

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA



Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

MÉDICA

**“MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO
IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO-NOVIEMBRE 2019”**

AUTORA:

GABRIELA ELIZABETH TAPIA MORA

DIRECTOR:

DR. ARTURO FERNANDO CARPIO GUERRERO

ASESOR:

DR. DANILO GUSTAVO MUÑOZ PALOMEQUE

CUENCA – ECUADOR

2020

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Gabriela Elizabeth Tapia Mora, autora del trabajo de titulación "MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO ENERO-NOVIEMBRE 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de enero de 2020

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Gabriela Tapia Mora', is written over a horizontal line.

Gabriela Elizabeth Tapia Mora

C.I: 0105411466

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Gabriela Elizabeth Tapia Mora, portador (a) de la cédula de identidad número 0105411466. En calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO-NOVIEMBRE 2019", de conformidad a lo establecido en el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, así mismo; autorizo a la universidad para que se realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de enero de 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gabriela Tapia Mora', is written over a horizontal line.

Gabriela Elizabeth Tapia Mora

C.I: 0105411466

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO



CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Gabriela Elizabeth Tapia Mora, con cédula de ciudadanía N° 0105411466, autora del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema "MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO-NOVIEMBRE 2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza, tiene fines académicos. Los datos que se recolectarán permitirá conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes y el tipo de tratamiento empleado en el Síndrome de Intestino Irritable en pacientes adultos del Hospital Vicente Corral Moscoso, las personas que no participen en este proyecto de investigación, no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 16 de enero de 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gabriela Tapia Mora', written over a horizontal line.

Gabriela Elizabeth Tapia Mora

C.I: 010541146

AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios, por entregarme la motivación necesaria para continuar en la
lucha y logro de mis objetivos.*

*Agradezco a mi padre por su apoyo incondicional y por creer en mi durante todos
estos años y, así llevar a cabo uno de mis más grandes sueños. A mis hermanos,
por sus palabras que me animaron siempre a seguir hacia delante.*

*A mi querido director, el Doctor Fernando Cornejo, a quien hoy ya no se encuentra
con nosotros y Dios lo llevó a su lado como un ángel más, siempre lo recordaré
con gran cariño y agradeceré por su tiempo y apoyo que supo brindarme.*

*A mi director y asesor de tesis, por dedicarme de su tiempo para lograr culminar
con éxito mi propósito.*

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, por todo el sacrificio y apoyo durante toda mi carrera.

A mi hermanita, Naila, quien siempre me apoyó aún en los momentos en los que me sentía desanimada, siempre fuiste y serás indispensable en mi vida.

A todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal crónico tipo cólico y alteración del hábito intestinal ya sea en forma de diarrea, estreñimiento, o ambas. El diagnóstico se realiza mediante la clínica del paciente con los criterios de Roma, y exámenes que permitan descartar una base orgánica. Su manejo se basa en tres medidas: consejos generales, recomendaciones dietéticas y manejo farmacológico.

Objetivo: Determinar las manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento en pacientes diagnosticados de síndrome de intestino irritable en el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscos, periodo enero-noviembre del año 2019.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que se proyectó a recolectar datos sociodemográficos, manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento del SII. Se obtuvo la información historias clínicas de 228 pacientes diagnosticados de SII en el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo enero a noviembre de 2019.

Resultados: Se demostró que las manifestaciones clínicas más frecuentes de SII fue el dolor abdominal (100%-228 pacientes), alivio del dolor abdominal tras la defecación (84,2%), cambios en la frecuencia de las deposiciones de estreñimiento (49,1%), diarrea (35,1%) y mixto (15,8%), distensión abdominal (77,2%) y esfuerzo excesivo (59,16%).

Conclusión: La manifestación clínica más frecuente de SII fue dolor abdominal recurrente en el 100% de pacientes, el subtipo más frecuente fue la variante SII-E en un 49,1%, seguido de SII-D en un 35.1% y finalmente SII-M en un 15.8%.

Palabras clave: SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, DIARREA, ESTREÑIMIENTO.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Irritable bowel syndrome is a functional disorder that is characterized by the presence of chronic abdominal cramps and altered bowel habits in the form of diarrhea, constipation, or both. The diagnosis is made through the clinic of the patient with the criteria of Rome, and tests that allow to discard an organic base. Its management is based on three measures: general advice, dietary recommendations and pharmacological management.

Objective: Determine the clinical manifestations and type of treatment in patients diagnosed with irritable bowel syndrome in the gastroenterology area of the Vicente Corral Moscoso Hospital, in 2018.

Methodology: Quantitative, descriptive and cross-sectional study that was projected to collect sociodemographic data, clinical manifestations and type of IBS treatment. The medical records of 228 patients diagnosed with IBS in the gastroenterology area of the Vicente Corral Moscoso Hospital were obtained in the period January to November 2019.

Results: It was shown that the most frequent clinical manifestations of IBS were 100% abdominal pain (228 patients), relief of abdominal pain after defecation (84.2%), Changes in the frequency of constipation stools (49.1%), diarrhea (35.1%) and mixed (15.8%), abdominal distension (77.2%), and excessive effort (59.16%).

Conclusions: The clinical manifestation of IBS was recurrent abdominal pain in 100% of patients, the most frequent subtype was the IBS-E in 49.1%, followed by IBS-D in 35.1% and finally IBS-M in 15.8 %.

Keywords: IRRITABLE BOWEL SYNDROME, DIARRHEA, CONSTIPATION.

ÍNDICE

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	2
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	3
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	4
AGRADECIMIENTOS	5
DEDICATORIA	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS	15
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES	16
2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS	17
2.2.1. Concepto	17
2.2.2. Prevalencia	17
2.2.3. Fisiopatología	18
2.2.4. Etiología	18
2.2.5. Manifestaciones clínicas	19
2.2.6. Diagnóstico	20
2.2.7. Tratamiento	21
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	25
CAPITULO III	26

3. OBJETIVOS	26
3.1. Objetivo general	26
3.2. Objetivos específicos	26
CAPÍTULO IV.....	27
4. DISEÑO METODOLÓGICO	27
4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	27
4.1.1. Tipo de estudio	27
4.1.2. Área de investigación.....	27
4.1.3. Universo de estudio	27
4.1.4. Selección y tamaño de muestra	28
4.1.5. Población, muestra y muestreo.....	28
4.1.5.4. Unidad de análisis y de observación.....	28
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	29
4.3.1. Métodos de procesamiento de la información.....	29
4.3.2. Técnica	29
4.3.3. Procesamiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar.	29
4.3.4. Formulario de recolección de datos	29
4.3.5. Tablas	30
4.3.6. Medidas estadísticas.....	30
4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS ...	30
4.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	31
4.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	31
CAPITULO V.....	33
5. RESULTADOS	33
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	33
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	33
5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
CAPITULO VI.....	41
6. DISCUSIÓN.....	41
CAPITULO VII.....	46
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	46
7.1. CONCLUSIONES	46
7.2. RECOMENDACIONES	47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
8. ANEXOS	53
Anexo 1: OFICIO DE BIOÉTICA	54
Anexo 2: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN	56
Anexo 3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
Anexo 4: INFORME DE ANTIPLAGIO	62
Anexo 5: OFICIO DE AUTORIZACION DE INVESTIGACIÓN	64
Anexo 6: RÚBRICA DEL PRIMER PAR REVISOR	66
Anexo 7: RÚBRICA DEL SEGUNDO PAR REVISOR	69
ANEXO 8: INFORME FINAL DE TITULACIÓN	72

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un Trastorno Funcional Digestivo caracterizado por la presencia de dolor abdominal el mismo que se asocia a cambios en la consistencia y/o frecuencia de las deposiciones; al ser funcional el paciente no presenta ninguna alteración bioquímica o estructural que pueda originar la naturaleza de los síntomas (1). Debido a que algunos de estos síntomas están presentes en algunas patologías orgánicas, se explica la dificultad para determinar el diagnóstico de esta enfermedad (1).

El “síndrome de intestino irritable” (SII) fue descrito por primera vez en Reino Unido por Powel, en 1818. Whitese en 1905, describieron esta enfermedad como el pasaje de moco y membranas por el recto. Hurst, en 1909 y 1919, llamó a la enfermedad como “colitis mucomembranosa”. Peters y Barga en 1944 fueron los primeros en emplear el nombre de “síndrome de intestino irritable”. En 1958, Appley y Naish describieron el “dolor abdominal recurrente” en niños, concluyendo después que era el equivalente del SII en adultos (2).

Con el objetivo de buscar el diagnóstico de SII, se han descrito diversos criterios. Entre estos criterios están los de Manning y colaboradores quienes en 1978 publicaron los primeros criterios. En 1992, se establecieron unos más precisos, los “criterios de Roma”. Estos criterios de Roma fueron modificados y se añadió la duración mínima de los síntomas de tres meses. En 1999, expertos consideraron que era preciso delimitar más la evolución del síndrome para establecer el diagnóstico y decidieron que los síntomas debían haber estado presentes al

menos durante 12 semanas en los últimos 12 meses; se crearon así los “criterios de Roma II”. Desde 2006, el diagnóstico clínico del SII se realizó mediante los “criterios de Roma III” en los que se necesitaba tener molestias tres días al mes en los últimos tres meses, con inicio de los síntomas seis meses antes. Y, a partir del año 2017, se emplean los criterios de Roma IV, en los que los síntomas deben presentarse un día a la semana en los últimos tres meses y tienen que haber comenzado mínimo seis meses antes del diagnóstico (2).

