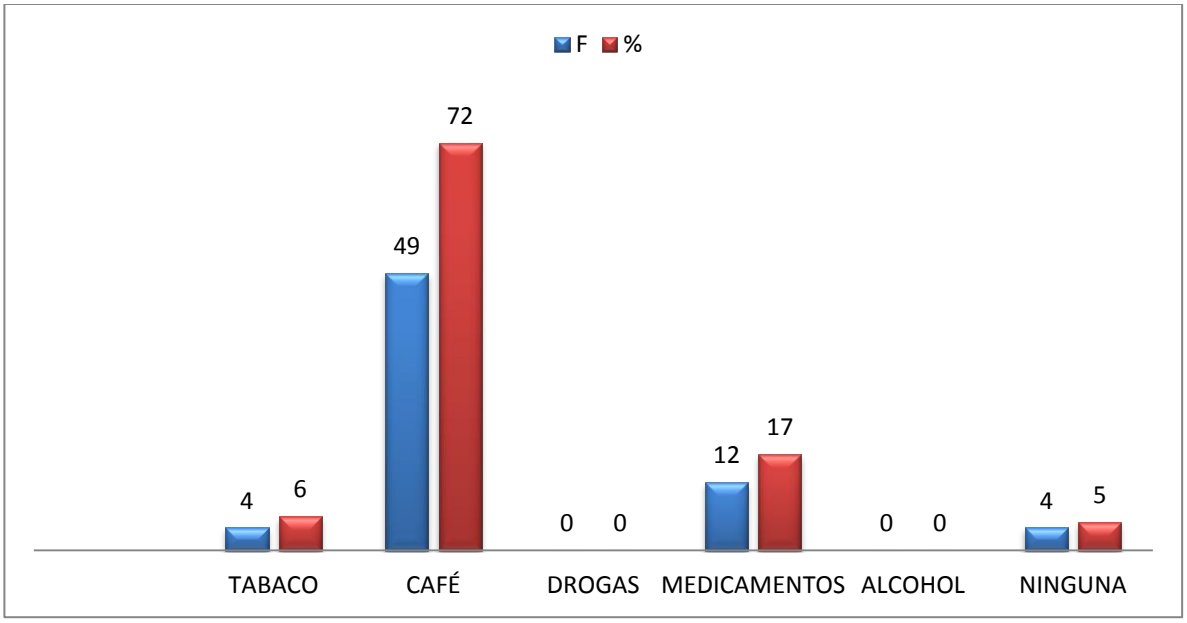
CUADRO Y GRAFICO Nº 6.

HABITOS DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

HABITOS	F	%
TABACO	4	6
CAFÉ	49	72
DROGAS	0	0
MEDICAMENTOS	12	17
ALCOHOL	0	0
NINGUNA	4	5
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA

ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº6 en relación a las sustancias que consume nuestra población de estudio la que obtuvo mayor porcentaje fue el Café con el 57%, con el 17% esta misma sustancia combinada con medicinas.

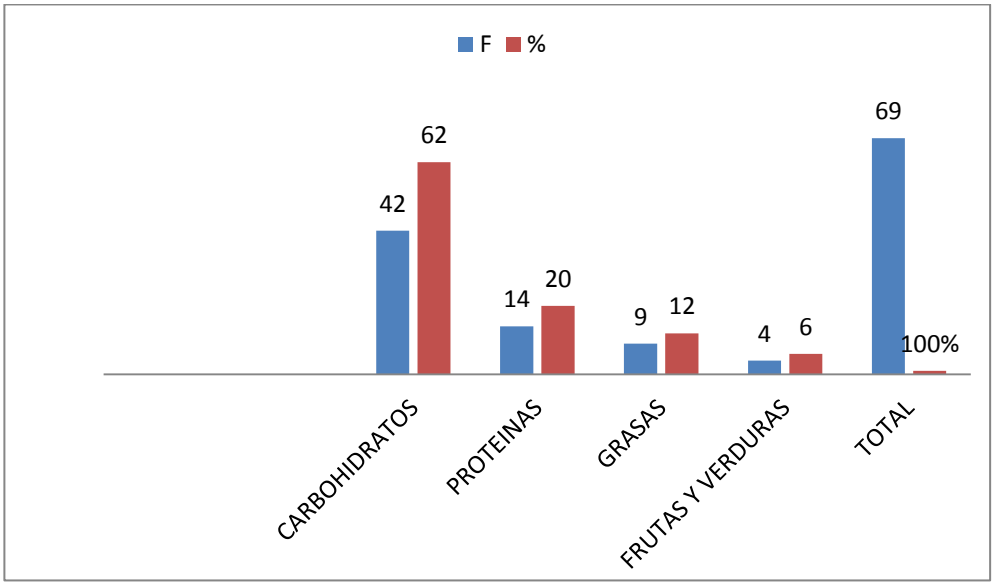
Con los anteriores datos fácilmente nos damos cuenta que gran parte de los pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable son consumidores frecuentes de cafeína, la cual es como refiere Enrriquez (2010) una sustancia estimulante de secreción y motilidad gastrointestinal, llevando así a trastornos funcionales del sistema digestivo. (p. 592)

CUADRO Y GRAFICO Nº 7.

