



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“USO DE PROBIÓTICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME
DE INTESTINO IRRITABLE”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: KATHERINE ARACELY COLLAGUAZO PÉREZ

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“USO DE PROBIÓTICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME
DE INTESTINO IRRITABLE”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: KATHERINE ARACELY COLLAGUAZO PÉREZ

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Katherine Aracely Collaguazo Pérez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106816994**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Uso de Probióticos en Pacientes con Síndrome de Intestino Irritable”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 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 y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **23 de noviembre de 2022**

F: 

Katherine Aracely Collaguazo Pérez
C.I. **00106816994**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**USO DE PROBIÓTICOS EN PCIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**" realizado por **COLLAGUAZO PÉREZ, KATHERINE ARACELY** con documento de identidad **No. 0106816994**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 23 de noviembre de 2022

F:

Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la vida, salud, y sus dones para lograr cada uno de los objetivos que me propuesto a lo largo de mi vida y de mi carrera universitaria.

A mis padres Emiliano Collaguazo y Sara Pérez, a mi hermano Bryan Collaguazo, por su apoyo incondicional, por su cariño, comprensión, en todo momento y quienes a pesar de todas las adversidades que se han presentado, han sido un pilar fundamental a lo largo de toda mi formación, ya que sin su apoyo no habría sido posible todo lo que he logrado hasta el día de hoy.

A mis familiares y amigos en general, que, me han brindado su apoyo, su comprensión, y por haber formado parte importante durante mi formación académica.

A mis docentes, Dr. Manuel Rafael Aldás, Dr. Arturo Carpio, Dra. Paola Orellana, por su apoyo, paciencia, por brindarme su conocimiento a lo largo de la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme salud, inteligencia y vida, por la oportunidad de realizar las metas que me he propuesto hasta el día de hoy, a mis padres Sara Pérez y Emiliano Collaguazo, a mi hermano Bryan Collaguazo, por su apoyo incondicional, paciencia, consejos, confianza, por ser el pilar fundamental a lo largo de mi vida, por apoyarme en mis momentos más difíciles, y sobre todo en mi formación académica, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible nada de lo que he logrado hasta el día de hoy.

A mis familiares y amigos, por estar presentes siempre, con su apoyo, confianza y comprensión a lo largo de mi vida y mi formación académica.

Un agradecimiento especial a la Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo, por haberme guiado como tutora y asesora de este trabajo de titulación, quien, gracias a su apoyo, conocimientos y paciencia, me ayudo en la realización de este trabajo, ya que sin su apoyo no habría sido posible llevar a cabo la realización del mismo.

A mis pares revisores, Dr. Arturo Carpio y Dra. Paola Orellana, quienes me ayudaron con su conocimiento y recomendaciones, para lograr la realización de este trabajo de titulación.

RESUMEN

Introducción: El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno común en el sistema gastrointestinal y perjudica la calidad de vivir de los dolientes.

Propósito General: Analizar la acreditación verificada relacionada con el empleo de probióticos en pacientes con síndrome de intestino irritable.

Metodología: Se generó una búsqueda documental por medio de una exploración en los asientos informativos de Pubmed, Scielo, Latindex y/o Scopus comprendiendo 15 apartados literatos que compusieron la pesquisa.

Resultados: Prevaleció las mujeres entre los 18 a 27 años, así como se exteriorizó que la clínica del SII abarca desde dolencias abdominales y epigástricas, cuadros de constipación, alteraciones en la consistencia fecal, siendo estas muy líquidas hasta afecciones emocionales, anímicas y/o psicológicas. Simultáneamente, la terapéutica de esta patología incorpora o no métodos farmacológicos, ya que consta de medios nutricios, deportivo y/o probióticos que pueden ser implementados como una forma para minimizar la clínica del paciente. El probiótico multicepas se asoció con una mejora significativa de la sintomatología en afectados y fue bien tolerado.

Conclusiones: Se discierne que la prevalencia fue variada a pesar que la evidencia no refirió una ejemplar objetivamente direccionado a la población mundial que padece esta afección, aun así, si destacó una prevalencia de las féminas y edades comprendidas entre los 18 a 27 años. La terapéutica puede o no incorporar métodos farmacológicos que pueden ser implementados como una forma para minimizar la clínica. Por último, se concluye que los probióticos constan de una representación segura para su manejo en dolientes con SII.

Palabras clave: Probióticos, enfermedades inflamatorias del intestino, microbioma gastrointestinal.

ABSTRACT

Introduction: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a common disorder affecting the gastrointestinal tract and the patient's lifestyle.

General Purpose: To analyze the reliable accreditation for the use of probiotics in IBS patients.

Methodology: An investigative documental search was set out through PubMed, SciELO, Latindex, and/or Scopus databases comprising 15 articles that made up the research.

Result: The condition was predominant in women from 18 to 27 years old. It was known that IBS includes abdominal disorders and epigastric pain, constipation, changes in stool consistency—such as liquid consistency—, and even emotional, mood, and/or psychological affections. At the same time, the therapy of this pathology may or may not incorporate pharmacological methods, consisting of nutritional, sports and/or probiotic means, which could be integrated to reduce the patient's symptoms. The multistep probiotic was associated with a significant improvement of the symptomatology in affected patients and was well tolerated.

Conclusions: It is discerned that the prevalence was varied despite the fact that the evidence did not refer to a sample objectively addressed to the world population suffering from this condition; even so, it did highlight a prevalence in females and ages between 18 and 27 years. Therapeutics may or may not incorporate pharmacological methods that can be implemented as a way to minimize symptoms. Finally, it is concluded that probiotics are safe to treat IBS patients.

Keywords: Probiotics, inflammatory bowel diseases, microbiome, gastrointestinal.

Índice

CAPITULO I 1	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II.....	4
OBJETIVOS.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
CAPITULO III	5
MARCO TEÓRICO	5
CAPITULO IV	11
METODOLOGÍA.....	11
Diseño.....	11
Base de datos	11
Estrategia de búsqueda.....	11
Criterios de Inclusión y Exclusión	11
Términos de la búsqueda o palabras clave	12
Síntesis y presentación de los resultados.....	12
CAPITULO V.....	13
RESULTADOS	13
CAPITULO VI	25
DISCUSIÓN.....	25
CAPITULO VII.....	27
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La afección de intestino irritable se refleja en la literatura como un disturbio entre el intestino y cerebro que se particulariza con dolencias y molestias abdominales de manera crónica que perjudican los hábitos intestinales, es de añadir que también es reconocido como un trastorno habitual direccionado a daño gastrointestinal de clase funcional, crónico y, ciertas ocasiones hasta incapacitante. Esta patología se distribuye según sea la clínica que exteriorice el paciente, la misma que abarca desde el SII con diarrea (IBS-D), el SII con un patrón mixto (IBS-M) de diarrea y estreñimiento, el SII con estreñimiento (IBS-C) y el SII no clasificado (1,2).

Esta condición afecta alrededor del 9.2% al 15% del poblado mundial, llegando a perjudicar negativamente la calidad de vida y productividad laboral, más que nada por el dolor abdominal, la flatulencia, la hinchazón, o las molestias asociadas con cambio en las rutinas intestinales como la constipación y/o evacuaciones líquidas (3,4). A pesar de ser una circunstancia que expone un peligro a los individuos que la padecen, su fisiopatología no es comprendida de manera clara, pero se apunta que la condición es multifactorial, afectada por factores ambientales, psicosociales y hereditarios. Esto desencadenados por mecanismos de disfunción en el eje cerebral e intestinal, hipersensibilidad visceral, alteraciones en la integridad de la barrera epitelial que generan un cambio anormal en la permeabilidad del intestino, extendiendo su perjuicio y anomalía a la motilidad, activación inmunitaria, señalización entero endocrina y, forjando disbiosis en el microbiota intestinal (5,6).

Por otra parte, la diagnosis del SII se centraliza en la exclusión de otros graves trastornos gastrointestinales y en que se den por hecho los criterios de Roma, sin embargo, es de hacer énfasis que los primeros esfuerzos por diagnosticar la patología se realizaron a finales del siglo XIX, a pesar de ello, aun no se encuentran establecidos los criterios diagnósticos y métodos de tratamiento adecuados que todavía se encuentran en investigación. Es de añadir que cuando se detalla sobre los probióticos, según esta información recopilada, se los describe como microorganismos, que, al ser adquiridos en cuantías convenientes, proporcionan una ayuda en la salud del huésped (7).