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SII es una enfermedad que repercute en la calidad de vida de quienes la sufren, se ha encontrado que estas personas padecen de ansiedad y la depresión, lo mismo que condiciona los problemas sociales, conyugales o laborales (3).

La principal manifestación clínica es la presencia de dolor abdominal de forma crónica, de predominio en el cuadrante inferior izquierdo, que se asocia con alteraciones en el hábito intestinal, ya sea el estreñimiento, la diarrea o ambos, y a su vez la presencia de otros síntomas gastrointestinales como las distensión abdominal del recto, del colon o de intestino delgado lo que provoca áreas de dolor más extensas, además sensación de inflamación, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo (4).

El SII puede presentarse en cualquier persona, independientemente del sexo, edad, raza o estatus social, sin embargo, la mayoría de estudios demuestran que existe una prevalencia mayor en mujeres que en varones, y se habla de la existencia de un criterio de distribución del SII, que indica que por cada hombre existe entre 2-4 mujeres con esta enfermedad (4). El rango de edad en el que suele presentarse el SII está entre los 15 y 65 años de edad. Se estima que los pacientes que acuden a consulta con mayor frecuencia están entre los 30 y 50 años y son generalmente del sexo femenino(4).

En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos por los que se produce el SII, ni una causa conocida hasta el momento que pueda ser el

motivo de todas las molestias del SII. Se han propuesto varios factores patogénicos como las alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral, factores psicológicos, genéticos y postinfecciosos (5).

Un problema que se ha encontrado en la mayoría de pacientes previo a que decida acudir a consulta es la interferencia de factores psicosociales, como el pudor o la falta de tiempo, los mismos que determinan la conducta de las personas para buscar atención médica. Se ha observado que cerca de dos terceras partes de las personas con SII no consultan y algunos de los que sí lo hacen reciben un diagnóstico erróneo y un manejo inadecuado (5).

Como se sabe, actualmente no existe una causa específica que ocasione el SII, por lo mismo, no existe un tratamiento único que se pueda aplicar de manera universal en todos los pacientes con SII. Para el manejo de SII se debe tomar en cuenta tres medidas importantes entre ellas: consejos generales, recomendaciones dietéticas y un manejo farmacológico (6).

La importancia sobre investigar acerca de este tema es el hecho de que esta es una enfermedad de la cual muy poco se conoce, pero, que su prevalencia va aumentando notoriamente por eso se debe brindar información a la población, acerca del Síndrome de Intestino Irritable (6).

Para ello, es importante realizar una adecuada historia clínica, que incluya anamnesis y exploración física detalladas del paciente, ya que su diagnóstico es fundamentalmente clínico para obtener información lo más fiel posible de los síntomas de la enfermedad, identificar los síntomas y signos de alarma y, educar al paciente acerca de la enfermedad y su manejo y hábitos de vida (6).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Después de lo planteado, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes y el tipo de tratamiento en pacientes diagnosticados de síndrome de intestino irritable en el área de

gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, período Enero-Noviembre 2019?

1.3. JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

El presente trabajo investigativo se lo realiza con el propósito de brindar información a la población, acerca del Síndrome de Intestino Irritable, sobre sus principales manifestaciones clínicas, puesto que es una enfermedad de la cual muy poco se conoce, pero, que su prevalencia va aumentando notoriamente en las diferentes culturas, afectando a personas de todas las edades y de diferentes estratos sociales, independientemente del sexo; y, para crear conciencia en las personas que lo padecen y tomen la decisión de acudir tempranamente a un médico en busca de ayuda para su correcto diagnóstico y tratamiento adecuado y evitar exacerbaciones de sus síntomas que dificulten la realización de sus actividades.

Debido a que en los países de Latinoamérica y sobre todo en Ecuador son escasos los estudios realizados sobre esta enfermedad, lo que se busca con este trabajo es determinar cuáles son las manifestaciones clínicas que predominan en los pacientes que padecen este síndrome, dentro del Hospital Vicente Corral Moscoso, así como los subtipos más frecuentes y su respectivo tratamiento.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

El “síndrome de intestino irritable” (SII) fue descrito por primera vez por Powel el Reino Unido en 1818. Y, en 1958, Appley y Naish describieron al “dolor abdominal recurrente” como un Síndrome de Intestino Irritable (7).

Según la Organización Mundial de Gastroenterología, el SII, es un trastorno funcional digestivo, que se presenta con dolor abdominal, cambios en la defecación o hábitos intestinales, junto con sensación de malestar y distensión abdominal (8).

Los trastornos digestivos funcionales comprenden un conjunto de síntomas gastrointestinales (GI) crónicos que interfieren de forma importante en la calidad de vida y pueden afectar cualquier segmento del aparato digestivo (8).

El Síndrome de Intestino Irritable (SII), es un trastorno gastrointestinal que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal crónico que suele localizarse en la parte baja del abdomen, de tipo cólico y, alteración del hábito intestinal ya sea en forma de diarrea, estreñimiento, o ambas, además distensión abdominal, en ausencia de una causa orgánica (9).

Sobre la etiología, actualmente no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce el SII, pero se ha demostrado que intervienen diversos factores como la alteración de la microbiota intestinal, disfunción intestinal postinfecciosa, la sobrepoblación bacteriana, alteraciones inmunológicas, intolerancia a ciertos alimentos, la mala absorción de ácidos biliares y los factores psicosociales (9). Existen varios estudios de investigadores psiquiátricos que mostraron asociación de Intestino Irritable y depresión en la población general. Hislop encontró relación entre el síndrome y depresión en ambientes clínicos ambulatorios. Campos y col. encontraron una prevalencia de

síntomas gastrointestinales bajos del 26 % y de síntomas depresivos del 29,7 % en pacientes psiquiátricos, a diferencia de la gran prevalencia presentada por este estudio, donde el 71,48 % de los pacientes con intestino irritable sufrían de depresión (9). Además, se ha demostrado que existe alteración del eje cerebro-intestino, ya que el sistema nervioso central está en íntima relación con el sistema nervioso entérico a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, el cual presenta una dirección bidireccional, de modo que alteraciones a nivel central conducen a modificaciones en la función intestinal y ciertas condiciones a nivel intestinal también se relacionan con cambios a nivel central (10).

2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1. Concepto

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un Trastorno Funcional Digestivo caracterizado por la presencia de dolor abdominal el mismo que se asocia a cambios en la consistencia y/o frecuencia de las deposiciones; al ser funcional el paciente no presenta ninguna alteración bioquímica o estructural que pueda originar la naturaleza de los síntomas (1).

2.2.2. Prevalencia

La prevalencia mundial del SII se encuentra entre un 5 y un 20%, pudiendo llegar hasta un 35% dependiendo de la población en estudio, en América del Sur los datos de prevalencia son escasos, en Uruguay un estudio reveló una prevalencia de 10.9%, en Venezuela el 16.8% y, los estudios en poblaciones indígenas de América Latina demostraron una alta prevalencia de SII. La prevalencia del SII en Europa y América del Norte oscila entre 10-15%, en China fue 15.9% (9).

2.2.2.1. Prevalencia por género

El SII puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, a distinta edad, pero la mayoría de estudios han demostrados que existe mayor prevalencia en mujeres, se habla de la existencia de un criterio que determina la relación del SII

que indica que por cada hombre existe entre 2-4 mujeres con esta enfermedad (11).

2.2.2.2. Prevalencia por edad

El síndrome puede estar presente desde los primeros años hasta las últimas etapas de la vida del ser humano. El rango de edad en el que suele presentarse el síndrome oscila entre los 15 y 65 años de edad, con un promedio de 42 años (11). Se estima que los pacientes que van a consulta con mayor frecuencia están entre los 30 y 50 años y son generalmente del sexo femenino (11).

2.2.3. Fisiopatología

La fisiopatología del SII no está completamente clara, pero se considera un trastorno que resulta de la interacción de varios factores y, se cree que las alteraciones de la motilidad gastrointestinal y sensibilidad visceral son los factores fisiopatológicos que influyen en mayor medida (12).

Actualmente, el modelo biopsicosocial es el más aceptado y considera al SII como una disfunción del eje intestino-cerebro, determinado por la susceptibilidad genética, factores fisiológicos, psicológicos, medioambientales y mecanismos individuales (12). El sistema nervioso entérico y el sistema nervioso central se integran y comunican a través del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo hipófisis-intestino bidireccionalmente, de tal modo que factores de estrés nervioso o intestinal producen una alteración del mismo, esto genera alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, disfunción del sistema inmune, aumento de la permeabilidad mucosa y alteración de la estructura de la microbiota intestinal (12).

