



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS HIDALGO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FAC. DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO
CHAVEZ”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**



RAMIREZ CALDERON GUSTAVO

Lic. en médico cirujano y partero para obtener el grado de Especialista en
Medicina Familiar

NOMBRE DE LA TESIS:

**“CONOCER LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SINDROME DE
INTESTINO IRRITABLE TRATADOS CON ANTIDEPRESIVOS”**

ASESOR

DRA. PAULA CHACON VALLADARES.

Medico Especialista En Medicina Familiar. Profesora Titular De La Especialidad De
MF UMF NUM 80 IMSS Morelia Michoacán. Mc En Psicoterapia Familiar.

CO-ASESOR

DR. CARDENAS LARA ARMANDO

Medico especialista en Gastroenterología clínica HGZ núm. 1 IMSS Morelia
Michoacán. Profesor de Bioquímica, Patología y Clínica del aparato digestivo
UMSNH

DIRECTOR DE TESIS:

DR. VILLA BARAJAS RAFAEL

Medico especialista en medicina familia. Coordinación De La Especialidad de
Medicina Familiar de la UMSNH. Maestro en educación medica.

MATEMATICO

ASESOR ESTADISTICO. GOMEZ ALONSO CARLOS

MORELIA, MICHOACAN, FEBRERO DEL 2014

AGRADECIMIENTOS

DRA. CHACON VALLADARES PAULA.

Médico Especialista En Medicina Familiar.
Profesora Titular De La Especialidad De MF UMF NUM 80 IMSS Morelia
Michoacán. Mc En Psicoterapia Familiar.

DR. VILLA BARAJAS RAFAEL

Médico especialista en medicina familia. Maestro en educación médica.
Coordinación De La Especialidad de Medicina Familiar de la UMSNH.

MATEMATICO GOMEZ ALONSO CARLOS

Asesor estadístico.

DR. JUAN ABRAHAM BERMÚDEZ.

Médico especialista en nefrología
Nefrólogo del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, Secretaría de Salud.

M. EN C. FARIÁS RODRÍGUEZ VÍCTOR MANUEL

Médico especialista en medicina familiar. Maestro en ciencias medicas
Jefe de la Div. De Estudios de Posgrado de la UMSNH

DEDICATORIA

A DIOS...gracias por darme la vida que hasta este momento tú me has dado y por estar a mi lado en los momentos que más te he necesitado....así como por ser la persona que ahora soy. Gracias padre mío.

A MI HIJA NADIA RENATA RAMIREZ FRANCO

“Tu ángel hermoso que desde el cielo me motivas a ser mejor en todo lo que hago pero en especial una mejor persona.....me haces mucha falta amor de mi vida”

A MI ESPOSA NUBIA MARIANA FRANCO RODRIGUEZ

“Tú que soportas mis malos momentos y que desde que nuestro ángel se fue eres la única que lleva el mismo peso cargando de soledad su partida....te amo”

A MIS PADRES SILVIA CALDERON P. Y GUSTAVO RAMIREZ G.

“A ti madre que eres mi primer amor y al hombre que más admiro quisiera llegar algún día a ser la mitad de lo que eres padre”

A MIS HERMANAS Y SOBRINOS

“A mis hermanas por todo su apoyo gracias....a mis niños hermosos por recordarme que la mejor forma de vivir es como un niño”

A DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ Y DR VILLA BARAJAS RAFAEL

“unos excelentes maestros que me motivaron a seguir por este camino.....gracias doctores”

A DR JUAN ABRAHAM BERMUDEZ

“Honor a quien honor merece....quisiera llegar a ser algún día la mitad de lo que usted es....que algún día por el lugar por donde vaya pasando en el hospital me llamen MAESTRO como a usted se le llama...aprendí mucho a su lado esos 6 meses tal vez más de lo que podre aprender en otros lados....gracias MAESTRO JUAN ABRAHAM excelente medico pero mejor persona”

A MIS HIJOS DE CUATRO PATAS FIGO (mi caniche) Y OZIL (mi pastor alemán)

“Por qué me hacen sonreír a pesar de que su hermana no está a nuestro lado...”