Los mecanismos precisos de los probióticos en la morfología del individuo no se reconocen en su totalidad, pero se discurre que los suplementos probióticos ayudan a los indicios del SII por medio de la manipulación del microbiota intestinal (8,9). Algunos saberes, revisiones

sistemáticas y metaanálisis afirman que ciertos probióticos son resolutivos ante sintomatología del SII, con énfasis en la mejoría de la calidad de vivir de los dolientes. A raíz de la exteriorización de clínica asociada a muchos otros cuadros patológicos (o simplemente por el hecho de ser signos y síntomas de transcurso y resolución inmediata y que no requieren de una terapéutica en específico), es complicado tener una conclusión definitiva por la alta diversidad (10).

Los probióticos en pacientes con SII son efectivos y fiables, en particular en los individuos que lo aplican en un acortado lapso temporal, alrededor de unos 56 días a proximidad, con 1 dosis elevada de una única cepa probiótica expondría enormes rendimientos, esto por motivo que su efecto es más certero que otras opciones de terapéutica existente hoy en día (11). En sí, se ha demostrado que los probióticos coadyuvan a optimizar la periodicidad ordinaria y la consistencia fecal y el tiempo de tránsito intestinal, se ha manifestado que la cepa *Bacillus coagulans*, es eficaz al aliviar los síntomas como por ejemplo es estreñimiento, hinchazón, vómitos, dolor abdominal, náuseas, diarrea, por lo que los probióticos resultan como un impacto positivo a los pacientes con SII, lo cual mejora definitivamente su calidad de vida.

Recientemente, varias erudiciones han exteriorizado que los probióticos conseguirían tener efectos positivos en el SII y son ampliamente utilizados para mejorar los síntomas que esta patología produce, lo que demuestra que los probióticos pueden llegar a desempeñar un papel considerable en el tratamiento del SII. Las evidencias muestran que la gran mayoría de los tratamientos farmacológicos para la terapéutica del SII son débiles, esto a razón que los probióticos forjan efectos beneficiosos para la salud, a pesar de ello, existen diversas terapias farmacológicas que son eficaces, pero en la mayoría de los ensayos se ha demostrado que la duración del tratamiento es menor de seis meses, por ello su eficacia en un largo plazo no se encuentra totalmente clara.

La relevancia de una indagación investigativa de representación bibliográfica del SII y el uso de probióticos, se justifica y es imprescindible a razón de la exhibición perenne de dicha patología como una de las afecciones funcionales que habitualmente se manifiesta durante la consulta de pacientes en las líneas de atención primarias y secundarias de salud y por la cual se ha enlazado inminentes perjuicios que incrementan la amenaza, limita y vulnera la calidad de vida de los individuos a los que frecuentan con esta patología.

La pesquisa bibliográfica se propone a distinguir la prevalencia del SII, detallar las características clínicas que se reflejan por su desarrollo e identificar el uso de probióticos como terapéutica expuesta a través de las expresiones de productores intelectuales de publicaciones existentes. La vigente pesquisa se orientará a la indagación de las nociones disímiles y análogas de los literatos referentes a la afección de intestino irritable; y la eficiencia de los probióticos con el propósito de exteriorizar un instrumental íntegro para acceder a información relevante de la patología. La indagación en vigor consta en los lineamientos investigativos de la institución universitaria católica de Cuenca, de ciencias médicas, simultáneamente, incorpora una fuente esencial del departamento de gastroenterología, específicamente en la línea de medicina interna y matizando la valía de esta búsqueda.

A más de ello, la pesquisa fuera de atribuir con la caracterización de herramientas realizables en el SII, auxiliará en la detección anticipada y el vigor del uso de probióticos. A similitud, los mejorados de la actual investigación, son el poblado en general sin esta patología, ya que se compila evidencia facultativa sobre el uso de los probióticos ante la afección en el SII y que pudiera contribuir una vía para el desarrollo de la diagnosis, así como la noción sobre la utilidad de los probióticos en dichos afectados. Por tal moción, la actual inquisición se la discrepará como una imponente aportación intelectual y un fragmento valioso para exploraciones ulteriores, ya que constituirá un pilar significativo de inquisición selecta, que se ubicará disponible para los investigadores universales y especializados, y a cognición de ser una inspección literaria, se considera viable y adaptable a escenarios del área.

A razón de lo planteado, se expone esta incógnita de pesquisa: ¿Qué evidencia científica se halla sobre el uso de probióticos en pacientes con síndrome de intestino irritable?

CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la evidencia científica relacionada con el uso de probióticos en pacientes con síndrome de intestino irritable.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia del síndrome de intestino irritable.
- Describir las características clínicas que se reflejan por el desarrollo del síndrome de intestino irritable.
- Categorizar la terapéutica dirigida al síndrome de intestino irritable.
- Identificar el uso de probióticos en el síndrome de intestino irritable.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

La patología de SII tiene por síntomas característicos como la dolencia abdominal crónico junto a alteraciones de la defecación alternándose entre deposiciones diarreicas y estreñimiento o constipación acompañados de flatulencias y de distensión abdominal, el cual se suele localizar en hemiabdomen inferior. Este es considerado un trastorno funcional intestinal que no tiene una causa orgánica aparente, pese a tener relación con variación de la sensibilidad visceral y motilidad gastrointestinal. Se trata de un trastorno muy habitual en el poblado universal, siendo una de las principales etiologías a consultar en los cuidados primarios y en las citas gastroenterológicas. Se ha demostrado que esta patología intestinal tiene un predominio sobre las féminas en una analogía 2:1. (12).

El SII en base a la presentación de su clínica se lo puede llegar a clasificar como SII con preponderancia de evacuaciones líquidas (SII-D), SII con preeminencia de constipación (SII-C) o SII mixto (SII-M), en la misma se exhibe una miscelánea de las previamente detalladas. La etiología de la enfermedad no está del todo clara, pero se sabe que hay otras condiciones que pueden actuar como desencadenantes tal es el caso de los síndromes de dolencia somática, desórdenes gastrointestinales previos y trastornos psiquiátricos los cuales incrementan la posibilidad del progreso de la afección (13).

La edad de debut de esta enfermedad no tiene discriminación pudiendo presentarse a partir de los 15 años a los 65 años, siendo usualmente la dolencia consultada más frecuente en longevidades concebidas entre los 30 y 50 años. No obstante, se considera que las cifras porcentuales de los pacientes que sufren de esta enfermedad podrían ser mucho más elevada dado que sólo del 25-30% de los pacientes llegan a la consulta, se estima que el otro 70% no la consultan por lo cual no reciben atención médica. Hay varios factores que contribuyen a que esta cifra se mantenga elevada como la cultura, gravedad de los indicios y trastornos asociados (14).

A nivel global es difícil tener cifras exactas de la prevalencia, pero se estima que oscila entre 10-20%, dependiendo del país, criterio clínico usado, población a analizar, edad, sexo, entre otras. La prevalencia de las disímiles exhibiciones de SII es muy versátil puesto que el SII-C se presenta en un 5.2% al 66% de los pacientes, el SII-D en un 0.8% al 33.9% y el SII-M en un 5.2% al 33.8%, un meta-análisis de prevalencia mundial publicado en 2020, donde se analizan

más de 260.000 pacientes de 80 estudios diferentes, la coloca alrededor del 11%, siendo más grande en féminas adolescentes en una ratio de 2:1 (15).

El síndrome de intestino irritable, se relaciona estrechamente con una mengua de la calidad de existencia y productividad laboral; se habla que esta patología desestabiliza al individuo que lo padece en su vínculo familiar, social, emocional, económico y laboral. Dicha desestabilización expone al paciente al peligro de recibir tratamientos sin fundamentos e inefectivos, por lo cual los expertos en la materia consideran que pese a tratarse de un trastorno que no puede llegar a ser mortal puede transformar la existencia del paciente en algo insoportable (16).

La correcta coordinación entre la generación de pujanzas sensoriales y la contestación motora intestinal alcanza la regularidad del funcionamiento del tubo digestivo, por consiguiente, es fundamental que estos mecanismos se mantengan a grado central, además de la mediación del sistema nervioso independiente. Entre los hallazgos histológicos que se han obtenido en los últimos años, se demostró una infiltración de linfocitos intraepiteliales en la mucosa rectal y ganglios del plexo mientérico de dolientes con SII. Además, se ha visto acrecentamiento de los mastocitos y tripas en la mucosa intestinal, al igual que citoquinas proinflamatorias como IL-6, IL1b, elemento de necrosis tumoral α , entre otros.