2.2.4. Etiología

Motilidad gastrointestinal: se debe a alteraciones de motilidad intestinal, ya sea en aumento de la frecuencia y/o disminución de las contracciones, lo que genera prolongación del tránsito intestinal en el Síndrome de Intestino Irritable-Estreñimiento (SII-E) y una respuesta exagerada a la colecistocinina e ingesta de alimento en el Síndrome de Intestino Irritable-Diarrea (SII-D) (13).

Hipersensibilidad visceral: es la percepción anormal de dolor ante un estímulo visceral que no es doloroso para un sujeto normal, es decir, es la existencia a una mayor sensibilidad a los estímulos (13).

Inflamación: ocasionada por un desequilibrio de estímulos proinflamatorios y antiinflamatorios, lo cual puede provocar a su vez, cambios en la sensibilidad visceral y en la motilidad intestinal (13).

Factores psicológicos: Dado por la relación entre SII y una respuesta anómala al estrés, la ansiedad, depresión y múltiples desórdenes somáticos. El estrés puede ser el origen o el causante de la exacerbación de los síntomas de SII (13).

Factores genéticos: En progenitores con SII existe gran significancia para que se presente esta enfermedad en sus descendientes (14).

Microbiota intestinal: las alteraciones incrementan el desarrollo de la enfermedad (14).

Factores dietéticos y medioambientales: se ha determinado que diversos componentes de los alimentos intervienen en la patogenia de SII, entre ellos, la lactulosa, fructosa y los alimentos ricos en FODMAPs (Oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles), hidratos de carbono difíciles de ser digeridos en la luz intestinal y son los causantes de provocar distensión abdominal, alteración del tránsito intestinal y la secreción (14). Ejemplos de alimentos que contienen FODMAPs son trigo, centeno, cebollas, ajos y legumbres (oligosacáridos); lácteos (disacáridos); miel, jarabes con fructosa (monosacáridos), ciruelas, edulcorantes que contienen sorbitol, el xilitol, el maltitol y el manitol (polioles) (15).

Factores infecciosos: el riesgo se relaciona tras infección por diversos patógenos entéricos, como las bacterias, virus y parásitos (14).

2.2.5. Manifestaciones clínicas

El SII es un trastorno gastrointestinal que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal crónico que suele localizarse en el hipogastrio, este dolor puede ser tipo cólico o punzante y, alteración del hábito intestinal ya sea en forma de diarrea,

estreñimiento, o ambas, además de distensión abdominal, en ausencia de una causa orgánica (16).

2.2.6. Diagnóstico

El diagnóstico de SII se basa fundamentalmente en la anamnesis y el estado físico del paciente, además de los criterios de Roma IV que se basan en el cambio de frecuencia y consistencia de la evacuación, que es uno de los mejores predictores del tránsito intestinal en los pacientes con SII y, por lo tanto, se define a este síndrome como la presencia de dolor abdominal en asociación con alteración del hábito intestinal en un período de tres meses (16).

Estos criterios de Roma IV son los siguientes:

1. Dolor abdominal recurrente (síntoma predominante) por un día a la semana en los últimos 3 meses, asociado con 2 o más de los siguientes criterios:
 - a. Relacionado con la defecación
 - b. Asociados con cambios en la frecuencia de las deposiciones,
 - c. Asociados con cambio en la consistencia de las heces (17,18).

Estos criterios deben cumplirse durante los últimos tres meses y los síntomas haber comenzado mínimo seis meses antes del diagnóstico (17,18). La confirmación del diagnóstico requiere la ausencia de una causa orgánica (19).

Para definir los diferentes subtipos de SII hay que conocer la escala de deposiciones de Bristol de la forma de las heces:

- Tipo 1: Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad. Estreñimiento importante.
- Tipo 2: Como una salchicha compuesta de fragmentos. Ligero estreñimiento.
- Tipo 3: Con forma de salchicha con grietas en la superficie. Normal.
- Tipo 4: Como una salchicha, lisa y blanda. Normal.
- Tipo 5: Trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente. Déficit de fibra.

- Tipo 6: Fragmentos blandos con bordes irregulares y consistencia pastosa. Ligera diarrea.
- Tipo 7: Acuosa, totalmente líquida. Diarrea importante (19).

En base a la escala de deposiciones de Bristol, los subtipos de SII son:

- *SII con predominio de estreñimiento (SII-E)*: más del 25% de las deposiciones tienen heces con forma tipo 1 o 2 en escala de Bristol, es decir, duras.
- *SII con predominio de diarrea (SII-D)*: más del 25% de las deposiciones tienen heces con forma tipo 6 o 7 de Bristol, es decir, de menor consistencia.
- *SII con hábito intestinal mixto (SII-M)*: se presenta con deposiciones tanto duras como disminuidas de consistencia > 25% de las veces.
- *SII sin clasificar (SII-NC)*: pacientes que cuyos hábitos intestinales no pueden ser clasificados en ninguna de las 3 categorías anteriores (20).

Los signos de alarma a tener en cuenta son los siguientes: antecedentes familiares de neoplasia digestiva, inicio de los síntomas a edad superior a 50 años, cambios notables en la sintomatología, anemia, pérdida de peso no explicable, exploración física anormal (20,21).

2.2.7. Tratamiento

Como se sabe, actualmente no existe una causa específica que ocasione el SII, por lo mismo, no existe un tratamiento único que se pueda aplicar en todos los pacientes con SII; dado que existe una alta frecuencia de asociación entre los síntomas del SII y factores tales como dieta, estrés, y factores psicológicos, se debe prestar atención en las medidas que puedan aliviar dichos factores precipitantes (22).

Para el manejo de SII se debe tomar en cuenta tres pautas importantes, entre ellas: consejos generales, recomendaciones dietéticas y un manejo farmacológico (22).

2.2.7.1. Consejos generales

Lo fundamental es descartar que las manifestaciones clínicas del paciente se deban a una enfermedad de base orgánica (23). Es importante mantener una adecuada relación médico-paciente para lograr conseguir que el paciente se sienta en confianza y en calidad de explicar sus molestias; debe entender cuál es la naturaleza de sus síntomas y sobre todo que todos ellos siguen un curso benigno de su patología (23). Para aquellos pacientes en quienes se ha descartado la enfermedad de base orgánica, el tratamiento depende de varios factores como la frecuencia e intensidad de los síntomas, repercusión en la calidad de vida, el síntoma que predomina, y la posible existencia de trastornos psicológicos (24). Hay que tener en cuenta que algunos pacientes solamente requerirán un tratamiento basado en medidas terapéuticas sencillas como consejos dietéticos, cambios en el estilo de vida, realización de actividad física, adoptar una dieta equilibrada y dedicar un tiempo necesario para la defecación, otros requerirán un tratamiento farmacológico para reducir la intensidad de los síntomas y otros pacientes pueden requerir un tratamiento psiquiátrico (24).

2.2.7.2. Recomendaciones dietéticas

La dieta es útil cuando se sabe que el origen de los síntomas se relacionan a la ingesta de carbohidratos o sensibilidad al gluten, no es recomendable aconsejar restricciones excesivas al paciente debido a que esto puede ocasionar deficiencias nutricionales, por ello es necesario restringir aquellos alimentos que desencadenen los síntomas (25). Diversos estudios han evaluado los efectos de la fibra soluble e insoluble, sobre todo en cuanto al tránsito intestinal, el mejor efecto se observa sólo con la fibra soluble como ispaghula o psyllium y no con la insoluble como el salvado de trigo o fibra de maíz (25). Las fibras insolubles pueden exacerbar los síntomas y dar poco alivio, y ocasionar distensión abdominal, y flatulencia (25). Las dietas ricas en FODMAPs, se asocian con mayor producción de gas, hipersensibilidad visceral y distensión abdominal, sobre todo en aquellos pacientes con el subtipo de diarrea, un estudio realizado en México encontró mejoría en 3 de los síntomas evaluados, como dolor abdominal, distensión abdominal y flatulencia con una dieta baja en FODMAP (26). Los

alimentos como la cafeína, el alcohol, las grasas o la leche pueden exacerbar los síntomas (26). Un estudio realizado en Málaga demuestra que 41 pacientes con esta enfermedad optaron por una dieta baja en FODMAP, de ellos, el 68% que recibieron dieta baja en FODMAP refirió mejoría de sus síntomas con respecto al 23% que continuó con su dieta habitual (26).

2.2.7.3. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de SII debe estar dirigido principalmente a la sintomatología predominante. Así, el paciente que cuyo síntoma principal sea el estreñimiento se le debe administrar fibra, laxantes osmóticos (27). Cuando el síntoma que predomina es la diarrea se debe administrar loperamida y rifaximina y, si el síntoma que predomina es el dolor abdominal se empleará espasmolíticos, en el caso de distensión abdominal puede ser útil linaclotida y rifaximina; el uso de probióticos son útiles en casos de pacientes con distensión, dolor abdominal y diarrea (27).

2.2.7.4. Manejo del estreñimiento

En pacientes con predominio de estreñimiento el primer paso es el uso de fibra soluble (psyllium). El uso de una dosis diaria de 25-30 gr de fibra soluble con un aumento gradual, evita la distensión abdominal, durante 6 semanas para valorar la eficacia, caso contrario se tomarán otras medidas terapéuticas (28). En un metaanálisis se concluyó que el consumo de ciruelas secas (100g/día) mejoró el estreñimiento y su efecto fue superior al uso de psyllium y que la dieta rica en fibra mejoró el estreñimiento pero no el dolor ni la distensión abdominal (28).