**“CONOCER LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE TRATADOS CON
ANTIDEPRESIVOS”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

GUSTAVO RAMIREZ CALDERON

DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
COORDINADORA AUXILIAR MEDICA DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION MICHOACAN

DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION

DR RUBEN RICARDO GARCIA JIMENEZ
DIRECTOR DE LA UMF 80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD EN LA
UMF 80

DR JOSE RAMON SARABIA RAMIREZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 8



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

**“CONOCER LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE TRATADOS CON
ANTIDEPRESIVOS”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

GUSTAVO RAMIREZ CALDERON

DR VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

ÍNDICE

I.	Resumen	2
II.	Abstract	3
III.	Abreviaturas y glosario	4
IV.	Relación de tablas y figuras	6
V.	Marco teorico	7
VI.	Planteamiento del problema	28
VII.	Justificación	30
VIII.	Hipótesis del trabajo	32
IX.	Material y métodos	33
X.	Resultados	43
XI.	Discusión	53
XII.	Conclusiones	54
XIII.	Sugerencias	55
XIV.	Bibliografía	56
XV.	Anexos	63

Total de páginas 80

RESUMEN

TITULO DEL PROYECTO: “CONOCER LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE TRATADOS CON ANTIDEPRESIVOS”

ANTECEDENTES: En EUA el síndrome de intestino irritable (SII) es la segunda causa de incapacidad temporal posterior a las infecciones respiratorias agudas. La enfermedad grave presenta una calidad de vida similar a la insuficiencia renal crónica estadio V. Etiología idiopática. Diagnostico clínico mediante criterios de ROMA III. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la serotonina se utilizan en esta nosología con resultados variables. Para ver la eficacia de un fármaco se valora la calidad de vida posterior al tratamiento.

OBJETIVO: Estimar la calidad de vida y el dolor abdominal en el síndrome de intestino irritable moderado a grave antes y posterior al empleo de antidepresivos.

MATERIAL Y METODOS: Prospectivo, horizontal, cuasi experimental, comparativo en pacientes con SII, diagnosticados con los criterios de Roma III. La UMF núm. 80 del IMSS de Morelia Mich. Se administrara antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. Valorando el dolor abdominal por la escala numérica del dolor; el cuestionario IBSQOL, los criterios de Roma III. Las mediciones serán antes de iniciar el tratamiento, a los 3 y 6 meses posteriores al tratamiento.

RESULTADOS: Los ISRS mejoran la calidad de vida de los pacientes con SII. Obtenido de analizar la calidad de vida se por medio de un análisis de varianzas repetidas, (ANOVA) del modelo lineal general en la cual se interpretó los efectos intrasujetos de la variable calidad de vida mediante la lambda de wilks ($F(2,14)=3.579$, $p=0.056$) seguido de un ANOVA de múltiples comparaciones ($F(2,30)=7.596$, $P=0.015$) observando múltiples comparaciones con la t de student mediante la corrección de Bonferroni.

CONCLUSIONES Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina mejorar la calidad de vida, el dolor abdominal esto a expensas de la paroxetina y la sertralina en el síndrome de intestino irritable. La fluoxetina no favorece a la mejoría clínica de esta nosología de acuerdo a la medida de la calidad de vida del síndrome de intestino irritable y la escala numérica del dolor.

PALABRAS CLAVE. Síndrome de intestino irritable (SII), antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), calidad de vida (CV), calidad de Vida Medida del Síndrome del Intestino Irritable (IBS-QOL), escala numérica del dolor, criterios de Roma III, escala de Bristol.

ABSTRACT

PROJECT TITLE: "KNOW THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BOWEL SYNDROME TREATED CRANKY ANTIDEPRESSANTS"

BACKGROUND: In the U.S. irritable bowel syndrome (IBS) is the second leading cause of temporary disability after acute respiratory infections. The illness has a quality of life similar to stage V chronic kidney disease Idiopathic etiology. Clinical diagnosis by ROME III criteria. Antidepressant selective serotonin reuptake inhibitors are used in this nosology with varying results. To see the effectiveness of a drug is evaluated quality of life after treatment.

OBJECTIVE: estimate the quality of life and abdominal pain in irritable bowel syndrome moderate to severe before and after the use of antidepressants.

MATERIAL AND METHODS: Prospective, horizontal, quasi-experimental, comparative study in patients with IBS, diagnosed with Rome III criteria. In FMU no. 80 IMSS Morelia Mich .Were administered selective inhibitor antidepressant serotonin reuptake. Assessing abdominal pain numeric pain scale, the questionnaire IBSQOL, Rome III criteria. The measurements will be prior to initiating treatment, at 3 and 6 months after treatment.