ALIMENTACION DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013

ALIMENCACION	F	%
CARBOHIDRATOS	42	62
PROTEINAS	14	20
GRASAS	9	12
FRUTAS Y VERDURAS	4	6
TOTAL	69	100%

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº7 se muestra el tipo de alimentación de los pacientes con síndrome de intestino irritable; la gran mayoría consume carbohidratos en un 62%, le sigue los pacientes que consumen proteínas con el 20%, los que consumen grasas con el 12%, y solo el 6% consume frutas y verduras

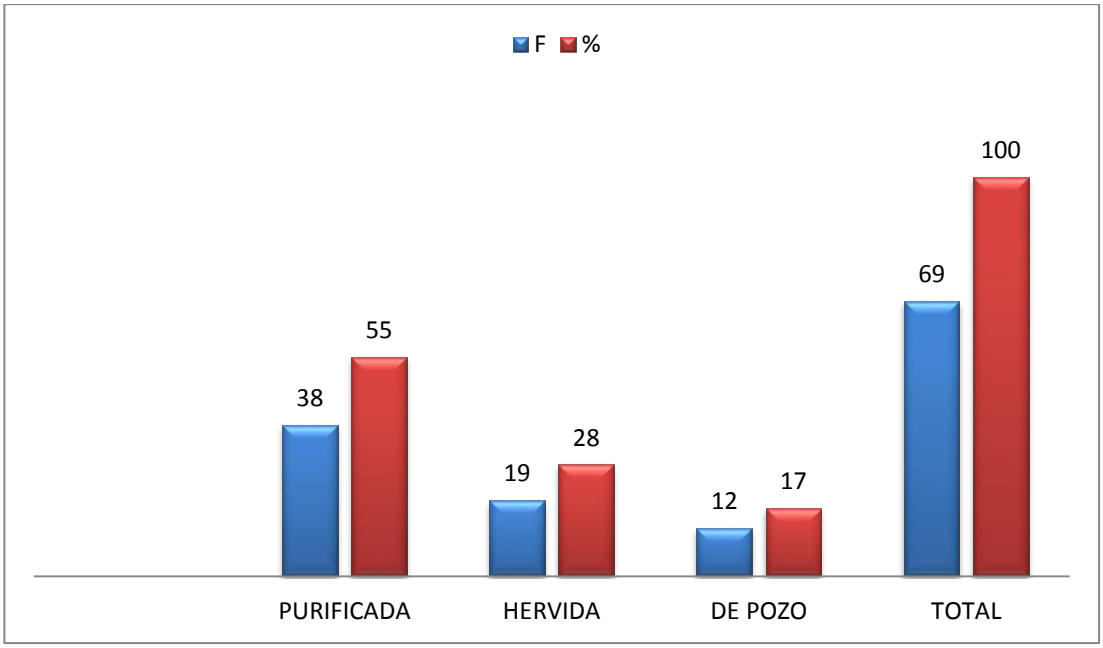
Como indica Mearin, F; Montoro, M (2011) El rico consumo de carbohidratos sería un factor importante para que exista el síndrome de intestino irritable, puesto que estos alimentos son altamente fermentables, y no son fáciles de digerir lo cual lleva a un aumento de la cantidad de gases e inflamación en el intestino, lo que empeora la absorción de los carbohidratos ingeridos provocando irritación crónica e inflamación de las paredes del colon. (p. 544)

CUADRO Y GRAFICO Nº 8

CONSUMO DE AGUA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013HOSPITAL DEL IESS CHONE.

CONSUMO DE AGUA	F	%
PURIFICADA	38	55
HERVIDA	19	28
DE POZO	12	17
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº 8 muestra el consumo de agua de los pacientes con síndrome de intestino irritable los cuales consumen agua purificada con el 55%; el 28% de los pacientes consumen agua hervida y el 17% de los pacientes consumen agua de pozo.

De nuestros pacientes la mayoría consume agua purificada, un pequeño grupo de agua hervida y un porcentaje un menor de agua de pozo. Como ya quedo indicado un gran número de la población de estudio son mayores de 40 años, lo que quiere decir que no es posible que hayan consumido la mayor parte de sus vidas agua purificada por lo cual se entiende que el agua que consumían era potable o de pozo la misma que hervían, este tipo de agua es rica en metales pesados que contribuyen a la inflamación crónica del colon. Así mismo no conocemos si las fábricas de agua existentes en nuestra provincia cumplen con standares de producción adecuada. Dado que todos nuestros pacientes presentan colitis crónica no descartamos que la mala calidad de agua consumida durante toda una vida contribuya a la inflamación del colon.