Se recomienda la ingesta de 1.5 -2L de líquido al día, en un estudio aleatorizado, la ingesta de 2 L de agua al día en pacientes que ya consumían una dieta rica en fibra, mejoró la frecuencia defecatoria (29)

Como otra opción terapéutica están los laxantes osmóticos como el polietilenglicol (PEG), sales de magnesio y lactulosa (30). Estos laxantes mejoran el estreñimiento, pero no el dolor ni la distensión abdominal. Los laxantes

estimulantes favorecen la secreción de agua y electrolitos en el colon o inducen el peristaltismo, como los difenilmetanos y las antraquinonas (30).

2.2.7.5. Manejo de la diarrea

Está enfocado en modificaciones del estilo de vida y dieta, lo cual incluye una dieta baja en comidas grasas. Estudios han demostrado que el gluten y otros carbohidratos no absorbibles como fructanos y galactanos, pueden provocar los síntomas en el SII (31).

Recientemente, dos medicamentos fueron aprobados por la FDA para el tratamiento de SII-D: la eluxadolina y la rifaximina (27). Eluxadolina es un agonista del receptor opioide mu y kappa y es antagonista del receptor opioide delta con acción local en el tracto gastrointestinal, a una dosis de 75 mg o 100mg se ha observado mejoría de los síntomas de dolor abdominal y diarrea, los efectos adversos que pueden presentarse son estreñimiento, náuseas y dolor abdominal (27). Por otro lado, la rifaximina es un antibiótico que actúa de forma local en el tracto gastrointestinal e inhibe la transcripción bacteriana y la síntesis de ARN, a dosis de 550mg cada ocho horas por 14 días, mejora la diarrea, la distensión abdominal, dolor abdominal y aumenta la consistencia de las heces debido a que genera un control del sobrecrecimiento bacteriano intestinal y reducción de bacterias implicadas en la fermentación intestinal (27). Otros medicamentos son la loperamida, los antidepresivos y antiespasmódicos (27).

2.2.7.6. Manejo del dolor abdominal

Los espasmolíticos se usan con gran frecuencia en el tratamiento del SII, ya que, al ser relajantes del músculo liso, producen mejoría del dolor. Se distinguen tres clases: antagonistas de canales de calcio, relajantes directos del músculo liso y anticolinérgicos/antimuscarínicos (32,33)

También se ha utilizado antidepresivos tricíclicos (ADT), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRSN) y antipsicóticos atípico (34).

Por otro lado, varios estudios y metaanálisis demuestran el efecto beneficioso del uso de probióticos en la mejoría de síntomas como meteorismo, flatulencia, distensión abdominal, estreñimiento e incluso dolor abdominal (34).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1. **Síndrome de Intestino Irritable:** es un Trastorno Funcional Digestivo caracterizado por la presencia de dolor asociado a molestia abdominal y cambios en la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones (1).

2.3.2. **Trastornos Funcionales Digestivos:** Grupo heterogéneo de síndromes que afectan diversas partes del tubo digestivo, se presentan con sensibilidad visceral, trastornos en la motilidad gastrointestinal, alteración del sistema inmunitario, modificación de la microbiota intestinal, en ausencia de causa orgánica (1).

2.3.3. **Dolor abdominal:** Dolor desde el interior del abdomen o de la pared abdominal, que va desde leve y temporal a intenso (1).

2.3.4. **Frecuencia de las deposiciones:** Variación del número de veces en que se presentan las evacuaciones (2).

2.3.5. **Apariencia de las deposiciones:** Formas o características físicas de las evacuaciones (2).

2.3.6. **Antiespasmódicos:** medicamentos indicados para tratar contracciones involuntarias de los músculos intestinales que provocan el dolor abdominal (2).

2.3.7. **Probióticos:** suplementos que contienen microorganismos vivos destinados a mantener o mejorar la microbiota normal del cuerpo (28).

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar cuáles son las manifestaciones clínicas y el tipo de tratamiento utilizado en pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable, en el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo enero-noviembre del 2019"

3.2. Objetivos específicos

- Conocer los datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación laboral) de los pacientes atendidos en el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Identificar las manifestaciones clínicas más frecuentes que se presentan en el Síndrome de Intestino Irritable según los criterios de Roma IV.
- Establecer qué subtipo de SII es más frecuente en el HVCM, basándonos en los criterios de Roma IV.

- Identificar el tipo de tratamiento que fue administrado en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. Tipo de estudio

Es un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal, llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas, encaminado a identificar las manifestaciones clínicas más frecuentes y tipo de tratamiento en pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable.

4.1.2. Área de investigación

Área de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.1.3. Universo de estudio

El universo de estudio lo conformarán todos los pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable atendidos en el área de consulta externa de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero-noviembre del año 2019, que corresponde a 228 casos.

4.1.4. Selección y tamaño de muestra

La muestra se corresponde al 100% del universo, por tanto, la muestra de este estudio es de 228 casos.

4.1.5. Población, muestra y muestreo

4.1.5.1. Población

La población la constituyeron todos los pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable atendidos en el área de consulta externa de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero-noviembre del año 2019. Obteniendo así una población de 228 pacientes con esta enfermedad.

4.1.5.2. Muestra

La muestra es de 228 historias clínicas que se corresponde al 100% del universo.

4.1.5.3. Muestreo

No se realiza aleatorización porque se tomará el 100% del universo.

4.1.5.4. Unidad de análisis y de observación

Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 25 y se presentaron mediante tablas y frecuencias.

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes atendidos en el área de gastroenterología en el año 2019.
- Pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.
- Pacientes mayores a 18 años.

4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes con diagnóstico de patología de causa orgánica.

4.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.3.1. Métodos de procesamiento de la información

El método utilizado fue la revisión documental.

4.3.2. Técnica

Se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo enero a noviembre 2019. Las historias clínicas se solicitaron de los registros de estadística para la obtención de datos, los mismos que se recolectaron en el formulario elaborado por la autora de este trabajo.

4.3.3. Procesamiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar.

Para dar inicio con la presente investigación se solicitó la aprobación del comité de Investigación y el comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, la cual cuenta con el apoyo de un director y asesor metodológico quienes dirigieron la investigación.

Se presentó una copia del proyecto de investigación al Director del Hospital, además se solicitó la autorización por escrito para acceder a la entidad de salud y hacer uso de los datos de las historias clínicas archivadas en el área de estadística.

4.3.4. Formulario de recolección de datos

El formulario consta de una primera sección en donde se incluyen los datos sociodemográficos, una segunda sección se incluirán las preguntas clínicas y una tercera sección que incluirá el tipo de tratamiento brindado a los pacientes. Para la evaluación de las variables sociodemográficas, manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento se revisaron las historias clínicas y se recopiló la información contenida en las mismas.

4.3.5. Tablas

Las tablas realizadas son simples y de doble entrada, que incluyen las variables analizadas y las relaciones entre el síndrome de intestino irritable, manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento.

4.3.6. Medidas estadísticas

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 25 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes en tablas.

4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Se respetaron los tratados de Helsinki para investigaciones o estudios con seres humanos; además se contó con la aprobación del Comité de bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

- **Riesgo:** El presente estudio de acuerdo a las características y variables analizadas no implicó ningún riesgo para los pacientes seleccionados en la muestra, la revisión de las historias clínicas y aplicación de formularios para recolección de datos no son dañinos para el participante, ya que únicamente se tomó la información necesaria para cumplir los objetivos del estudio y no se aplicaron pruebas o exámenes que pudiesen causar daño a los individuos.
- **Privacidad:** La información fue guardada con absoluta confidencialidad, es decir, no se publicaron los datos personales como el nombre u otros datos sociodemográficos de los pacientes que participaron en el estudio, para ello, se utilizó una codificación especial para poder referirse a la fuente privada.
- **Autonomía:** El director de la Unidad de Salud, facilitó el consentimiento para poder realizar el estudio, aceptando de manera voluntaria el acceso a los documentos necesarios.

4.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Estado civil.
- Dolor abdominal.
- Frecuencia de las evacuaciones.
- Apariencia de las deposiciones.
- Tipo de tratamiento.
- Síndrome de Intestino Irritable.