RESULTS: SSRIs improve the quality of life of patients with IBS Obtained analyze the quality of life through repeated analysis of variance (ANOVA) general linear model in which interpret the effects of variable quality intrasubject of life by Wilks ' lambda (2,14) = 3.579 , p = 0.056) followed by multiple comparisons ANOVA (F (2,30) = 7.596 , p = 0.015) observing multiple comparisons with the Student t by Bonferroni correction .

CONCLUSIONS: inhibitor antidepressants selective serotonin reuptake improve the quality of life, abdominal pain this at the expense of paroxetine and sertraline in irritable bowel syndrome. Fluoxetine is not conducive to clinical improvement of this nosology according to the measure of the quality of life of irritable bowel syndrome and numerical pain scale so we recommend that this not be used.

SUGGESTIONS: Through this study it was observed that SSRIs improve overall IBS symptomatology this at the expense of paroxetine, as well as the ineffectiveness of the use of fluoxetine in this disease.

ABREVIATURAS

SII: Síndrome de intestino irritable

ISRS: antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

IBS-QOL: calidad de Vida Medida del Síndrome del Intestino Irritable

CV: calidad de vida

ATC: antidepresivos Tricíclicos

ANOVA: análisis de varianza (analysis of variance)

GLOSARIO

SEXO: es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de síntomas recurrentes e intermitentes como son dolor abdominal y distensión abdominales junto con alteraciones en el habito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen sus síntomas

CALIDAD DE VIDA: Debe tomarse en la definición la consideración tanto de puntos objetivos de vida y las condiciones subjetivas de apreciaciones personales, y el hecho de que lo que es importante para cada persona varía. Una síntesis de estas perspectivas ofrece un modelo de calidad de vida que integra indicadores objetivos y subjetivos y los valores individuales en una amplia gama de vida dominios. Los cuestionarios de calidad de vida se pueden clasificar en seis áreas: física, material, social, productiva, emocional y bienestar cívica. El objetivo por excelencia es relacionar la experiencia de las personas con discapacidad a la del resto del mundo.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL): cuestionario se diseñó para evaluar la calidad de vida en sujetos con SII durante el mes anterior a su aplicación. Consta de 34 ítems divididos en 8 subescalas (estado emocional, interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, sexo, relaciones sociales)

ESCALA ANALOGICA NUMERICA DEL DOLOR: permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 cm. en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

ISRS: son medicamentos que se usan para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, algunos trastornos de personalidad, también son eficaces en el tratamiento de la eyaculación precoz. Aumentan los niveles extracelulares de la serotonina al inhibir su recaptación en la neurona presináptica, de este modo incrementa el nivel de serotonina disponible para actuar sobre el receptor postsináptico

CRITERIOS DE ROMA III. Criterios utilizados para diagnosticar el SII

LA ESCALA DE HECES DE BRISTOL O GRÁFICO DE HECES DE BRISTOL. Es una tabla visual de uso en medicina destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla I. Análisis de fiabilidad del cuestionario IBSQOL de calidad de vida del paciente con SII.

Tabla II. Evolución de la escala analógica del dolor de acuerdo al diferente ISRS en relación al tiempo. Número de pacientes

Tabla III. Número de pacientes y sus puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol) de acuerdo a los diferentes ISRS y su evolución con el tratamiento.

Tabla IV. Cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol) evolución general con tratamiento a base de los ISRS en general.

Figura 1. Frecuencias según la edad del paciente que es portador de SII.

Figura 2. Frecuencias según el nivel de escolaridad.

Figura 3. Frecuencias según la ocupación mas frecuente.

Figura 4. Frecuencia de tiempo estimado de ser portador del SII en años.

Figura 5. Frecuencia de distribución por sexo.

Figura 6. Frecuencia de las características de evacuación según la escala de heces de Bristol

MARCO TEÓRICO:

DENIFICION.