Se ha demostrado la relación que existe entre varios componentes dietéticos que tienen la posibilidad de aumentar los indicios del SII, entre los cuales resaltan los carbohidratos mal impregnados, como fructuosa y lactosa, además de ácidos grasos de cadena corta o sales biliares. Pese a ello, basándose en pesquisas que se han efectuado, la prevalencia de intolerancia a la lactosa en dolientes con la patología, no se modifica. Se estima que los dolientes, consiguiesen tener un transporte gaseoso enlentecido o bien mengua de la tolerancia al gas, esto ya que la expansión abdominal y percepción de llenura o plenitud son parte de los síntomas más referidos en las consultas.

Se demostró que el SII es una variación biopsicosocial a razón a que interactúan disímiles factores emotivos, de conducta, cognoscitivos y fisiológicos, hay elevados índices de comorbilidad psicológica, siendo primordialmente trastornos como la ansiedad y depresión, por lo cual se estima que un evento difícil en la vida del individuo, sea el inicio de los iniciales síntomas. Sin embargo, se ha identificado una grande prevalencia de trastornos fisiológicos

digestivos en explícitas progenies, lo cual pudiere ser por cierta tendencia genética al igual que la enfermedad celiaca.

Una vez que se evalúa a un paciente con SII, es fundamental tener en cuenta no solo los indicios gastrointestinales que muestra sino además los componentes precipitantes que tengan la posibilidad de estar asociados, llevando a cabo una historia clínica descriptiva. En el interrogatorio, es fundamental averiguar sobre las propiedades del dolor o molestia abdominal, en términos de frecuencia, localización, carácter, duración, irradiación y componentes asociados. El jefe intestinal debería caracterizarse de acuerdo con la forma, frecuencia, consistencia y facilidad o complejidad de evacuación de las heces, además de implantar una interacción entre la variación del hábito intestinal con el dolor o molestia abdominal. Debería preguntarse sobre cualquier sangrado rectal, evacuación de moco, indicios nocturnos, etcétera. que tengan la posibilidad de representar indicios de alarma.

El dolor del SII es principalmente difuso o de ubicación inexacta, así sea en la parte central o baja del vientre. Se muestra a lo extenso de diversos días, siendo intermitente e impredecible, cambia con el principio del dolor y principalmente alivia con la defecación, lo cual indica que se origina en el colon. Hay otros indicios asociados al SII, que tienen que tomarse presente a pesar que no son suficientemente específicos, para ser integrados en los criterios diagnósticos, sin embargo, que a menudo acompañan al SII. Estas señales son: sensación de hinchazón o inflamación intestinal, evacuación inconclusa, esfuerzo/dificultad o urgencia para defecar y más grande presencia de eructos o flatos.

No obstante, se debería tener en cuenta que la urgencia defecatoria es más profunda una vez que la actividad motora del colon se incrementa, lo cual pasa principalmente frente a situaciones de estrés, después de ingerir o al instante de despertarse. Además, el esfuerzo defecatoria o deposicional desmesurado, se sigue casi continuamente de una sensación de frustración por evacuación inconclusa. Ya que el SII es considerado una afección intestinal crónica, servible y frecuente, que se identifica por dolencia o molestia en abdomen, coligado a un cambio en la contextura defecatoria que necesita de ciertos criterios diagnósticos. Por lo cual, en todo el lapso temporal, se han descrito diversos parámetros de diagnosis asentados en indicios, para unir y estandarizar su diagnóstico.

Por otro lado, el nombre patología inflamatoria intestinal (EII) se aplica a 2 patologías: la colitis ulcerativa (CU) y la patología de Crohn (EC). Estas dos patologías usualmente se manifiestan en adultos y adolescentes, se relacionan con la mezcla de componentes genéticos y medioambientales que alteran la regulación del sistema inmune del individuo. Específicamente en la CU se muestra inflamación continua de la mucosa del colon y recto, con episodios de recaídas y de remisión; a medida que la EC se caracteriza por una inflamación transmural que puede influir toda la enfermedad del tracto digestivo (TGI) en forma segmentaria, llevando algunas veces a estenosis luminal y a indicios obstructivos. Estas entidades conducen a diversas discapacidades físicas, nutricionales e inmunológicas responsables de dolencia en abdomen, heces fecales de consistencia inadecuada o líquidas, sangrado rectal, fiebre, fatiga y merma de peso; con viable formación de abscesos, fístulas y estenosis intestinal.

Lo dicho hasta aquí es razón suficiente para que la indagación mediante la anamnesis y/o pesquisa corporal sea lo puntual y detallada posible, así también el poder establecer si muestra caracteres de emergencia para lograr hacer pruebas complementarias. Si bien 1 propiedad de alarma (o más) no optimizan el beneficio de los 18 juicios alarmantes, la carencia de sus indicios reduce la probabilidad de patología en el SII con preponderancia un cuadro diarreico, sin embargo, si incumbirían comprobar para retirar patologías análogas o pedir test adicionales; es fundamental buscar y de manera directa preguntar por la existencia de signos de alarma.

Criterios de alarma
Variaciones próximas de la frecuencia de deposiciones usuales.
Antecedentes familiares y/o propios ante patologías como: poliposis intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celíaca y afección inflamatoria intestinal.
Comienzo de la clínica desde los 50 años.
Exhibición o curso de clínica con indicios de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntomas nocturnos o hematemesis ▪ Fiebre o dolencia en abdomen de índole crítico ▪ Anemia o indagación física que cursen con información patológica como: visceromegalias, masa abdominal palpable, bocio, tacto rectal patológico y/o adenopatías. ▪ Leucocitosis. ▪ Pérdida de peso no intencionadamente y/o inexplicable por terceras etiologías.

Fuente: Casellas, et al., (2018) (17).

A razón de la reducción de especificidad y sensibilidad de la clínica en particular que direcciona a la diagnosis del SII conllevó al impulso de generar criterios: Criterios de Manning, de Roma I, II, III y IV, de Kruis (18). Los de Roma, pese a la carencia y/o deficiencia existente en esta clasificación, siguen siendo hasta el presente los exclusivos admitidos por The Food and Drug Administration (FDA), así como las farmacéuticas y las pesquisas académicas; constituyen 4 variantes detalladas en dígitos romanos que se relatan subsiguientemente:

A) Criterios de Roma I y II:

Mearin, et al., (18) exterioriza que el dilema considerable que tiene estos dos grados yace en el requerimiento que amerita de un esclarecimiento diagnóstico y enunciación de criterios precisos para conseguir una evaluación positiva y sin recurrir al destacarte con diferenciales, sin acabar cuadros orgánicos, con el menor conjunto de tests auxiliares complementarios. Pese a disponer de sensibilidad y especificidad alta, aquello dificultó considerablemente los criterios de integración y llegando a quedar la determinación final en manos del gastroenterólogo y distanciado del experto general y/o internista. Incluso los especialistas con los discernimientos a la mano, los hallaban algo confusos y no los manejaban en diariamente (19).

B) Criterios de Roma III:

En este apartado se puede subdividir según el periodo, es decir, que durante los 3 meses últimos hayan cursado con afecciones (con hasta 6 meses de anterioridad previo a su diagnosis) que se incrementa con el estrés, clínica gástrica y/o intestinal, antecedentes inexplicables de dolencia, asociación de patologías como la ansiedad o depresión. A más de ello, sintomatología como pirosis, dispepsia, y además fatiga, lumbalgia, letargo, dolencias musculares, cefalea, fibromialgia, afecciones urinarias, insomnio, baja tolerancia a medicamentos y dispareunia (20).

C) Criterios de Roma IV:

En este caso se destaca la existencia de dolencia abdominal perenne y repetitiva que al menos 1 día en el transcurso de la semana y con 2 o bastante más de los distintivos siguientes:

- a) Asociación a la defecación.

- b) Es concerniente con una variación en la periodicidad de las deposiciones.
- c) Se mancomuna con una variabilidad en la consistencia de las deposiciones.

Referente a los requisitos temporales, se debe considerar que los criterios tienen que cumplirse a lo extenso de los posteriores 3 meses y los indicios haber iniciado en al menos de 6 meses precedentemente de la diagnosis. Este criterio indica una categorización en subcategorías del SII asentados en la solidez de las evacuaciones de consenso con la graduación de Bristol, si por encima del 25 % de las excreciones incumben a los tipos 1 o 2, se considera SII-E; una vez que más del 25 % de las evacuaciones son del ejemplar 6 o 7 SII-D; si coexiste más del 25 % de las dos (tanto 1 o 2 como 6 o 7), está instituido la diagnosis de SII con rutina deposicional mixta y una vez que hay menos del 25 % de las 2 se identifica de modo deposicional no clasificable, y alternante una vez que se exhiben variaciones durante lapsos prolongados temporales.