4.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo de meses y días ya cumplidos	Desde la fecha de nacimiento a meses, años cumplidos	1. Adultos jóvenes: 18-35 2. Adultos: 36 -64. 3. Adulto mayor: 65 años en adelante.	Ordinal
SEXO	Caracteres sexuales secundarios masculinos y femeninos.	Fenotipo	1. Masculino. 2. Femenino.	Nominal. Dicotómica.
OCUPACIÓN.	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce	El oficio que realiza cada persona.	1. Empleado 2. Desempleado	Nominal.

	públicamente.			
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Revisión de ficha clínica.	1.Soltero (a) 2.Casado (a) 3.Divorciado (a) 4.Unión libre 5.Viudo (a)	Nominal.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.				
DOLOR ABDOMINAL	Dolor desde el interior del abdomen o de la pared muscular externa, que va desde leve y temporal a intenso.	En base a los criterios de Roma IV, se verificará en las historias clínicas si los signos y síntomas del paciente son compatibles con SII.	1. Si 2. No	Nominal.
FRECUENCIA DE LAS EVACUACIONES	Variación del número de veces en que se presentan las evacuaciones.	En respuesta a los criterios de Toma IV	1.Estreñimiento. 2.Diarrea. 3.Ambas.	Nominal
APARIENCIA DE LAS DEPOSICIONES	Formas o características físicas de las evacuaciones	Mediante la escala de Bristol, identificando la forma de las heces.	Tipo 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.	Ordinal.
TIPO DE TRATAMIENTO PARA SII	Tomar la medicación de acuerdo con la prescripción y dentro de un tiempo establecido (29).	Revisión de la ficha clínica	1.consejos generales 2.recomendaciones dietéticas 3.manejo farmacológico	Nominal

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE	Trastorno digestivo funcional que se presenta con dolor abdominal, alteración en el tránsito intestinal en número o en consistencia de las heces, en ausencia de causa orgánica (26).	Diagnostico a través de los criterios de roma IV.	1.Si 2.No	Nominal. Dicotómica.
--	---	---	--------------	-------------------------

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó a partir de la información contenida en 228 historias clínicas de pacientes atendidos en el Área de consulta externa de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo enero a noviembre del año 2019. Los formularios se llenaron con esta información para proceder a la realización del estudio.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se revisaron 228 historias clínicas de pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable en el Área de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero a noviembre el año 2019, de donde se obtuvieron los respectivos datos sociodemográficos además de las principales manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento administrado en los pacientes.

5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE ACUERDO A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	RANGOS	N° TOTAL	% TOTAL
EDAD	Adultos jóvenes (18-35)	71	31,1%
	Adultos (36-64)	131	57,5%
	Adulto Mayor (mayor 65)	26	11,4%
SEXO	Masculino	43	18,9%

	Femenino	185	81,1%
ESTADO CIVIL	Soltero/a	100	43,9%
	Casado/a	79	34,6%
	Divorciado/a	6	2,6%
	Union Libre	33	14,5%
	Viudo/a	10	4,4%
OCUPACIÓN	Empleado/a	121	53,1%
	Desempleado/a	107	46,9%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora.

INTERPRETACIÓN:

En la población estudiada, que fue de 228 historias clínicas, se observa que el SII fue de mayor prevalencia en un 57,5% en la edad adulta, el 81,1% en el sexo femenino, el 43,9% en solteros y, el 53,1% en personas con empleo.

TABLA N°2

MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

MANIFESTACIONES CLÍNICAS			
MANIFESTACIONES CLÍNICAS		N° TOTAL	% TOTAL
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE	Si	228	100,0%
	No	0	0,0%
DOLOR CEDE TRAS DEFECCIÓN	Si	192	84,2%
	No	36	15,8%
CAMBIOS EN FRECUENCIA DE DEPOSICIONES	Estreñimiento	112	49,1%
	Diarrea	80	35,1%
	Ambos	36	15,8%
CAMBIOS EN LA	Estreñimiento	112	49,1%

CONSISTENCIA DE LAS HECES	(Tipo 1 y 2)		
	Diarrea (Tipo 6 y 7)	80	35,1%
	Mixto	36	15,8%
DISTENSIÓN ABDOMINAL	Sí	176	77,2%
	No	52	22,8%
ESFUERZO EXCESIVO	Sí	136	59,6%
	No	92	40,4%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla se puede evidenciar que el síntoma que predominó en los pacientes fue el dolor abdominal recurrente en el 100%, seguido de alivio después de la defecación con un 84,2%, cambios de frecuencia y consistencia en el 49,1% para el caso estreñimiento, 35,1% en el caso de diarrea y de 15,8% en el caso de alternancia entre diarrea y estreñimiento, además, distensión abdominal 77,2% y, esfuerzo excesivo 59,16%.

TABLA N° 3

SUBTIPO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE MÁS FRECUENTE DE ACUERDO A LA ESCALA DE BRISTOL

SUBTIPO DE SII DE ACUERDO A LA ESCALA DE BRISTOL				
SUBTIPO	MASCULINO		FEMENINO	
	N° TOTAL	% TOTAL	N° TOTAL	% TOTAL
ESTREÑIMIENTO (TIPO 1 Y 2)	19	44,2%	93	50,3%
DIARREA (TIPO 6 Y 7)	16	37,2%	64	34,6%
MIXTO	8	18,6%	28	15,1%
TOTAL	43	100%	185	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla, se puede evidenciar que el subtipo de SII que se presentó con mayor frecuencia fue el subtipo de estreñimiento (SII-E) con un porcentaje del 49,1 % (hombres 44,2%-mujeres 50,3%), seguido del subtipo diarrea (SII-D) con una prevalencia de 35,1% (hombres 37,2%-mujeres 34,6%) y, finalmente el subtipo mixto (SII-M) con 15,8% (hombres 18,6%-mujeres 15,1%) del total de casos de pacientes diagnosticados con SII.

TABLA N°4

RELACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE DE ACUERDO AL SUBTIPO

MANIFESTACIONES CLÍNICAS		ESTREÑIMIENTO (TIPO 1 Y 2)		DIARREA (TIPO 6 Y 7)		MIXTO	
		N° TOTAL	% TOTAL	N° TOTAL	% TOTAL	N° TOTAL	% TOTAL
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE	SI	112	100,00%	80	100,00%	36	100,00%
	NO	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
DOLOR CEDE TRAS DEFECACIÓN	SI	95	84,80%	70	87,50%	27	75,00%
	NO	17	15,20%	10	12,50%	9	25,00%

DISTENSIÓN ABDOMINAL	SÍ	91	81,30%	59	73,80%	26	72,20%
	NO	21	18,80%	21	26,30%	10	27,80%
ESFUERZO EXCESIVO	SÍ	111	99,10%	0	0,00%	25	69,40%
	NO	1	0,90%	80	100,00%	11	30,60%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora.

INTERPRETACIÓN:

En los datos obtenidos se observa que las manifestaciones clínicas de acuerdo al subtipo estreñimiento son del 100% con dolor abdominal, 84,8% para dolor que cede tras la defecación, 81,3 % con distensión abdominal y 99,1% esfuerzo excesivo; del subtipo diarrea 100% presentó dolor abdominal recurrente, el 87.5% el dolor cedió tras la deposición, el 73,8% presentó distensión abdominal, 0% para esfuerzo excesivo. En cuanto al subtipo mixto presentó dolor abdominal recurrente en 100%, 75% el dolor cedió tras la defecación, el 72,2% presentó distensión abdominal y, el 69,4% realizó esfuerzo excesivo al realizar la deposición.

TABLA N°5

TRATAMIENTO RECIBIDO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO ESTREÑIMIENTO

TRATAMIENTO SII-ESTREÑIMIENTO			
		N° TOTAL	% TOTAL
MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS	Consejos higiénico-dietéticos	112	100,0%
MANEJO FARMACOLÓGICO ESTREÑIMIENTO	Fibra soluble	105	93,8%
	Laxantes	7	6,3%
DOLOR ABDOMINAL	Mebeverina	71	63,4%
	Otros (Trimebutina)	28	25,0%

Otros (Bromuro de Pinaverio)	13	11,6%
------------------------------	----	-------

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla se observa que en el subtipo SII-E, el 100% de los pacientes recibieron consejos higiénico-dietéticos, en el 93,8% se administró fibra soluble y, en el 6.3% de pacientes se administró laxantes. En cuanto al dolor abdominal se administró mebeverina en un 63,4% de los casos.

TABLA N°6

TRATAMIENTO RECIBIDO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO DIARREA

TRATAMIENTO SII - DIARREA			
		N° TOTAL	% TOTAL
MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS	Consejos higiénico-dietéticos	80	100,0%
MANEJO	Rifaximina	10	100,0%

FARMACOLÓGICO			
DIARREA			
MANEJO	Mebeverina	52	65,0%
FARMACOLÓGICO	Otros (Trimebutina)	23	28,8%
DOLOR ABDOMINAL	Otros (Bromuro de Pinaverio)	5	6,2%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla se observa que en el subtipo SII-D, el 100% de los pacientes recibieron consejos higiénico-dietéticos, el 90,0% fue tratado con probióticos, el 12,5% fue tratado con rifaximina, el 10% fue tratado con rifaximina y probióticos. En cuanto al manejo del dolor abdominal el 65% fue tratado con mebeverina, el 28,8% con trimebutina y, el 6,2% con bromuro de pinaverio.