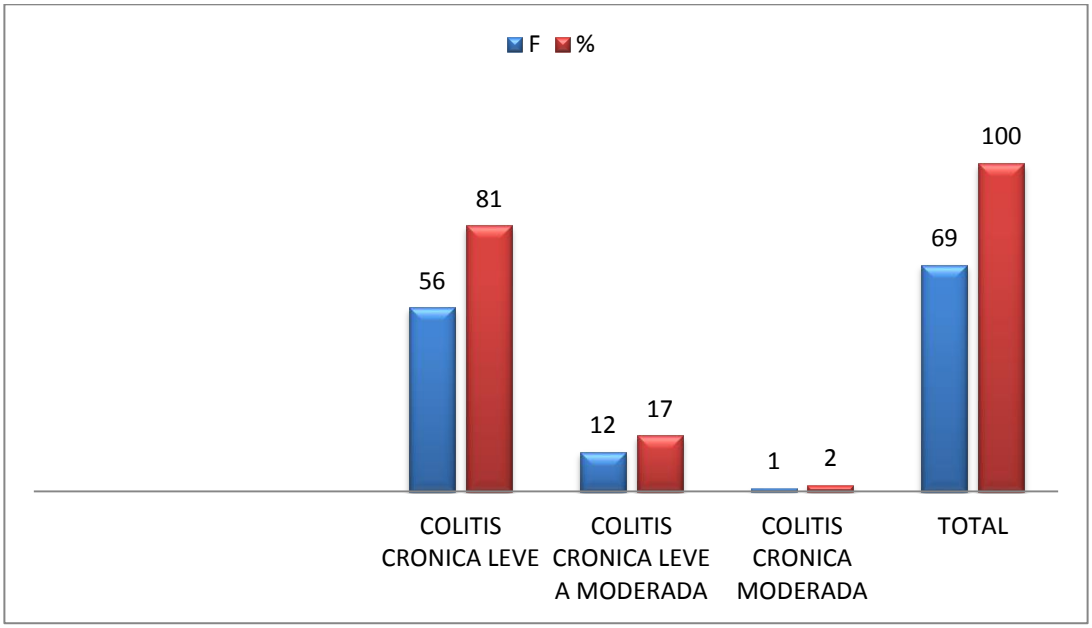
Sin embargo lo anteriormente indicado son solo teorías, puesto que luego de una exhaustiva búsqueda, no encontramos datos bibliográficos existentes acerca del tema.

CUADRO Y GRAFICO Nº 9

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013HOSPITAL DEL IESS CHONE.

HISTOPATOLOGIA	F	%
COLITIS CRONICA LEVE	56	81
COLITIS CRONICA LEVE A MODERADA	12	17
COLITIS CRONICA MODERADA	1	2
TOTAL	69	100

FUENTE: ENCUESTA
ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº 9 se representa el resultado histopatológico de los pacientes con síndrome de intestino irritable de los cuales el 100% presentó colitis crónica, el 81% presentaron colitis crónica leve, los que padecen de colitis crónica de leve a moderada representan el 17% y los que tienen colitis crónica moderada el 2%.

El histopatológico de todos los pacientes con síndrome de intestino irritable sometidos a colonoscopia más biopsia, mostró alteraciones inflamatorias en sus resultados. De los cuales la mayoría se trataban de colitis crónica leve. Lo que demuestra que los pacientes con síndrome de intestino irritable son incapaces de regular estímulos inflamatorios colónicos, manteniendo crónicamente la inflamación leve en la mucosa intestinal. Las edades de mayor incidencia de colitis crónica fue en personas mayores de 40 años al igual que la distribución general de síndrome de intestino irritable probablemente por el aumento de trastornos inflamatorios crónicos en estas edades más los factores antes mencionados como stress, ansiedad, depresión, y la carga laboral y familiar a la que están sometidos. Lo que coincide con teorías expuestas por Mearin (2011)

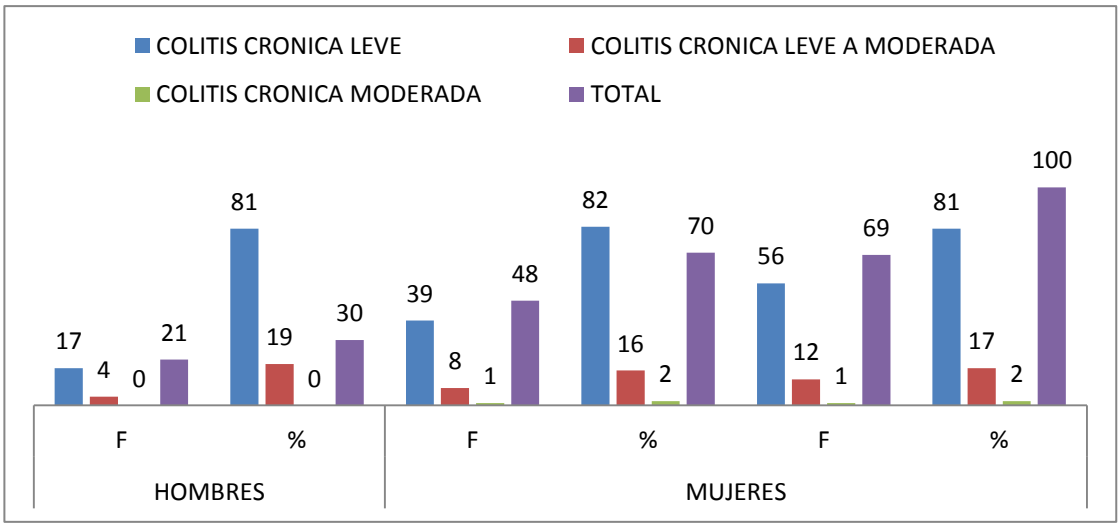
CUADRO Y GRAFICO Nº 10.