Las tácticas con probióticos, en específico con lactobacilos y bifidobacterias, aminoran las dolencias abdominales y generan una mejora en general que influye en el restablecimiento del equilibrio de la microflora del intestino, esto a raíz de su cabida de coalición al epitelio intestinal y manufactura de componentes que inhabilitan la incorporación e incursión de patógenos microorgánicos (21). Ciertas fuentes sistemáticas y erudiciones analíticas han exhibido que estos desencadenan un impacto mínimo; Ford, et al., (22) indagaron sobre el empleo de probióticos en 5'545 afectados con SII, resaltando que 37 de aquellas antecedentes electos para la indagación (21 evaluaron la conjunción de probióticos) en un total de 4403 dolientes. Llegando a esclarecer que las composiciones de probióticos han sostenido una huella fructífera en la persistencia de indicios, estadísticamente preeminente al placebo (RR = 0,79; 95% CI 0,68-0,91), sin embargo, con una heterogeneidad significativa (I²=72%) y un número primordial a intentar (NNT) de 7.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Diseño

La vigente exploración cursó como un documental de revisión, no experimental, de un alcance descriptivo y retrospectivo en tal forma que integró e indagó las publicaciones evidentes para puntualizar las variables a estudiar y detalló el empleo de probióticos en la afección de intestino irritable.

Base de datos

Se incorporaron artículos precisos y únicos, los cuales se alcanzaron por medio de una pesquisa en las fuentes de Pubmed, Latindex, Scielo, Web of science y Scopus englobando todos los apartados selectos anunciados en el lapso entre el 2017 al 2022.

Estrategia de búsqueda

En la pesquisa para la resolución de las preguntas de escrutinio se discurrió el proceder de los colaboradores, mediaciones, correlaciones y secuelas especificado por el centro Cochrane Iberoamericano 2011, al mismo tiempo de desarrollar un filtrado y discernimientos de elección para los motores de pesquisa indicados precedentemente y se situaron los descriptores en salud explícitos por medio de la ecuación de exploración del tipo componentes de restricción, operadores booleanos y calificativos del territorio.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Pesquisas que abarquen un lapso temporal entre el 2017 y 2022.
- Artículos en idioma español e inglés.
- Se incorporarán publicaciones científicas como: ensayos científicos, revisiones sistémicas, meta-análisis y/o indagaciones descriptivas.

Criterios de Exclusión

- Editoriales, cartas, tesis de pregrado, indagaciones de erratas y/o congresos.
- Literatura disociada al título y/o sus variables.
- Pesquisas ejecutadas en el uso de probióticos ajenas a la afección del intestino irritable.
- Referencia forjada o que carezca de las pautas de calidad concretadas.

Términos de la búsqueda o palabras clave

Las terminaciones DeCS/MeSH concernientes fueron: “Probióticos” (ID: D019936); “Enfermedades Inflamatorias del Intestino” (ID: D015212); “Microbioma Gastrointestinal” (ID: D000069196). Para la gestión exploratoria se destinaron operadores Booleanos para la pesquisa de fundamentos: “AND”, “OR” y “NOT”, de ellos el más utilizado fue “AND” que otorgó un 40% de combinaciones de léxicos para proporcionar de piloto, ampliar, concretar o detallar colecciones de disposiciones vinculados a la argumentación de búsqueda para una ágil exploración de pesquisas científicas.

Síntesis y presentación de los resultados.

Se realizó la selección de publicaciones, se prescindió las admisiones duplicadas y examinaron las pesquisas excluidas o que demandaron una valoración agregada. Posteriormente, todos los datos fueron categorizados según el autor y año de publicación; título, país, población y principales resultados/hallazgos principales.

CAPITULO V

RESULTADOS

Los literatos especificados en la Figura 1 para cada unidad de esta exploración se diferenciaron por medio de la exploración en fuentes de información y otros datos llegando abarcar 200 artículos que abastecieron la afección de Kawasaki.

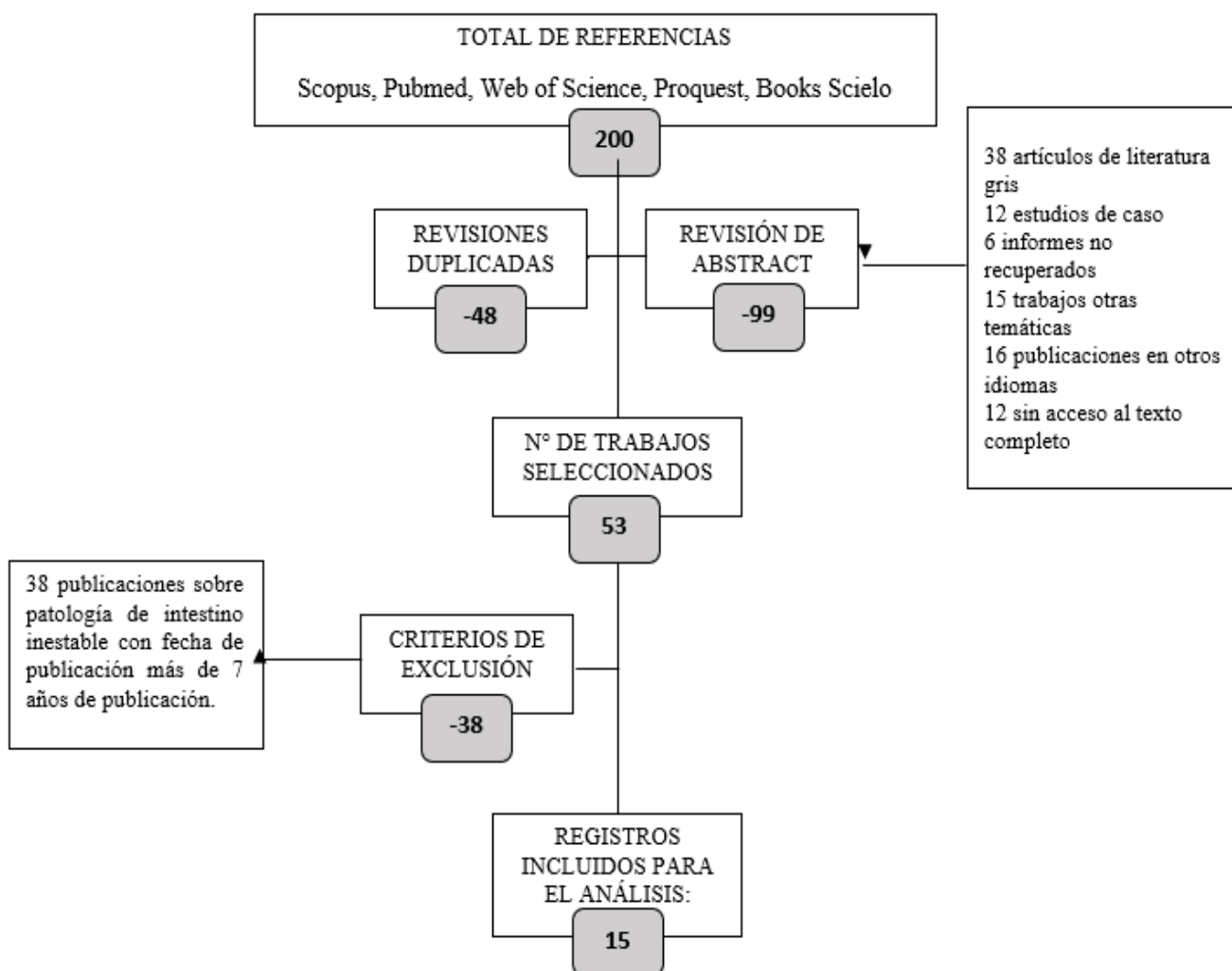


Figura 1. Diagrama de flujo de PRISMA para las exploraciones sistemáticas.