TABLA N°7

TRATAMIENTO RECIBIDO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO MIXTO

TRATAMIENTO SII – MIXTO			
		N° TOTAL	% TOTAL
Medidas Higiénico-Dietéticas	Consejos higiénico-dieteticos	36	100,0%
Manejo	Fibra soluble	28	84,8%

farmacológico	Laxantes	5	15,2%
Estreñimiento			
	Mebeverina	29	80,6%
Manejo	Otros (Trimebutina)	6	16,7%
farmacológico Dolor			
Abdominal	Otros (Bromuro de Pinaverio)	1	2,8%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Gabriela Elizabeth Tapia Mora

INTERPRETACIÓN:

En los datos obtenidos se observa que en el subtipo SII-M, el 100% de los pacientes recibieron consejos higiénico-dietéticos, en cuanto al tratamiento de estreñimiento 28 pacientes recibieron fibra y, 5 laxantes osmóticos y, el dolor abdominal tratado con mebeverina en 29 casos, trimebutina en 6 y bromuro de pinaverio 1 caso.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable es un trastorno funcional digestivo muy frecuente en el área de Gastroenterología, de tal modo que lo padecen entre un 5 a 20% de la población mundial (35).

La investigación realizada, es un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal, en el periodo comprendido entre enero a noviembre de 2019, cuyos datos fueron recolectados mediante revisión de 228 historias clínicas de pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable en el área de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, con estos datos se logró obtener las manifestaciones clínicas más frecuentes, así como el subtipo y tipo de tratamiento administrado en estos pacientes.

Según los datos sociodemográficos de las fichas revisadas, el Síndrome de Intestino Irritable fue más frecuente en la edad adulta con un porcentaje de 57,5%, con una media de edad de 45,6 años (131 pacientes), en el estudio de Sánchez J, Irineo A, Bernal G realizado en la ciudad de México en el 2017, en 154 pacientes se evidenció que la media de edad fue de 52,8 años (36), en Colombia, en un estudio realizado por Restrepo L, Guzmán D, en el año 2017, se demostró que la media para la edad fue de 52,04 (36); mientras que Gamarra R y Sánchez J, en otro estudio realizado en Perú en el 2017, en 200 pacientes, demostraron que la media para la edad fue de 42,8 años (37), predominó en el sexo femenino con un 81,1% (185 pacientes) como lo demuestra la literatura, por cada hombre existen entre 2-4 mujeres con esta enfermedad, esto se demuestra en un estudio realizado por Madrid A, Defilippi C, en Chile en el año 2017 con 437 participantes con diagnóstico de SII, que 191 pertenecían al sexo masculino (34,3%) y 246 al sexo femenino (65.5%) (38) y, en otro estudio realizado por Leyva R, Olvera P, en el 2017 en México, con 246 pacientes demostraron que el SII afectó al 35% (masculino 21% y femenino 79%) (39). Esta patología también predominó en personas de estado civil soltero/a con 43.9% (100 pacientes), esto se observa en un estudio realizado en Cartagena, en el año 2016, por Díaz S, Díaz A, con 747 pacientes con SII, que 368 pacientes tenían pareja (49,1%), mientras que los otros 379 eran solteros (50,9%) (40). Y finalmente, aquellos que tienen un empleo lo padecen en un 52,1% (121 pacientes), Díaz S, Díaz A, en un estudio realizado en Cartagena, en el año 2016, con 747 pacientes evidencian que 205 pacientes eran desempleados (27,4%) y 542 tenían empleo (72,6%) (40).

De acuerdo a la manifestación clínica más frecuente, dentro de este estudio se observó que el síntoma que predominó en los pacientes fue el dolor abdominal recurrente en el 100%, seguido de alivio del dolor después de la defecación con un 84,2%, cambios de frecuencia y consistencia en el 49,1% para el caso estreñimiento, 35,1% en el caso de diarrea y de 15,8% en el caso de alternancia entre diarrea y estreñimiento, también otros síntomas relacionados como distensión abdominal 77,2 y, esfuerzo excesivo 59,16%. Arbelo T, Pavón R, en Cuba, realizaron un estudio con 112 pacientes donde se demuestra que el dolor abdominal recurrente prevaleció en el 100% de los pacientes, se presentó diarreas en un 51,2%, el estreñimiento se presentó en un 19,5% , de manera alternada presentaron diarrea y estreñimiento un 29% y, se observó alivio del dolor abdominal tras la deposición en un 73,2% (41). Schmulson M, Vargas J, López A, en el 2017 con 1687 pacientes en la ciudad de México, demostraron que la manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal en un 96,6%, distensión abdominal 83%, esfuerzo excesivo para realizar la defecación 67,7%, alivio del dolor abdominal tras la defecación 76,3% (42). Sin embargo, Díaz M, en el año 2017 en un estudio realizado en México con 534 estudiantes de medicina demostró que la sintomatología más frecuente corresponde con los cambios en la frecuencia de las evacuaciones con un 71%, seguido de dolor abdominal en un 63% y distensión abdominal en un 57% (43).

En el estudio realizado también se observó que el subtipo de SII que se presentó con mayor frecuencia fue el subtipo de estreñimiento (SII-E) con un porcentaje del 49,1 % (hombres 44,2%-mujeres 50,3%), seguido del subtipo diarrea (SII-D) con una prevalencia de 35.1% (hombres 37,2%-mujeres 34,6%) y, finalmente el subtipo mixto (SII-M) con 15,8% (hombres 18,6%-mujeres 15,1%) del total de casos de pacientes diagnosticados con SII. Esto se concuerda con el estudio de Sánchez J, Irineo A y Bernal G en México, en el año 2017, con 154 pacientes diagnosticados de SII que observaron que el subtipo más frecuente fue SII-E con 55,2% (88,2 % en mujeres y un 11,8% en hombres), SII-D 17,5% (92,6% en mujeres y 7,4% en hombres) y SII-M 27,3% (88,1% de mujeres y 11,9% en hombres) (44). En cambio, Díaz M, en el año 2017 en un estudio realizado en

México con 534 estudiantes de medicina, demostró que la mayor prevalencia de acuerdo al subtipo fue el mixto con un 65% (29% en hombres y 71% en mujeres), seguido del subtipo estreñimiento que fue de 22% (31% en hombres y 69% mujeres), y finalmente el subtipo diarrea con un 13% (67% para hombres y 33% en mujeres) (43). Por otro lado, Balboa A y Mearín F, en el 2016 con 6000 sujetos, en Estados Unidos, Reino Unido y Canadá con 2000 participantes de cada país, demostraron que el subtipo más frecuente fue el SII-D con el 34,3% (hombres 27%-mujeres 73%), seguido de SII-M con el 33,3% (hombres 18%-mujeres 82%) y finalmente el SII-E con el 27,9% (hombres 20,6%-mujeres 79,4%) (45). Y, Schmulson M, Vargas J, López A, en su estudio realizado en el año 2017, con 1687 pacientes en México, demostraron que el subtipo de SII más frecuente fue SII-M con un 44% (hombres 31%-mujeres 69%), seguido de SII-E con un 41% (hombres 23%-mujeres 77%) y finalmente SII-D con un 15% (hombres 17%-mujeres 83%) (42)

Con respecto a la relación entre las manifestaciones clínicas más frecuentes y el subtipo, se observó en el estudio que para la variante de estreñimiento el dolor abdominal recurrente lo padecen el 100% de los pacientes, el dolor cede tras la defecación en el 84.4%, distensión abdominal estuvo presente 81,3% y, esfuerzo excesivo en el 99,1%. En el caso del subtipo diarrea, se observó que el dolor abdominal recurrente lo padecen el 100% de los pacientes, el alivio del dolor tras la defecación se presentó en 87,5%, y la distensión abdominal en el 73,8%, ninguno presentó esfuerzo excesivo. Para el subtipo mixto, se observó que también el dolor abdominal recurrente estuvo presente en el 100% de los pacientes, el alivio del dolor se presentó en el 75%, distensión abdominal en el 72.2% y, esfuerzo excesivo 69,4%. Schmulson M, Vargas J, López A, en un estudio realizado en el año 2017, con 1687 pacientes en la ciudad de México, demostraron que la manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal en un 97.66% para SII-E, de 96,8% para SII-D y, de 95,4% para SII-M. En cuanto a distensión abdominal fue de 82,3% para SII-E, 81% SII-D y de 84% para SII-M. esfuerzo para realización de la defecación en un 72,4% para SII-E, 49,4% para SII-D y de 62,5% para SII-M (42). Díaz M, en el año 2017 en un estudio

realizado en México con 534 estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Hidalgo demostró que en el subtipo estreñimiento (22%), el dolor abdominal se presentó en un 93% y, esfuerzo excesivo en un 27,5%. En el caso del subtipo diarrea (13%), se presentó dolor abdominal en un 95%, alivio del dolor abdominal tras la defecación en un 83%. Para el subtipo mixto (65%), el dolor abdominal se presentó en el 84% de estudiantes, alivio del dolor abdominal tras la defecación en un 86%, distensión abdominal en un 46,5% (43).

Además, en el presente estudio se revisó el tipo de tratamiento que recibieron los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable según el subtipo.

Se demostró que en la variante de SII-E se recomendaron medidas higiénico-dietéticas como cambios en el estilo de vida, realización de actividad física, llevar una dieta equilibrada baja en carbohidratos y dedicar un tiempo suficiente y adecuado para la defecación en el 100% de los casos (112 pacientes), en cuanto al manejo farmacológico para el estreñimiento, recomendó fibra soluble en un 93,8% ya que esta mejora el estreñimiento y el uso de laxantes en una menor proporción 6,3% y, para el dolor abdominal se administraron medicamentos como la mebeverina (63,4%), trimebutina (25%) y bromuro de pinaverio (11,6%), ya que al ser antiespasmódicos mejoran las molestias abdominales.