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN GENERO QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA, DE JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2013 HOSPITAL DEL IESS CHONE.

HISTOPATOLOGICO	GENERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
COLITIS CRONICA LEVE	17	81	39	82	56	81
COLITIS CRONICA LEVE A MODERADA	4	19	8	16	12	17
COLITIS CRONICA MODERADA			1	2	1	2
TOTAL	21	30	48	70	69	100

FUENTE: ENCUESTA

ELABORADO POR: INVESTIGADORES



ANALISIS E INTERPRETACION

En el cuadro y gráfico Nº10 se muestra una relación entre el género con el análisis histopatológico, recordando el 30% son del género masculino y el 70% femenino; con respecto los hombres el 81% tiene colitis crónica leve, el 19% tiene coitis crónica de leve a moderada; en relación a las mujeres el 82% tiene colitis crónica leve. El 16% de leve a moderada y el 2 % moderada.

No se encuentra datos que muestren exista relación entre género y resultado de histopatológico de colitis crónica en relación a la severidad; tanto el género masculino como femenino tienen en mayor frecuencia presentaron colitis crónica leve y en un porcentaje menor colitis crónica de leve a moderada y solo el 2% de las mujeres presenta colitis crónica moderada.

Chadwick y col. (2002)realizaron un análisis microscópico sistemático de la mucosa colónica en pacientes con síndrome de intestino irritable, en biopsias mucosas de las cuatro regiones del colon utilizando un marcaje inmunohistoquimica para la cuantificación de las diferentes células del sistema inmune (neutrófilos, mastocitos, linfocitos CD3, CD8, CD25 y NK1). En el estudio histológico se observó aumento inespecífico de la celularidad en la lámina propia, con un patrón de aumento de leucocitos polimorfonucleares y de mastocitos más que en las biopsias de sujetos sanos. (p. 83)

CONCLUSIONES.

En este trabajo investigativo concluimos que el género femenino es más propenso a sufrir de síndrome de intestino irritable con el 70%. Las personas mayores de 40 años, que conforman 77% en total tienen mayor riesgo de padecer síndrome de intestino irritable.

El tipo de afiliación más frecuente de los pacientes de nuestro estudio fue el seguro general con el 39%, siendo estos los que más acuden a consulta médica.

El dolor abdominal es el síntoma principal por el cual los pacientes con síndrome de intestino irritable acuden a consulta gastroenterológica, con el 65%, el dolor abdominal acompañado de estreñimiento representa el 30%, siendo más común que la diarrea.

No encontramos relación directa entre el síndrome de intestino irritable y otras enfermedades. Aunque documentamos alta incidencia de hipertensión (26%) y diabetes (18%) o la combinación de ambas (27%).

La mayoría de los pacientes con síndrome de intestino irritable tienen como habito el consumo café alcanzando el 72%.

Todos los pacientes de nuestro estudio presentaron cambios inflamatorios en su examen histopatológico (100%). Así mismo concluimos que el diagnostico histopatológico más frecuente fue el de colitis crónica leve (81%).

No encontramos diferencia en el histopatológico en personas de diferente género, siendo siempre la colitis crónica leve más frecuente casi en el mismo porcentaje, 81 y 82% para hombres y mujeres respectivamente.

Independientemente del tipo de colitis crónica nuestros pacientes consumen en su gran mayoría alimentos ricos en carbohidratos (62%).

La mayoría de pacientes consumen agua purificada (55%) de bidón., sin embargo en nuestra provincia las fábricas de agua no cumplen con los estándares de

calidad necesarios para el consumo y contienen metales pesados que predisponen a enfermedades gastroenterológicas.

RECOMENDACIONES.

A la Universidad Técnica de Manabí, incentive las investigaciones sobre patologías como el síndrome de intestino irritable para contribuir con datos estadísticos y documentarlos en la bibliografía.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, y a la Carrera de Medicina la generación de proyectos y estadísticas de los pacientes con colitis crónica de los que no existen muchos datos.

Al Hospital IESS de la ciudad Chone, difundir la medicina preventiva como una alternativa de mejorar la salud del afiliado; promover charlas intrahospitalarias para capacitar al personal en salud sobre los avances en la medicina.

A la sociedad, mejorar estilos de vida promoviendo la actividad física y disminuyendo carbohidratos en la dieta diaria, evitar el consumo de alimentos que contengan cafeína, evitar el estrés y realizar actividades de distracción y sano esparcimiento, así como también asegurarse de beber agua segura y apta para el consumo.

CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																						HUMANOS	MATERIALES	COSTOS
	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Elaboración y presentación del proyecto	x	x	x	x																					Autores del proyecto	documentos/ internet	$210
Estructuración de instrumentos					x	x	x	x	x	x	x														Autores del proyecto	instrumentos/ documentos	$180
Investigación del marco teórico												x	x	x	x	x									Autores/ director de tesis	textos, folletos, internet, copias	$211.2
Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de cuadros estadísticos																x	x	x	x	x					Autores/ población involucrada	Instrumento	$360
Presentación del trabajo																				x	x	x	x		Autores y tribunal	trabajo, empastado, anillados	$190
Sustentación de la investigación																								x	Autores y tribunal	Tesis final	$100
TOTAL																											**$1,251.2**

PROPUESTA.

Titulo

"CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD PARA EXPLICAR MEDIANTE TRIPTICOS Y GIGANTOGRAFIAS LA IMPLEMENTACION DE LOS CRITERIOS DE ROMA III PARA EL DIAGNOSTICO EFICAZ Y OPORTUNO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE"

Justificación

Después de haber realizado un arduo estudio, se puede constatar que existe una relación entre en síndrome de intestino irritable y la colitis crónica diagnosticada por histopatología en todos los pacientes que se incluyeron en nuestra población de estudio. Es por eso que nos vimos en la necesidad de dar a conocer que con los criterios de Roma III podemos detectar de manera oportuna esta enfermedad, además informar que el histopatológico de todos los pacientes con síndrome de intestino irritable muestra cambios inflamatorios en la mucosa colónica, cada vez son más los indicios que relacionan la enfermedad con alteraciones microinflamatorias donde la hipersensibilidad de las terminaciones nerviosas en la pared intestinal contribuye a la aparición de los síntomas.

Fundamentación

Los primeros criterios diagnósticos para síndrome de intestino irritable en la década de los 70s fueron los criterios de Manning, pero dada su poca especificidad en los 90s se idearon en un simposio realizado en Roma los criterios romanos para el síndrome de intestino irritable, los criterios de Roma I en el 94, mejorados luego en el 99, convirtiéndose en los criterios de Roma II, los cuales tienen buena especificidad y sensibilidad; pues bien, en el año 2006 se publicaron los criterios de Roma III los que todavía se encuentran en estudio; todas esta cuestiones son desconocidas para buena parte del personal de salud, y es necesario que el médico general, y aun el personal paramédico de todos los hospitales conozca de la existencia de criterios que permitan el diagnóstico oportuno y eficaz de síndrome de intestino irritable, tomando en cuenta que del 5 al 20 % de la población mundial padece de esta enfermedad, y la ya

conocida disminuida calidad de vida relacionada con la salud que tienen estos pacientes.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Implementar los criterios de Roma III en el personal de salud del hospital IESS de la ciudad de Chone.

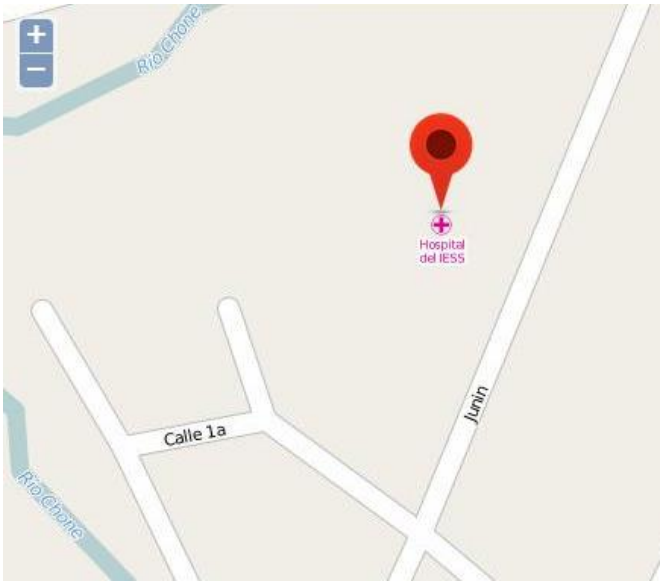
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Capacitar al personal de salud mediante charlas acerca de esta patología, a través del uso de material audiovisual

Dar a conocer los criterios de Roma III al personal de salud.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital IESS de CHONE.



FACTIBILIDAD.

Esta propuesta es factible porque buscamos implementar el uso de los criterios de Roma III en el persona de salud del hospital IESS de Chone, buscamos realzar la importancia de cómo estos criterios permiten el diagnóstico oportuno y eficaz del síndrome de intestino irritable.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.

ACTIVIDADES.

Elaboración de trípticos

Elaboración de charla educativa

Elaboración de gigantografia

RECURSOS.

HUMANOS:

Personal de salud del Hospital IESS de Chone.

Pacientes

Investigadores.