Tabla 1.*Síntesis de la literatura revisada*

Autor /Año	Título	País del estudio	Población	Resultados
Oka, et al., (23) 2020	Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis	Países Bajos	Se incorporaron 57 de las pesquisas yacieron elegibles, y personificaban 92 adultos diferentes, que comprendían 423'362 participantes con SII según los criterios de Roma III o IV.	Un $\geq 90\%$ de los individuos abarcaban una edad ≥ 18 años. La prevalencia conjunta del SII en 53 pesquisas que emplearon los criterios de Roma III, procedentes de 38 países y con 395 385 participantes, fue del 9-2% (IC del 95%: 7-6-10-8; I2=99-7%). Por el contrario, 6 indagaciones que solo abarcaron el IV, procedentes de 34 nacionalidades y con 82'476 individuos, fue del 3-8% (IC del 95%: 3-1-4-5; I2=96-6%). El SII con hábito intestinal mixto (SII-M) fue el subtipo más usual con los criterios III, notificado por el 33-8% (IC del 95%: 27-8-40-0; I2=98-1%) de los individuos que cumplían los criterios del SII (es decir, el 3-7% [2-6-4-9] de todos los participantes incluidos tenían SII-M), pero el SII con diarrea (SII-D) fue el subtipo más habitual con los criterios IV (notificado por el 31-5% [IC 95% 23-2-40-5; I2=98-1% 61-6%] de las personas con SII, lo que corresponde al 1-4% [0-9-1-9] de todos los participantes incluidos que tenían SII-D).
Zeeshan, et al., (24) 2022	Irritable bowel syndrome in adults: Prevalence and risk factors	Inglaterra	Efectuaron una indagación de corte transversal durante el 2022 a 300	Una prevalencia de 70% del SII en los pacientes evaluados, además en su pesquisa exhibe un dominio de los hombres en un 57%.

			individuos en el Hospital KRL de Islamabad.	<p>146 (48,66%) individuos informaron de dolor abdominal asociado a la defecación, un 58% enunciaron un síndrome de dolor epigástrico (SPD), el 32,67% un síndrome de malestar postprandial (SPP) y el 9,33% dispepsia.</p> <p>162 (54%) individuos informaron de un consumo elevado de té, 81 (27%) de café y 57 (19%) de bebidas carbonatadas. 139 individuos informaron de que realizaban una actividad de intensidad vigorosa, de los cuales 69 (49,64%) realizaban 60 minutos de actividad vigorosa al día.</p>
Back, et al., (25) 2020	Epidemiological, Clinical, and Psychological Characteristics of Individuals with Self-reported Irritable Bowel Syndrome Based on the Rome IV vs Rome III Criteria	Estados unidos	1.375 adultos que se autoidentificaron con SII, aplicando los criterios de Roma III y Roma IV, y se evaluó la presencia de un trastorno intestinal funcional alternativo en los individuos que ya no cumplían los criterios de diagnóstico del SII con los criterios más restrictivos de Roma IV	<p>Se compararon las características de los individuos que sólo cumplían los criterios de Roma III con los que cumplían los criterios de Roma IV. En total, 1080 de 1368 individuos (78,9%) con SII cumplían los criterios de Roma III.</p> <p>En cambio, 811 de 1373 personas (59,1%) con SII cumplían los criterios de Roma IV.</p> <p>Entre los que ya no tenían SII según los criterios de Roma IV, 33 (11,5%) cumplían los criterios de Roma IV para el estreñimiento funcional, 118 (41,3%) para la diarrea funcional, 68 (23,8%) para la hinchazón o distensión abdominal funcional, y 67 (23,4%) para un trastorno</p>

				intestinal funcional no especificado.
Giménez y Huang (26) 2020	Ansiedad y depresión como actores asociados al SII en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Itapúa, Paraguay 2018	Paraguay	Pesquisa en la que asociaron 160 alumnados del área médica de la institución universitaria nacional de Itapúa.	Un 23,75% cursaban con SII bajo los criterios IV de Roma, de los mismos que hubo un predominio de las féminas en un 78,9% entre los 18 y 27 años ($\pm 22,8$). A más de ello expuso que un 71 y 36,8% desplegó cuadros estadísticamente significativos de ansiedad y depresión respectivamente. Simultáneamente, se manifestó una predominancia de estreñimiento en un 42% sobre los cuadros diarreicos (23,86%).
Adriani, et al., (27) 2018	Irritable bowel syndrome: the clinical approach	Italia	Revisión literaria	El SII es una indisposición usual que aqueja al 9-23% del poblado universal, estando el 80% de las féminas, con un impacto notable en la calidad de vida y en los costes sanitarios. Además, aporta que las modificaciones del estilo de vida, como la disminución del estrés y el acrecentamiento de la actividad física, parecen ser útiles para mejorar los síntomas y deben fomentarse.
Fang, et al., (28) 2022	Are bowel symptoms and psychosocial features different in irritable bowel syndrome patients with abdominal discomfort compared to abdominal pain?	Estados unidos	367 pacientes con SII que cumplían los criterios de Roma III.	Se clasificaron según el síntoma abdominal predominante asociado a la defecación en un grupo de sólo dolor, un grupo de sólo malestar y un grupo de dolor y malestar. No acaeció discrepancias notables entre la miscelánea de dolor (n = 233) y el grupo de malestar (n = 83) para lo siguiente: frecuencia del dolor

				o malestar abdominal defecatoria; hábitos intestinales; dolor extra gastrointestinal coexistente; ansiedad y depresión comórbidas; y puntuaciones de calidad de vida del SII, excepto que más pacientes del grupo de malestar informaron de síntomas leves que el grupo de dolor (22,9% frente a 9,0%).
Vork, et al., (29) 2018	Rome III vs Rome IV criteria for irritable bowel syndrome: A comparison of clinical characteristics in a large cohort study	Inglaterra	404 individuos con SII - Roma III.	Se exteriorizó mayor frecuencia de mujeres jóvenes y reclutados en atención secundaria/terciaria en comparación con los sujetos Roma IV negativos. Se exhibió puntuaciones más elevadas de dolor abdominal y gravedad de los síntomas gastrointestinales (GI) tanto en el diario al final del día como en la GSRs, puntuaciones más altas de síntomas psicológicos y menor calidad de vida en comparación con los sujetos Roma IV negativos.
Moayyedi, et al., (30) 2019	Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS)	Inglaterra	Revisión literaria en 31 fuentes sobre la terapéutica del SII	Se alcanzó el consenso en 28 de las 31 afirmaciones. Se exhibió que una dieta escasa en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP), era lo más óptimo para este tipo de dolientes, a diferencia de un régimen con gluten, la misma no era beneficiosa, a más de ello, indicaron que la suplementación con psilio puede ayudar a reducir los síntomas. Hicieron hincapié que las terapias alternativas como el aceite de menta y los probióticos, la cognitivo-

				<p>conductual y la hipnoterapia son terapias indicadas para estos casos. Entre las netamente farmacológicas están los antiespasmódicos, ciertos antidepresivos, eluxadolina, lubiproston y linaclotida. La loperamida, la colestiramina y los laxantes osmóticos no se recomiendan para los síntomas generales del SII.</p>
<p>Sinopoulou, et al., (31) 2021</p>	<p>Interventions for the management of abdominal pain in Crohn's disease and inflammatory bowel disease</p>	<p>Inglaterra</p>	<p>Se incluyeron 14 estudios (743 colaboradores aleatorizados)</p>	<p>Una pesquisa equiparó una dieta reducida en FODMAP (n=25) con una dieta alta en FODMAP/normal (n=25) en afectados con SII. Un estudio comparó la estimulación transcraneal de corriente directa (n = 10) con la motivación simulada (n = 10) en dolientes con la patología. Puede haber un restablecimiento en la fuerza de dolencia cuando se confronta la corriente directa transcraneal con la estimulación simulada (DM -1,65; IC del 95%: -3,29 a -0,01; pruebas de baja certeza).</p>
<p>Rangan, et al., (32) 2020</p>	<p>Use of Treatments for Irritable Bowel Syndrome and Patient Satisfaction Based on the IBS in America Survey</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>3.254 personas que cumplían los criterios de Roma III para el SII-estreñimiento (SII-C) o SII-diarrea (SII-D), así como datos de 302 médicos que tratan el SII.</p>	<p>La edad media de las personas con SII era de 47,3 años, el 81,2% eran mujeres y aproximadamente el 90% se identificaron como de raza blanca; el 72% consultaron sus síntomas de SII con un PCP y el 45% con un GI.</p>
<p>Hungin, et al., (33) 2018</p>	<p>Systematic review: probiotics in the management of lower</p>	<p>Inglaterra</p>	<p>Se incluyeron un total de 70 estudios (SII, 34; diarrea asociada a antibióticos, 13;</p>	<p>De los 15 estudios que inspeccionaron los síntomas globales del SII como criterio de valoración primario, 8 informaron de beneficios</p>