En el caso de la variante SII-D, se recomendó medidas higiénico-dietéticas en el 100% de los pacientes como una dieta equilibrada, que consiste en la disminución de carbohidratos (FODMAPs) ya que se asocian con mayor producción de gas, hipersensibilidad visceral y distensión abdominal, un estudio realizado en México se encontró mejoría en el dolor abdominal, distensión abdominal y flatulencia con una dieta baja en FODMAP (46), disminución de la cafeína, el alcohol, las grasas o la leche debido a que estos pueden exacerbar los síntomas y, la realización de ejercicio físico moderado para disminuir la gravedad de los síntomas (46). También fue administrado un tratamiento farmacológico para el manejo de la diarrea así como rifaximina (100,0%) el mismo que es un antibiótico que actúa de forma local en el tracto gastrointestinal e inhibe la transcripción bacteriana y la síntesis de ARN, mejora la diarrea, la distensión y dolor abdominal y aumenta la

consistencia de las heces debido a que genera un control del sobre crecimiento bacteriano intestinal y reducción de bacterias implicadas en la fermentación intestinal (47). Y, para el manejo farmacológico del dolor abdominal espasmolíticos como mebeverina (65%), trimebutina (28,8%) y bromuro de pinaverio (6,2%).

Y, en cuanto al manejo de la variante de SII-M, se recomendaron de la misma manera medidas higiénico-dietéticas en el 100% de pacientes, en el caso de estreñimiento se administró fibra soluble (84,4%) y laxantes (15,2%), y para el manejo de dolor abdominal se administró mebeverina (80,6%), trimebutina (16,7%) y bromuro de pinaverio (2,8%).

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1. CONCLUSIONES

Esta investigación se orientó a determinar cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes y el tipo de tratamiento empleado en pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable, para identificar la clínica y establecer un tratamiento adecuado de acuerdo al subtipo y manifestación más frecuente.

En el estudio realizado, el Síndrome de Intestino Irritable fue más frecuente en adultos con una media para la edad de 45,6 años, predominó en el sexo femenino, en solteros y empleados.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en esta enfermedad fueron el dolor abdominal recurrente, seguido de alivio del dolor tras la defecación, también se observó tanto cambios en la frecuencia de las deposiciones como cambios en la consistencia de las heces, además de distensión abdominal y finalmente, realización de esfuerzo excesivo.

EL subtipo de Síndrome de Intestino Irritable que predominó fue el estreñimiento, seguido de la variante con diarrea y, por último, el subtipo mixto.

El tratamiento administrado fue en base al subtipo siendo el más recomendado las medidas higiénico-dietéticas, seguida del tratamiento farmacológico.

7.2. RECOMENDACIONES

- Promover una adecuada relación médico-paciente, para lograr conseguir que el paciente se sienta en confianza y en calidad de explicar cada uno de sus síntomas, debe entender cuál es la naturaleza de sus síntomas y

finalmente que su enfermedad tiene un curso benigno y no es una enfermedad de base orgánica o grave.

- El personal médico, sobre todo en atención primaria, debe tener conocimiento con estudios médicos actuales, para brindar apoyo y tratamiento adecuados, debido a que es un tipo de patología que se vuelve común.
- Brindar información a la población, acerca del Síndrome de Intestino Irritable, puesto que es una enfermedad de la cual muy poco se conoce, pero, que su prevalencia va aumentando notoriamente en las diferentes culturas, afectando a personas de todas las edades y de diferentes estratos sociales, independientemente del sexo.
- Crear conciencia en las personas que lo padecen y tomen la decisión de acudir tempranamente a un médico en busca de ayuda para su correcto diagnóstico y tratamiento.
- Se debe realizar charlas informativas sobre SII, a todos los pacientes que acudan, principalmente a los centros de atención primaria, para que conozcan cómo es la presentación de esta patología, causas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y hábitos que ayudan a prevenir posibles exacerbaciones para que mejoren su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda R. Síndrome de Intestino Irritable. *Medicina Universitaria*. 2017;12(46):39-46.
2. León R. Comentarios Sobre el Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Gastroenterol Perú*. 2016;30(1):52-4.
3. Quigley E, Fried M, Gwee K, Khalif I. Síndrome de Intestino Irritable: Una perspectiva mundial. *World Gastroenterology Organization*. 2017;2-31.
4. Delgado E, Cervantes P, Hernández J, Ramírez J. Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral. *Revista Médica MD*. 2018;6(4):301-6.
5. Balboa A, Ciriza C, Mearín F. Actualización de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. *Asociación Española de Gastroenterología*. 2017;13(1).
6. Manosalvas J, González D, Pacheco C. Síndrome de Intestino Irritable. *Medicina*. 2016;6(3).
7. Mearin F, Montoro M. Síndrome de intestino irritable. 2016;(4):46.
8. Abdo J. Trastornos funcionales digestivos. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2016;74(4):229-33.
9. Mearin F, Rey E, Balboa A. Trastornos funcionales y motores digestivos. *Gastroenterol Hepatol*. 2016;39(1):3-13.
10. Viejo A. Conexión entre el síndrome de intestino irritable y la enfermedad inflamatoria intestinal. *RAPD*. 2019;42(1):22-31.
11. Ramón C. Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Gast Canadá*. 2018;23(5):236-45.
12. Vera P, Silva J, Celis K, Pavez P. Síndrome de Intestino Irritable: Los trastornos funcionales. *Rev Médica Chile*. 2018;142(10):1275-83.

13. Lacy B, Mearín F. Gastroenterología: Trastornos Intestinales. *Gastroenterol.* 2017;15(1):5.
14. Ron G, Bueno A, Villeneuve I, Chércoles E, Tilves P, Merino A. Síndrome de Intestino Irritable. 2018;2(5):1-27.
15. López C, Cuenca N. Free FODMAPs (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols) diet and probiotics consumption indicated on irritable bowel syndrome disease: a case report. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 2018;36(3):194-200.
16. Ibarra C, Herrera V, Pérez E, Gil L, Madrid A, Valenzuela L, et al. Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Chil Gastroenterol.* 2017;33(3):268-74.
17. Domingo S. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Med Clínica.* 2017;148(10):464-8.
18. Blesa L. Trastornos digestivos funcionales. Criterios Roma IV. *Rev Clín Col.* 2017;(3):99-114.
19. Mearin F. Síndrome del intestino irritable: nuevos criterios de Roma IV. *Med Clínica.* 2018;128(9):335-43.
20. Squella F. Clasificación de Roma IV para el Síndrome de Intestino Irritable. *Gastroenterol latinoam.* 2018;23(4):227-8.
21. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort J, Peña E, et al. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:32.
22. Pérez A, Roche M, Larrañaga C. Trastornos gastrointestinales: Síndrome de Intestino Irritable. *Sist Sanit Navar.* 2017;32(1):135-57.
23. Pérez Á, Lozano M. La motilidad en la práctica clínica: Síndrome de Intestino Irritable y dolor abdominal funcional. *RAPD.* 2017;40(6):300-5.

24. Fernández C. Tratamiento en el Síndrome de Intestino Irritable. *Gastro Mex.* 2018;1(2):71-85.
25. Tijerina A, Coronado L, Ramírez E. Estreñimiento y Síndrome de Intestino Irritable: La relación con la ingesta dietética. *Revista de Salud Pública.* 2018;15(4):22-30.
26. Valenzuela D, Macías M, Lee S. Síndromes de dolor abdominal, estreñimiento y diarrea: un acercamiento hacia el síndrome de intestino irritable. *Rev Int Acupunt.* 2016;7(1):26-31.
27. Lucak S, Chang L, Halpert A, Harris L. Revisión sobre Tratamientos Farmacológicos Actuales y Emergentes para el Síndrome de Intestino Irritable con Diarrea. *ARGENTIA.* 2017;10(2):253-75.
28. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort J, Peña E, et al. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: tratamiento. *Aten Primaria.* 2017;49(3):177-94.
29. Castro A, Barrero J, García F. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. 2018;1(4):12.
30. Mearín F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort J, Peña E, et al. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2). *Aten Primaria.* 2017;49(1):42-55.
31. Remes J, Gómez O, Nogueira J. Tratamiento farmacológico del síndrome de intestino irritable: revisión técnica. *Rev Gastroenterol Mex.* 2019;75(1):42-66.
32. Otero W, Gómez M. Síndrome de intestino irritable. *Rev Col Gastroenterol.* 2017;20(4):12.
33. Abuaud M. Síndrome de Intestino Irritable y efectividad de antiespasmódicos. *Gastro Clínica.* 2018;8(3):137-42.