MATERIALES:

Computadora

Trípticos

Gigantografia

PROPÓSITO

Con esta propuesta se pretende hacer conocer y educar al personal de salud sobre los criterios de Roma III para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	GRUPO BENEFICIARIO
11 de noviembre del 2013.	Entrega de Gigantografia en el área de consulta externa del Hospital IESS de Chone	Investigadores	Personal de salud del Hospital IESS de Chone.
20 de noviembre del 2013	Capacitación al personal de salud mediante charlas sobre los criterios de Roma III.		

BIBLIOGRAFIA

BASSOTTI G, BELLINI. M, et al. (2004) "An extended assessment of bowel habits in ageneral population. World j gastroenterol Pag. 713-716

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 4

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 25

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 11.

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 30

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 42

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 8.

ENRIQUEZ, Hector. (2009) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS" Buenos Aires. Panamericana. Editorial. Pag. 10

FERMÍN, MEARÍN, MONTORO. (2010) "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE." Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital de San Jorge. Huesca Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Zaragoza. Pag 32

KRUIS W, THIEME C, WEINZIERL M. A (1984); “Diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. Gastroenterology” p. 1-7.

MEARÍN, Fermín. (2009) “Síndrome del Intestino Irritable: utilidad de los criterios diagnósticos” Barcelona. p. 35

ZUTSHI M, Hull TL, Bast J, (2007) “Female bowel fuction: the real story. Dis colon rectum” pag. 351 – 358

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL AREA DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL IESS CHONE.

1.-Género:

Masculino [ ] Femenino [X]

2.-Edad:

20 – 30 [ ] 31 – 40 [ ] 41 – 50 [X] 51 – 60 [ ] Más de 60 [ ]

3.- Procedencia

Urbano [X] Rural [ ]

4.- Tipo de afiliación

General [X] Campesino [ ] Jubilado [ ] Voluntario [ ] Montepío [ ]

5.-Motivo de consulta

Dolor abdominal [ ] Dolor abdominal más Diarrea [ ]
Dolor abdominal más estreñimiento [X] Estreñimiento [ ]

6- Antecedentes patológicos personales

Hipertensión arterial más Diabetes [X] Hipertensión-arterial [ ] Diabetes [ ]
Gastritis [ ] Ninguna [ ]

7.- Hábitos

Tabaco [ ] Café [X] Drogas [ ] Medicamentos [ ]
Alcohol [ ] Ninguna [ ]

8.-Tipo de alimentación

Carbohidratos [X] Proteínas [ ] Grasas [ ] Frutas y verduras [ ]

9.- Consumo de agua

Purificada [X] Hervida [ ] Pozo [ ]

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Dr Freddy Hinostroza Dueñas de la Universidad Técnica de Manabí La meta de este estudio es asociar el síndrome de intestino irritable con el diagnostico histopatológico de colitis crónica.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta.

Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez trascritas las encuestas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr Freddy Hinostroza Dueñas. He sido informado (a) de la meta de este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr Freddy Hinostroza Dueñas al teléfono 0984723421.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Dr Freddy Hinostroza Dueñas al teléfono anteriormente mencionado.

Yolanda Mejía	Yolanda M	16/10/2013
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

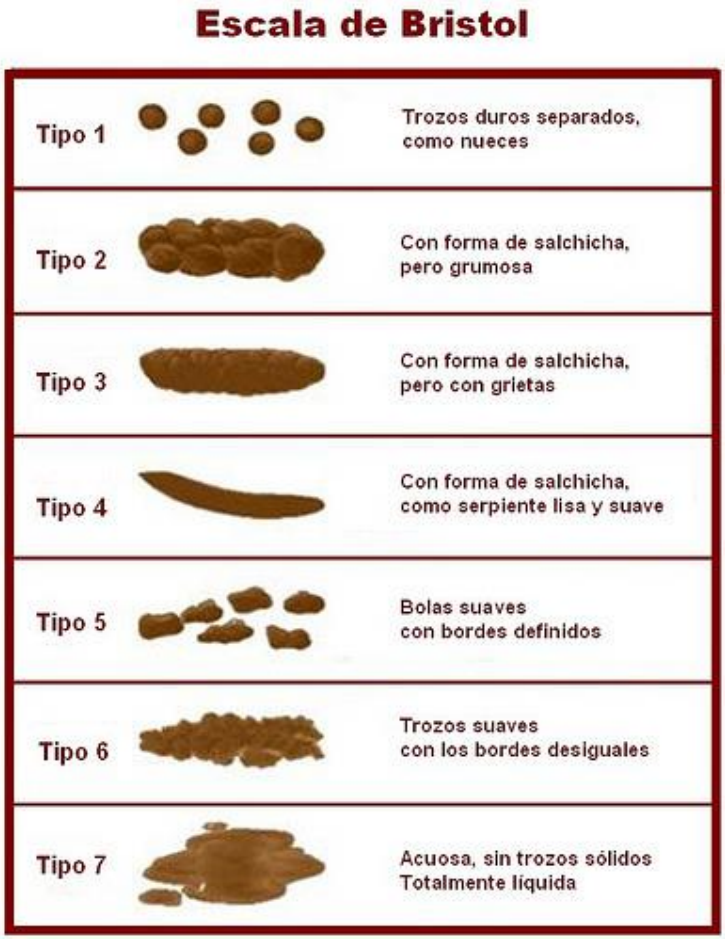


Fig. Nº 1. Escala de Bristol que se refiere a la consistencia de las heces.