	gastrointestinal symptoms - an updated evidence-based international consensus		diarrea asociada al tratamiento de erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> , 7; otras afecciones, 16)	significativos de los probióticos frente al placebo. Las declaraciones de consenso con un acuerdo del 100% y un nivel de evidencia acrecentada, exteriorizaron que los probióticos específicos ayudan a reducir la carga sintomática global y el dolor abdominal en algunos pacientes con SII y la duración/intensidad de la diarrea en los pacientes a los que se les ha prescrito antibióticos o terapia de erradicación de <i>H. pylori</i> , y tienen una seguridad favorable. Las afirmaciones con un acuerdo del 70% al 100% y una evidencia "moderada" indicaron que, en algunos pacientes con SII, los probióticos específicos ayudan a reducir la hinchazón/distensión y a mejorar la frecuencia/consistencia de las deposiciones.
Ishaque, et al., (34) 2018	A randomized placebo-controlled clinical trial of a multi-strain probiotic formulation (Bio-Kult®) in the management of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome	Inglaterra	400 pacientes adultos con SII con predominio de diarrea sintomática de moderada a grave (SII-D) asignados al azar a una terapéutica con el probiótico multicepas Bio-Kult® y/o con placebo.	La terapéutica con el probiótico mejoró significativamente la gravedad del dolor abdominal en los pacientes con SII-D. Una reducción del 69% para el probiótico frente al 47% para el placebo ($p < 0,001$) equivale a una reducción de 145 puntos en el sistema de puntuación de la gravedad del SII (IBS-SSS).
Sun, et al., (35)	The effect of <i>Clostridium butyricum</i> on	Inglaterra	Se reclutaron 200 pacientes con SII-D y se les	En relación con el placebo, la CB es eficaz para optimizar la sintomatología del SII-D (-

2018	symptoms and fecal microbiota in diarrhea-dominant irritable bowel syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial		administró Clostridium butyricum (CB) o placebo durante 4 semanas.	62,12 ± 74,00 frente a -40,74 ± 63,67, p = 0,038), así como la calidad de vida (7,232 ± 14,06 frente a 3,159 ± 11,73, p = 0,032) y la frecuencia de las deposiciones (-1,602 ± 1,416 frente a -1,086 ± 1,644, p = 0,035). Las tasas de respuesta son mayores en el CB en comparación con el placebo (44,76% frente a 30,53%, P = 0,042).
Valdovinos, et al., (36) 2019	Uso de probióticos en la práctica clínica: resultados de una encuesta nacional a gastroenterólogos y nutriólogos	México	357 gastroenterólogos y 340 nutriólogos de la asociación mexicana.	De una totalidad de 697 gastroenterólogos y nutricionistas, solo el 64,92 y 76,08% cursaban con un discernimiento sobre los probióticos respectivamente. De ello el 21, 5 y 39 % de ellos discurren que los mismos son requerimientos base para la conservación de la salud, sin embargo, el 87% de dichos expertos concuerdan con que su manejo es el óptimo en la clínica del SII. La cepa analizada en un estudio clínico para el síntoma o padecimiento concreto fue la particularidad más notable para determinar un probiótico por 141 de los gastroenterólogos (44.33%) y 106 de los nutriólogos (34.30%), con discrepancia reveladora entre los grupos (P 0.010). Finalmente, el 97% de los colaboradores consideran que los probióticos son estables y no representan un riesgo en los pacientes.
Ford, et al., (22)	Systematic review with	Inglaterra	Revisión literaria en 4017 fuentes.	Los datos sobre prebióticos y simbióticos fueron escasos.

2018	meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome			Fueron elegibles 53 ECA de probióticos, con 5545 pacientes. Las combinaciones particulares de probióticos, o especies y cepas específicas, parecían tener efectos beneficiosos sobre los síntomas globales del SII y el dolor abdominal, pero no fue posible establecer su eficacia.
------	--	--	--	--

Inicialmente al examinar sobre lo prevalente de la patología intestinal, Oka, et al., (23) en su pesquisa bibliográfica puntualizaron que el SII predominaba en féminas en un 12%, simultáneamente direccionó su indagación con base a los criterios de Roma (en particular el III y IV) detallando que en los países bajos fue sustancialmente menor el síndrome con el criterio IV (82´476 personajes; correspondientes 3-8%), lo que sugiere que estos discernimientos más restrictivos podrían ser menos convenientes que los III (395´385 participantes, equivalentes al 9-2%) para las encuestas epidemiológicas basadas en la población. Zeeshan, et al., (24) aportaron una prevalencia de 70% del SII en los pacientes evaluados en Inglaterra, además en su pesquisa exhibe un dominio de los hombres en un 57%. Mientras que Adriani, et al., (27) adicionaron que el SII es una dolencia habitual que perturba al 9-23% del poblado mayoritario, siendo el 80% mujeres, con un impacto considerable en la forma de vivir y en las cuantías sanitarias. Por otro lado, Vork, et al., (29) abarcaron el IV criterio de Roma para la diagnosis de SII a partir de la misma se expuso que en las féminas juveniles prevalecían.

En el siguiente aspecto a describir trata sobre las peculiaridades clínicas que se reflejan por el desarrollo del SII, partiendo con Giménez y Huang (26) quienes en su pesquisa asociaron en 160 alumnos un 23,75% cursaban con SII bajo los criterios IV de Roma, de los mismos que hubo un predominio de las féminas en un 78,9% entre los 18 y 27 años ($\pm 22,8$). A más de ello expuso que un 71 y 36,8% desplegó cuadros estadísticamente significativos de ansiedad y depresión respectivamente. Simultáneamente, se manifestó una predominancia de estreñimiento en un 42% sobre los cuadros diarreicos (23,86%). Hay que mencionar además que Zeeshan, et al., (24) despliegan que el 48,66% informaron sobre el dolor abdominal coligado a la defecación, un 29% anunciaron de cambios en la apariencia (forma) de las heces y 22,34% dolientes informaron de variedades en la frecuencia de excretas.

También se almacenaron las secuelas de la clínica más habitual revela que un 63% declararon tener estreñimiento, un 26% diarrea durante los últimos 6 meses y un 11% ambos, es decir, sintomatología mixta (24). Por último, de la misma manera un 58% enunciaron un síndrome de dolor epigástrico (SPD), el 32,67% un síndrome de malestar postprandial (SPP) y el 9,33% dispepsia. Todavía cabe señalar que Back, et al., (25) en su indagación exhibieron que los individuos con SII, definido por Roma IV, tenían síntomas más graves, y una mayor proporción tenía un trastorno del estado de ánimo y evidencia de mala salud psicológica, en comparación con los individuos que sólo cumplían los criterios de Roma III para el SII. A más de ello se puede añadir la manifestación en un 11,5% de estreñimiento fisiológica, 41,3% con alteración de la composición de evacuaciones a una consistencia más líquida y el 23,8% con distensión.

Se debe agregar que Fang, et al., (28) mostraron que no acaeció divergencias específicas entre el dolor (n = 233) y el malestar (n= 83) para la frecuencia del dolor o malestar abdominal defecatoria; hábitos intestinales; dolor extra gastrointestinal coexistente; ansiedad y depresión comórbidas; y puntuaciones de calidad de vida del SII, excepto que más pacientes del grupo de malestar informaron de síntomas leves que el grupo de dolor (22,9% frente a 9,0%). Al mismo tiempo hay una tendencia significativa a que los pacientes informen de sus síntomas abdominales defecatorios y sin excreciones, pero solo con dolor o malestar. Por último, Vork, et al., (29) evidenció que en sus 404 individuos indagados era destacable las alzas dolientes del abdomen, así como sintomatología gastrointestinal de gravedad, no obstante, afecciones psicológicas también predominaban, desencadenando una índole de existencia irrisorio.

Por lo que se refiere a la terapéutica dirigida al síndrome de intestino irritable, Moayyedi, et al., (30) expusieron un consenso entre 28 de los 31 literarios de su pesquisa bibliográfica que planteaba un régimen alimentario escaso en di – mono y polisacáridos era lo más óptimo para este tipo de dolientes con SII, a diferencia de una ingesta con gluten, la misma no era beneficiosa. A más de ello, exteriorizaron que la suplementación con psilio puede lograr atenuar los síntomas, es de recalcar su hincapié en la terapéutica como el aceite de menta y los probióticos, la cognitivo-conductual y la hipnoterapia para aplicarlos u optarlos en estas circunstancias. Otra de las medidas netamente farmacológicas estuvieron los linaclotida, antiespasmódicos, eluxadolina, antidepresivos, lubiprostona, al contrario de los laxantes, la loperamida y la colestiramina que no se encomiendan para los indicios usuales del SII.