34. Mearin F. Sensibilidad visceral en patología funcional digestiva. *Physiol Gastrointest.* 2017;2(1):20-5.
35. Mearin F. Diagnóstico del Síndrome del Intestino Irritable: criterios clínicos y biomarcadores. *Rev Gastroenterol.* 2017;3(21):121-34.
36. Restrepo L, Páez M, Guzmán D, Moreno J. Síndrome de Intestino Irritable y Trastornos de ansiedad y depresión. *Rev Gast Col.* 2017;3(5):54.
37. Gamarra R, Sánchez J, Jiménez F. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo. *Rev Gastroenterol Perú.* 2018;32(4):381-6.
38. Madrid A, Defilippi C, Landskron G, Olgún F, Reyes A, Cortés J. Prevalencia de síntomas de intestino irritable en población asistente a centros comerciales de Santiago de Chile. *Rev Gastroenterol México.* 2017;78(4):203-10.
39. Leyva R, Olvera P, Mayela M. Síndrome de Intestino Irritable en el adulto que acude a una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018;44(5):473-9.
40. Díaz S, Díaz A, Arrieta K. Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Clínica Med Fam.* 2017;3(2):78-82.
41. Arbelo T, Pavón R. El Síndrome de Intestino Irritable como causa de dolor abdominal crónico. *Rev Cuba Pediatría.* 2018;90(3):18.
42. Schmulson M, Vargas J, López A, López J. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma IV, en un estudio clínico, multicéntrico. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;75(4):427-38.
43. Díaz M. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Hidalgo, México.pdf. [México]: Universidad Autónoma de Hidalgo; 2017.

44. Sánchez J, Irineo A, Bernal G, Peraza F. Síndrome de Intestino Irritable y calidad de vida en adultos. *Rev Esp Enfermedades Dig.* 2017;109(4):265-72.
45. Balboa A, Mearín F, Mínguez M. Documento de actualización de la guía de práctica clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología; 2017. 88 p. (13).
46. Ford A, Lacy B, Talley N. Irritable Bowel Syndrome. Longo D, editor. *N Engl J Med.* 2017;376(26):2566-78.
47. Sultan S, Malhotra A. Irritable Bowel Syndrome. *Ann Intern Med.* 2017;166(11):ITC81.

8. ANEXOS

Anexo 1: OFICIO DE BIOÉTICA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 4/12/2019

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca:

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento en pacientes diagnosticados de síndrome de Intestino Irritable en el área de gastroenterología del hospital Vicente Corral Moscoso, período enero-noviembre 2019

Trabajo de titulación realizado por Gabriela Elizabeth Tapia Mora

Código: Ta66ManME25



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE SERES
HUMANOS, UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**

Anexo 2: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Oficio Nro.: UCACUE-UTCM-046-2019-O

Cuenca, 05 de diciembre de 2019

Señora Doctora
Viviana Barros
DIRECTORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO

Su despacho. -

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina TAPIA MORA GABRIELA ELIZABETH con C.I.: 0105411466, recopile la información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema ha aprobado sido revisado como factible y lleva como título: "MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO- NOVIEMBRE DEL 2019", con código de bioética Ta66ManME25. La Investigación será dirigida por el/la Dr. Arturo Carpio, Especialista en Gastroenterología, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA UNIDAD TITULACIÓN

Dr. Julio Ojeda

Coordinador (E) de la Unidad de titulación de la Carrera de Medicina Matriz

Hospital Vicente Corral Moscoso
GERENCIA
Recibo de Documentos

16 DIC 2019

Firma _____

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

**Anexo 3: FORMULARIO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS**

B. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE:

1. Dolor abdominal recurrente, por lo menos un día a la semana en los últimos 3 meses: SÍ NO
2. ¿El dolor abdominal cede tras la defecación? 1. SÍ 2. NO
3. Cambios en la frecuencia de las deposiciones:
 - i. Estreñimiento
 - ii. Diarrea
 - iii. Ambos
4. Cambios en la consistencia de las heces:

B Escala de Bristol		
Tipo 1		• Tipo 1: Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad.
Tipo 2		• Tipo 2: Como una salchicha compuesta de fragmentos.
Tipo 3		• Tipo 3: Con forma de morcilla con grietas en la superficie.
Tipo 4		• Tipo 4: Como una salchicha; o serpiente, lisa y blanda.
Tipo 5		• Tipo 5: Trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente.
Tipo 6		• Tipo 6: Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa.
Tipo 7	Completamente líquidas	• Tipo 7: Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida.

1.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>

C. TRATAMIENTO:

1. Consejos generales.
 - i. Consejos higiénico-dietéticos
2. Manejo farmacológico
 - i. Estreñimiento
 1. Fibra soluble
 2. Laxantes osmóticos
 3. Otros. _____

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



"MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO
IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO-NOVIEMBRE 2019"
Formulario # 1

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDAD: 37

2. SEXO:

1. Masculino
2. Femenino

3. ESTADO CIVIL:

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Divorciado (a)
4. Unión libre
5. Viudo (a)

4. OCUPACION LABORAL:

- a. Empleado
b. Desempleado

ii. Diarrea

1. Alosetrón.
2. Probióticos.
3. Rifaximina.
4. Otros.

iii. Dolor abdominal

1. Espasmolíticos

- a. Otilonio
- b. Mebeverina
- c. Hioscina
- d. Otros

3. ¿Presenta distensión abdominal? 1. Sí 2. NO

4. ¿Realiza esfuerzo excesivo? 1. Sí 2. NO

AUTORA: Gabriela Elizabeth Tapia Mora.

Anexo 4: INFORME DE ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TITULACION Gaby Eliza Tapia Mora

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE
INTERNET

8%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%

★ Submitted to Infile

Trabajo del estudiante

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

Anexo 5: OFICIO DE AUTORIZACION DE INVESTIGACIÓN



Oficio No. 1019-GHR-2019
Cuenca, 11 de diciembre de 2019

Doctor
Julio Ojeda
**COORDINADOR (E) DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA
CARRERA DE MEDICINA MATRIZ
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**
Presente

Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación "MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – NOVIEMBRE DEL 2019"

De mi consideración

Yo **IVAN TEODORO FEICAN MALDONADO** con CI 0101329688, en calidad de autoridad del HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado "MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO – NOVIEMBRE DEL 2019". Cuya investigadora principal es Gabriela Elizabeth Tapia Mora.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Con sentimiento de distinguida consideración

Atentamente,

**Dr. Ivan Feican Maldonado,
GERENTE (E) DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO**

Hospital Vicente Corral Moscoso
GERENCIA
 **MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA**
Av. 12 de Abril y Los Arupos - Cuenca - Ecuador

Anexo 6: RÚBRICA DEL PRIMER PAR REVISOR



Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento en pacientes con neoplasias de Síndrome de Intestino Irritable en el área Gastroenterológica del Hospital Ugent con el uso de la técnica de Endoscopia durante el periodo Enero - Julio del 2017

Nombre del estudiante: Gabriela Elizabeth Tapia Mora

Director: Dr. ARIÑO CRISTÓBAL GUERRA

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	/
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:



2/18

Dr. Luis Gamero
GASTROENTEROLOGÍA
GENESCO 104

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Anexo 7: RÚBRICA DEL SEGUNDO PAR REVISOR



Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento en pacientes diagnosticados de Síndrome de Intestino Irritable en el área de Gastroenterología del Hospital UICante con el uso de perfosano en el 2019

Nombre del estudiante: Gabriela Elizabeth Pío

Director: Dr. Pío Carpio G.

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	X			1 /1
Redacción Científica		X		0,5 /1
Pensamiento crítico	X			1 /1
Marco teórico	X			1 /1
Anexos	X			1 /1
Total				4,5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	
Tesis apta para publicación con modificaciones	X
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Estudiante realice modificaciones.

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

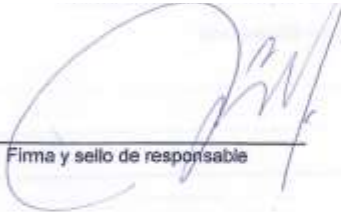


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

Handwritten initials


Firma y sello de responsable


Firma de aceptación del estudiante

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

INSTITUCIÓN



ANEXO 8: INFORME FINAL DE TITULACIÓN



Informe Nro.: UCACUE-UTCM-010-2020-I
Cuenca, 20 de enero de 2020

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El/la estudiante TAPIA MORA GABRIELA ELIZABETH, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TIPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN EL AREA DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERIODO ENERO-NOVIEMBRE DEL 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 9.5/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49.5/100

Revisores: DR. LUIS GABRIEL TIGSI / DR. JUAN DIEGO DOMINGUEZ
Director: DR. ARTURO CARPIO / **Asesor:** DR. DANILO MUÑOZ

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto, en este presente informe se recomienda lo siguiente:

1. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación el/la estudiante

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN Y DIRECCIÓN DE CARRERA
UNIDAD TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830752, 2824365, 2826563 Azuay: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (frente al Terminal Terrestre). Telf: 333 (7) 2342 - 613, 2243-444, 2243-205, 2242-587 Cañar: Calle Antonio Avila Clarijo. Telf: 0332993468, 033252270 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria km. 12 Quinceasus Este y Primera Sur. Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José María Borrero 310. Telf: 2700283, 2700392

20 ENE 2020

RECIBIDO
HORA: 10:01 FIRMA: B