Fig. Nº2 Esquema ilustrativo de mucosa colónica inflamada.

CRITERIOS DE MANNING PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Dolor abdominal
Alivio del dolor con las deposiciones
Aparición de dolor asociado con deposiciones más blandas que lo normal
Aparición de dolor asociado con deposiciones más frecuentes de lo normal
Distensión abdominal visible
Sensación de vaciamiento incompleto
Mucosidades en las evacuaciones

Fig. Nº3 Criterios de Manning para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable. Primeros criterios en aparecer, ahora en desuso.

Criterios diagnósticos de Roma III del síndrome del intestino irritable

Dolor o molestia* abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses relacionado con 2 o más de los siguientes:
- Mejoría con la defecación
- Comienzo coincidente con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Comienzo coincidente con un cambio en la consistencia de las deposiciones

*Como molestia se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor. En los estudios fisiopatológicos y en los ensayos clínicos, la frecuencia de dolor o molestia abdominal debe ser de al menos 2 días por semana durante el período de inclusión.
Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas, haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Fig. Nº4 Criterios de ROMA III para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable. Criterios vigentes en la actualidad

Fig Nº 5 Equipo de video endoscopia digestiva, Mobile Videoendoscopy Sistem, servicio de endoscopia, IESS CHONE.

Fig Nº 6 Área de endoscopia, IESS CHONE, Dr Freddy Hinostroza y autores del presente trabajo.

Fig Nº7 En la consulta externa del área de gastroenterología, Dr Freddy Hinostroza, gastroenterólogo, IESS Chone

Fig Nº 8 En la consulta externa del área de gastroenterología.

Fig Nº 9 Consultorio Nº 15, GASTROENTEROLOGIA.

Fig Nº10 Recolección de información, mediante encuesta previo consentimiento informado.

Fig Nº 11Entrega de gigantografias, anexamos acta de entrega de la misma, síndrome de intestino irritable.

Fig Nº 12Entrega de Gigantografia, síndrome de intestino irritable.

CHONE 11 DE NOVIEMBRE DEL 2013

ACTA DE ENTREGA

Nosotros Randy Mendoza Vera y Martha Zambrano Arévalo, egresados de la carrera de medicina, procedemos a hacer la entrega de dos gigantografías con el tema síndrome de intestino irritable el día de hoy en el hospital del IESS Chone; las cuales quedaran instaladas en el área de gastroenterología del hospital antes mencionado.

Entrega

Randy Mendoza Vera

Martha Zambrano Arévalo

Recibe:

Dr. Freddy Hinostroza DueñasJefe del Subproceso de Gastroenterología del hospital IESS Chone

Fig Nº13Entrega de Gigantografia, síndrome de intestino irritable.

Fig Nº14Entrega de Gigantografia, síndrome de intestino irritable.

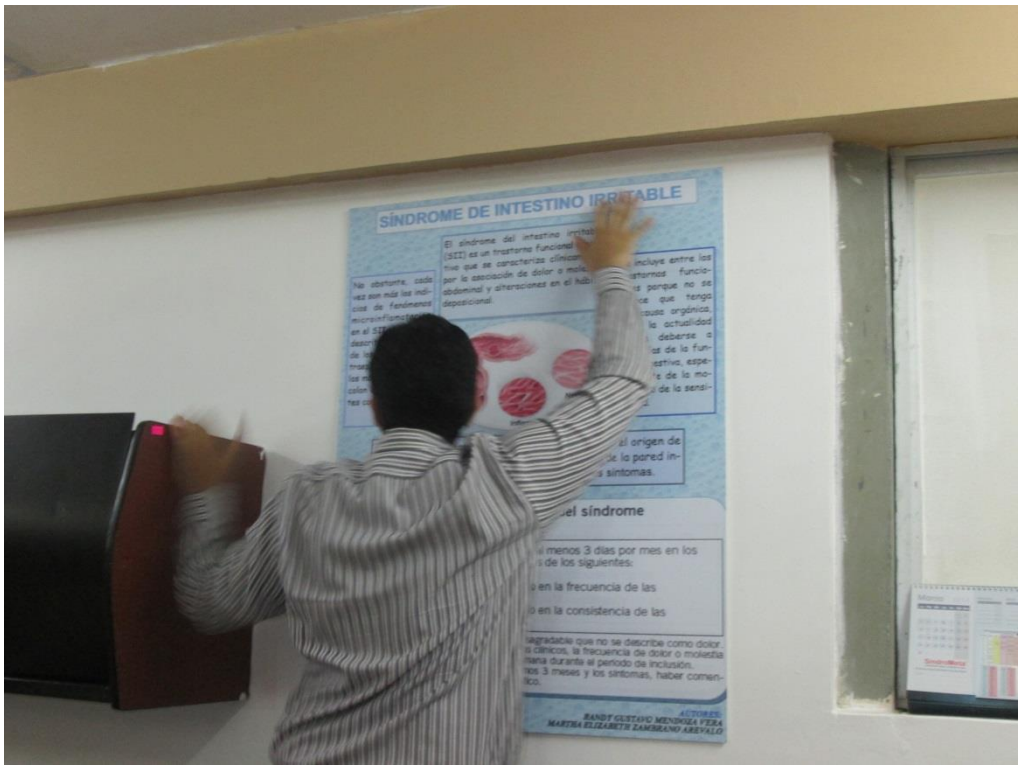


Fig Nº15 Entrega de Gigantografia, síndrome de intestino irritable, instalación de la misma.