Sinopoulou, et al., (31) efectuaron una exploración literaria de la misma que puntualizó que una dieta de kéfir (o con *Lactobacillus*) con nada de mediación en dolientes con SII y suministró datos espaciados para sus copartícipes con EC. Las pruebas son muy inciertas acerca del alcance de dicha terapéutica ante la fuerza del dolor en el SII (DM 0,62; IC del 95%: 0,17 a 1,07) y la EC (DM -1,10; IC del 95%: -1,67 a -0,53). Mientras que Rangan, et al., (32) particularizaron que en un 77% de los colaboradores informó haber utilizado un tratamiento de venta libre (OTC) para sus síntomas de SII.

En el SII-C, los tratamientos de venta libre más utilizados fueron la fibra, los laxantes y los ablandadores de heces. En el SII-D, la terapéutica más electa abarcaron a los antiespasmódicos (51,0%), el difenoxilato (33,5%) la loperamida, la fibra y el subsalicilato de bismuto. Añadiendo que el 3,6% de los clínicos exhibieron estar muy complacidos con las elecciones de prescripción, sin embargo, los gastroenterólogos eran más propensos a recetar secuestradores de ácidos biliares y rifaximina para el SII-D, así como linaclotida y lubiproston para el SII-C, en comparación con los médicos de cabecera. Es de completar que medidas no farmacológicas usualmente encomendadas por especialistas fueron los probióticos (73%), los cambios en los requerimientos nutricios y la relajación (26%) (32).

Para concluir, al examinar sobre el uso de probióticos en el SII, Hungin, et al., (33) efectuaron en su escrutinio literario en 70 publicaciones de los cuales 34 relataban sobre el SII en asociación a cuadros diarreicos, de aquellos, 15 examinaron los síntomas globales del SII como criterio de valoración primario y 8 anunciaron de provechos representativos de los probióticos frente al placebo. Las declaraciones de consenso con un acuerdo del 100% y un nivel de evidencia elevada revelaron que los probióticos coadyuvan en la reducción de la carga sintomática global, la dolencia en abdomen de ciertos individuos con SII y la duración/intensidad de la diarrea en los pacientes a los que se les ha prescrito antibióticos. Simultáneamente, se exterioriza que entre un 70% al 100% y una evidencia moderada señalaron que, en algunos pacientes con SII, los probióticos específicos ayudan a reducir la hinchazón/distensión y a mejorar la frecuencia/consistencia de las deposiciones.

Ishaque, et al., (34) exteriorizaron que la medida de afectados que estimaron sus indicios clínicos de moderados a graves se rebajó del 100% (inicialmente) al 14% una vez empleado el probiótico multicepas. Asimismo, el número de deposiciones diarias a partir del mes 2 se redujo significativamente en el grupo de probióticos en paralelo con el grupo de placebo ($p < 0,05$).

Simultáneamente de aliviar los síntomas, el probiótico mejoró notablemente todas las dimensiones en el cuestionario de calidad de vida del SII. Mientras que Sun, et al., (35) detallaron que el *Clostridium butyricum* (CB) es un probiótico que se ha utilizado en varias enfermedades gastrointestinales, los autores analizaron el cambio en el microbiota fecal y se predijeron las vías de funcionamiento de la CB en el tratamiento del SII-D, exteriorizando que la CB es eficaz para mejorar los síntomas generales del SII-D ($-62,12 \pm 74,00$ frente a $-40,74 \pm 63,67$), así como la calidad de vida ($7,232 \pm 14,06$ frente a $3,159 \pm 11,73$) y la frecuencia de las deposiciones ($-1,602 \pm 1,416$ frente a $-1,086 \pm 1,644$).

Por otra parte, Valdovinos, et al., (36) exteriorizaron que, de su pesquisa con una totalidad de 697 gastroenterólogos y nutricionistas, solo el 64,92 y 76,08% cursaban con un discernimiento sobre los probióticos respectivamente. De ello el 21,5 y 39% de ellos discurren que los mismos son requerimientos base para la conservación de la salud, sin embargo, el 87% de dichos expertos concuerdan con que su manejo es el óptimo en la clínica del SII. A más de ello también expresan que el 97% de los colaboradores consideran que los probióticos son estables y no representan un riesgo en los pacientes, sin embargo, el otro 18,8% que no ampara el uso del mismo por escasas de evidencias congruentes.

Por otro lado, Adriani, et al., (27) aportaron que las modificaciones del estilo de vida, como la mengua del estrés y el acrecentamiento de la actividad física, parecen ser útiles para mejorar los síntomas. Finalmente, Ford, et al., (22) expusieron que la rifaximina tiene una eficacia modesta para mejorar los síntomas en el SII no estreñido, por otro lado también detalló que las combinaciones particulares de probióticos y cepas concretas, parecían tener efectos beneficiosos sobre los síntomas globales del SII y el dolor abdominal, pero no fue posible establecer su eficacia.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

La pesquisa literaria converge con la bibliografía ya formada en disímiles estados del mundo en las mismas, es indiscutible que yace con un dilatado soporte informativo y discernimiento vasto sobre el empleo de probióticos en pacientes con SII. Del muestreo alcanzado Oka, et al., (23); Adriani, et al., (27) y Vork, et al., (29) enfatizan una prevalencia notable tanto en países bajos como en reino unido, con una supremacía de la afección en las féminas lo mismo que Giménez y Huang (26) concuerdan y, además amplían que las edades destacables abarcan entre los 18 y 27. Aquello difiere con Zeeshan, et al., (24) puesto que son los hombres quienes prevalecen. Sin embargo, ninguno de las indagaciones halladas relató un ejemplar muestral verdaderamente generalizable a la urbe mundial que sobrelleva este inconveniente de salud.

Por otra parte, al caracterizar las singularidades clínicas del SII, Giménez y Huang (26) acentuaron que los cuadros depresivos, el estreñimiento, las evacuaciones líquidas y la ansiedad eran significativa en los individuos con SII. Zeeshan, et al., (24) y Fang, et al., (28) concuerdan con ello y aportan que el dolor abdominal está coligado a las deposiciones y se enfatiza una exposición del síndrome de dolor epigástrico (SPD) y el de malestar postprandial (SPP). A más de ello, Vork, et al., (29) y Back, et al., (25) a pesar que coincide con lo predicho alegan que tras tomar en cuenta netamente los criterios de Roma, se evidenció un trastorno del estado anímico y afecciones psicológicas.

Al categorizar la terapéutica del SII pesquisas como la de Moayyedi, et al., (30) concretaron medidas no farmacológicas como un régimen nutricio basados en sacáridos, psilio, probióticos y otro farmacológico que incorporaban desde eluxadolina, algunos antidepresivos, lubiprostona, linaclotida hasta antiespasmódicos. Esto concuerda con Sinopoulou, et al., (31) y Rangan, et al., (32) quienes añaden a los lactobacillus, la fibra, subsalicilato de bismuto, loperamida, rifaximina y la relajación (este último desde el punto de vista no químico). Se encontraron pruebas de baja certeza de que la motivación transcraneal de corriente directa puede optimizar el ímpetu de dolencia en relación con la estimulación simulada.

Finalmente, los probióticos en específicos pueden aliviar los síntomas del tracto gastrointestinal inferior en el SII, así como prevenir la diarrea asociada a los antibióticos, esto lo respalda Hungin, et al., (33); Ford, et al., (22); Sun, et al., (35) y Ishaque, et al., (34), siendo

este último quien enfatiza que el probiótico multicepas se asoció con una mejora significativa de la sintomatología en afectados con SII-D y fue bien tolerado. Los probióticos medirían con un rasgo indudable para su empleo en afectados con SII, al menos en las fórmulas, dosificación y permanencia de la terapéutica.