Chone, 14 de noviembre del 2013.

Dr. Agustín Marco García Andrade.

DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL IESS, CHONE.

De nuestras consideraciones:

Nos dirigimos a usted los egresados de la Universidad Técnica De Manabí, RANDY GUSTAVO MENDOZA VERA con CI: 1312692625, y MARTHA ELIZABETH ZAMBRANO AREVALO con CI: 1312809948, para solicitarle muy encarecidamente nos permita exponer nuestra propuesta con el titulo "CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD PARA EXPLICAR MEDIANTE TRIPTICOS Y GIGANTOGRAFIAS LA IMPLEMENTACION DE LOS CRITERIOS DE ROMA III PARA EL DIAGNOSTICO EFICAZ Y OPORTUNO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE" el día 20 de noviembre del presente año a las 8:00 am en las instalaciones del hospital que usted dirige, le agradezco de antemano por la atención prestada.

HOSPITAL IESS CHONE
Dr. Marco García Andrade
DIRECTOR

RANDY GUSTAVO MENDOZA VERA

CI:1312692625

MARTHA ELIZABETH ZAMBRANO AREVALO

CI:1312809948.

Chone, 18 de noviembre del 2013.

YO Dr. Agustín Marco García Andrade. DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL IESS, CHONE, autorizo a los egresados de la Universidad Técnica De Manabí, RANDY GUSTAVO MENDOZA VERA con CI: 1312692625, y MARTHA ELIZABETH ZAMBRANO AREVALO con CI: 1312809948, exponer la propuesta del trabajo de titulación con el tema "CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD PARA EXPLICAR MEDIANTE TRIPTICOS Y GIGANTOGRAFIAS LA IMPLEMENTACION DE LOS CRITERIOS DE ROMA III PARA EL DIAGNOSTICO EFICAZ Y OPORTUNO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL HOSPITAL IESS DE CHONE" , el día 20 de noviembre del presente año a la hora solicitada, adjunto mi firma.

HOSPITAL IESS CHONE
Dr. Marcos García Andrade
DIRECTOR

Dr. Agustín Marco García Andrade.

DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL IESS, CHONE.

CHONE 18 DE NOVIEMBRE DEL 2013

ACTA DE ASISTENCIA A CHARLA CON EL TEMA:
"CRITERIOS DE ROMA III COMO CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE"
Propuesta del trabajo de titulación "SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE ASOCIADO A COLITIS CRÓNICA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGÍA EN LOS USUARIOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GASTROENTEROLOGÍA DE JUNIO A NOVIEMBRE 2013. HOSPITAL DEL IESS DE CHONE"

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Dr. José Erazo Zambrano	130272042-8	José Erazo
Lcda. Luz Mendoza	130238907-4	
Dr. Carlos Quezada	0400939427	
Dra Maricuxi Castro	130827490-9	
Dr. DEMETRIO MARCILLO	1308382207	Demetrio M
Lcda Solanda Figueroa	1306112572	Solanda Figueroa
Dr Waldo Mejía	1304579406	Waldo Mejía
Lcda Sira Bravo	1302506462	Sira Bravo
Lcda Sara Samaniego	1102473699	Sara Samaniego
Dr. Roberto Aizprua A.	1307891950	Roberto Aizprua
Dr. Eduardo Carranza R.	130156722-6	
Dra. Fanny Vera Zambrano	1307238681	
Lcda David Mera	1308354560	
Lcda Bolivia Zambrano	1316514307	Bolivia Zambrano
Lcda Narcisa Prado	1302348502	
DRA. MARIA JANETH GARCIA	1301582610 7	
Dra. Karen Gallardo	1315234325	
Dr. Fabian Macías	1301389931 2	
Lcda. Myryam Castro	1305846674	

Fig Nº 17 Exposición de la propuesta del trabajo de titulación, implementación de criterios de ROMA III, anexamos oficio de autorización. y acta de asistencia.

Fig Nº18 Exposición de la propuesta del trabajo de titulación.

Fig Nº19 Exposición de la propuesta del trabajo de titulación.

Fig Nº20 Exposición de la propuesta del trabajo de titulación.

Fig Nº 21 Exposición de la propuesta del trabajo de titulación.

Fig Nº 22 Exposición de la propuesta del trabajo de titulación.

Fig Nº23 Entrega de tripticos.sindrome de intestino irritable.