Aún con lo alcanzado, el empleo de probióticos como terapéutica del SII-D instruiría no adquirir un resultado concreto en asociación a la cifra de episodios de evacuaciones diarreicas, es decir que no hay evidencia que en su totalidad respalde como medicación explícita para el síndrome, a razón que se exhibió una diversificación en los criterios de los profesionales dependiendo de cada paciente, la persistencia de la afección y el prototipo terapéutico. Esto va de la mano con lo aportado por Valdovinos, et al., (36) quienes, a pesar de que su pesquisa enfatiza y concuerda con los beneficios que los probióticos puedan conllevar, también detallan que los gastroenterólogos y nutriólogos difieren y exteriorizan que existe falta tanto en conocimientos de los expertos, como de evidencia y guías que especifiquen sobre la eficiencia y/o beneficios de los probióticos en las enfermedades digestivas careciendo de fuentes concluyente para un extenso abanico de potenciales derivaciones de su aplicación.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- Una vez efectuada la pesquisa literaria se discierne que la prevalencia fue variada sustancialmente entre las disímiles procedencias, y dicha versatilidad perduró implícitamente cuando se manejaron criterios de diagnóstico de Roma, aún así si destacó una prevalencia de las féminas y edades comprendidas entre los 18 a 27 años. No obstante, nadie refirió una ejemplar objetivamente direccionado a la población mundial que padece esta afección.
- Se concluye que las singularidades clínicas del SII comprenden desde dolencias abdominales y epigástricas, cuadros de constipación, alteraciones en la consistencia fecal, siendo estas muy líquidas hasta afecciones emocionales, anímicas y/o psicológicas.
- Simultáneamente, se concluye que la terapéutica de esta patología incorpora o no métodos farmacológicos, ya que consta de medios nutricios, deportivo y/o probióticos que pueden ser implementados como una forma para minimizar la clínica del paciente.
- Finalmente, se concluye que los probióticos generan un beneficio en algunos inconvenientes gastrointestinales inferiores como el SII, sobre todo, coadyuvan en la reducción de la carga clínica general, la dolencia en abdomen, la duración/intensidad de la diarrea y en la reducción de la hinchazón/distensión que consecutivamente mejora la frecuencia/consistencia de las deposiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dale H, Rasmussen S. Probiotics in Irritable Bowl Syndrome: An Up-to-Date Systematic Review. *Nutrients*. 2019; 11(9).
2. Niu H, Xiao J. The efficacy and safety of probiotics in patients with irritable bowel syndrome: Evidence based on 35 randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2020; 75: p. 116-127.
3. Chey W, Hashah J, Chang L. Clinical Practice Update on the Role of Diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022; 11(8): p. 1737-1745.
4. Benjak I, Gobin I, Kresovic A. How can Probiotic Improve irritable bowel syndrome symptoms? *World J Gastrointest Surg*. 2021; 13(9): p. 923-940.
5. Perez E, Quera R, Beltran C. Irritable Bowel Syndrome in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology and Hepatology*. 2022; 45(1).
6. Simon E, Calinou L, Mitrea L. Probiotics, Prebiotics, and Symbiotics: Implications and Beneficial Effects against Irritable Bowel Syndrome. *Nutrients*. 2021; 13(6).
7. Valdovinos L, Abreu A. Probiotic use in Clinical Practice of a National Survey of Gastroenterologists and Nutritionists. *Revista de Gastroenterologia de Mexico*. 2019; 84(3): p. 303-309.
8. Chelebic A, Slizweska K. Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics in the Irritable Bowel Syndrome Treatment: A Review. *Biomolecules*. 2021; 11(8).
9. Sun J, Kong C, Qu X, Deng C, Lou Y. Efficacy and safety of probiotics in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Saudi J Gatrienterol*. [en línea]. 2020. [Citado 30 de octubre de 2022]; 26(2): p. 66-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31898645/>.
10. Marquez I, Verdugo Y. Irritable Bowel Syndrome: A Narrative Review. *Revista de nutricion Clinica y Metabolismo*. 2021; 4(4).
11. Zhang C, Sun F, Duan L. Efficacy of Probiotics For Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2022; 12.
12. Fragoso T, Milán P. El síndrome de intestino irritable como causa de dolor abdominal crónico. *Scielo*. [en línea]. 2018. [Citado 30 de octubre de 2022];: p. 1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

- linea]. 2021. [Citado 31 de octubre del 2022]; 51(2): p. 196-202. <https://doi.org/10.52787/ndni4913>.
21. Camina M, Morel E, Franco J. Probióticos en el síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea. Evidencia Orientada al Paciente. [en línea]. 2020. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 23(1): p. 1-3. <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/4274/1831>.
 22. Ford A, Harris L, Lacy B, Quigley E, Moayyedi P. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. [en línea]. 2018. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 48(10): p. 1044–1060. <https://doi.org/10.1111/apt.15001>.
 23. Oka P, Parr H, Barberio B, Black C, Savarino E, Ford A. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*. [en línea]. 2020. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 5(10): p. 908–917. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30217-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X).
 24. Zeeshan M, Vakkalagadda N, Sree G, Anne K, et al. Irritable bowel syndrome in adults: Prevalence and risk factors. *Annals of Medicine and Surgery*. [en línea]. 2022. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 81(1): p. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104408>.
 25. Black C, Yiannakou Y, Houghton L, Ford A. Epidemiological, Clinical, and Psychological Characteristics of Individuals with Self-reported Irritable Bowel Syndrome Based on the Rome IV vs Rome III Criteria. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. [en línea]. 2020. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 18(2): p. 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.05.037>.
 26. Giménez O, Huang S. Ansiedad y depresión como actores asociados al síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Itapúa, Paraguay 2018. *CIMEL*. [en línea]. 2020. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 27(2): p. 30-34.
 27. Adriani A, Ribaldone D, Astegiano M, Durazzo M, Saracco G, Pellicano R. Irritable bowel syndrome: the clinical approach. *Panminerva medica*. [en línea]. 2018. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 60(4): p. 213–222. <https://doi.org/10.23736/S0031-0808.18.03541-3>.

28. Fang X, Fan W, Drossman D, Han S, Ke M. Are bowel symptoms and psychosocial features different in irritable bowel syndrome patients with abdominal discomfort compared to abdominal pain? *World journal of gastroenterology*. [en línea]. 2022. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 28(33): p. 4861–4874. <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i33.4861>.
29. Vork L, Weerts Z, Mujagic Z, Kruimel J, Hesselink M, Muris J, et al. Rome III vs Rome IV criteria for irritable bowel syndrome: A comparison of clinical characteristics in a large cohort study. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. [en línea]. 2018. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 30(2): p. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28804974/>.
30. Moayyedi P, Andrews C, MacQueen G, Korownyk C, Marsiglio M, Graff L, et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Journal of the Canadian association of gastroenterology*. [en línea]. 2019. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 2(1): p. 6–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6507291/>.
31. Sinopoulou V, Gordon M, Akobeng A, Gasparetto M, Sammaan M, Vasiliou J, et al. Interventions for the management of abdominal pain in Crohn's disease and inflammatory bowel disease. *The Cochrane database of systematic reviews*. [en línea]. 2021. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 11(11): p. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34844288/>.
32. Rangan V, Ballou S, Shin A, Camilleri M, Lembo A, Nee J, et al. Use of Treatments for Irritable Bowel Syndrome and Patient Satisfaction Based on the IBS in America Survey. *Brief communication*. 2020. [en línea]; 158(3): p. 786-788. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.10.036>.
33. Hungin A, Mitchell C, Whorwell P, Mulligan C, Cole O, Agréus L, et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms - an updated evidence-based international consensus. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. [en línea]. 2018. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 47(8): p. 1054–1070. <https://doi.org/10.1111/apt.14539>.
34. Ishaque S, Khosruzzaman S, Ahmed D, Sah M. A randomized placebo-controlled clinical trial of a multi-strain probiotic formulation (Bio-Kult®) in the management of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *BMC gastroenterology*. [en línea]. 2018. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 18(1): p. 1-71. <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0788-9>.

35. Sun Y, Li M, Li Y, Li L, Zhai W, Wang P, et al. The effect of *Clostridium butyricum* on symptoms and fecal microbiota in diarrhea-dominant irritable bowel syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Scientific reports*. [en línea]. 2018. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 8(1): p. 2964. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21241-z>.
36. Valdovinos L, Abreu A, Valdovinos M. Uso de probióticos en la práctica clínica: resultados de una encuesta nacional a gastroenterólogos y nutriólogos. *Revista de Gastroenterología de México*. [en línea]. 2019. [Citado 1 de noviembre de 2022]; 84(3): p. 303-309. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090618301319?via%3Dihub>.

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Katherine Aracely Collaguazo Pérez portador(a) de la cédula de ciudadanía N^o **0106816994**. Declaro ser el autor de la obra: **“Uso de Probióticos en Pacientes con Síndrome de Intestino Irritable”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **23 de noviembre de 2022**

F: 

Katherine Aracely Collaguazo Pérez
C.I. **0106816994**