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo que se define clínicamente por la asociación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia) sin causa orgánica conocida.¹

EPIDEMIOLOGIA

Se estima que alrededor de un 3% de las consultas de atención primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección.¹

En Norteamérica, la prevalencia del SII es de 5 a 10% con el pico de 20 a 39 años.² El SII es más frecuente en adultos jóvenes.³ De 2,925 personas que solicitaron consulta por molestias digestivas 608 resultaron con SII.⁴ De 459 individuos de 31.2 ± 13.6 años de edad detectando a 78 (16.9%) con SII, 25 hombres y 53 mujeres.⁵

La prevalencia de SII en la población general es de 16.9%. El SII ya no se puede considerar un problema de salud trivial.⁶

Los pacientes con SII utilizan más recursos de medicina alternativa que los pacientes sin SII.⁷ Los pacientes con SII tienen una tendencia a visitar a los médicos con mayor frecuencia; por lo tanto las consecuencias económicas anuales de SII en los países occidentales son altamente sustanciales.⁸

Los médicos de atención primaria tienen una actitud adecuada hacia el SII, pero carecen de conocimiento y sus prácticas hacia esta condición son inapropiadas de acuerdo a las normas actuales del SII.⁹

En occidente la población presenta una prevalencia del SII del rango de 10% -15% similar a la observada a nivel mundial. Se cree que el SII es frecuente en los países de Oriente y Occidente, sin una diferencia significativa de prevalencia. En Asia la prevalencia del SII sobre la base de diversos criterios son por lo general dentro del rango de 1% y el 10% dentro de la misma población. El sexo femenino predomina en Asia.¹⁰

En Corea la prevalencia del SII es del 2,2-6,6% con los criterios de Roma II y el 22,3% con los criterios de Manning. La enfermedad es responsable de enormes costos tanto para los pacientes y los sistemas de atención de la salud en este país.¹¹

En México, la prevalencia del síndrome SII utilizando los criterios de Roma II varía de 16% a 35%.¹² Es más frecuente en las mujeres para una relación mujeres a hombre de 3:1.¹³

En la delegación Michoacán del IMSS la categorizan dentro de las enfermedades gastrointestinales no especificadas ocupando onceavo en cuanto a incapacidades temporales otorgadas en el mes de agosto del 2012

En cuanto a los días otorgados de incapacidad temporal de la delegación Michoacán del IMSS ocupa el lugar número onceavo (se vuelve a especificar que es junto a todas las gastroenteritis) con un total de días otorgados de incapacidad de 259, siendo 110 los casos que se presentaron en el mes de agosto del 2012¹⁴

En la Unidad de medicina familiar numero 80 de Morelia Michoacán ocurre lo mismo que a nivel delegacional lo generalizan dentro de las infecciones gastrointestinales no especificadas ocupando el lugar número 7 en frecuencia en cuanto a incapacidades temporales otorgadas dentro del mes de agosto del 2012.

Otorgando en la UMF núm. 80 de Morelia Michoacán un total de 6437 consultas en un año y casi dos meses sin especificar la gravedad de la enfermedad ocurriendo a partir del 26 de julio del 2011 al 07 septiembre del 12.¹⁵

ETIOLOGIA

No se conoce exactamente la causa del SII.¹

FISIOPATOLOGIA

Aunque la base fisiopatológica de este trastorno no está plenamente establecida, se han propuesto varios factores implicados: alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, alteraciones psicológicas y mecanismos inflamatorios y pos infecciosos.¹

La inflación continua del balón dio lugar a dolor en pacientes con SII sin aumentar el diámetro. Este es el resultado de un bajo umbral de dolor visceral en la sección de intestino en contacto con el balón.¹⁶

El dolor funcional abdominal después de las comidas en algunos casos puede estar relacionado con una respuesta motora intestinal exagerada a la colecistoquinina en el SII.¹⁷

Mediante una cápsula sensible a la presión se demostró que el tránsito colónico fue más rápido en la diarrea que en el estreñimiento.¹⁸

Existe una asociación positiva entre el trastorno psiconeurótico y el SII.¹⁹

Se comparó el patrón mioeléctrico del colon de los pacientes con SII y pacientes que sufren trastornos con síntomas similares (pancreatitis crónica, enfermedad diverticular, colitis ulcerosa.). Los dos grupos presentaron valores similares en el tiempo de tránsito y el porcentaje de motilidad.²⁰

Se sugiere que los pacientes con SII pueden ser un trastorno más generalizado del músculo liso, o su innervación, más de lo que se pensaba.²¹

Los pacientes con SII tenían una actividad motora significativamente mayor que los controles normales en estado de reposo. La tensión aumentó significativamente la actividad motora en ambos grupos. Los resultados apuntan hacia el papel del aprendizaje en el colon ante la respuesta al estrés²².

Los pacientes con SII mostraron más angustia somática que los controles normales. La ansiedad, la depresión, la compulsión obsesiva, y la sensibilidad interpersonal fueron similares en ambos grupos con SII y los controles normales.²³

Las situaciones de la vida por sí solos no parecen estar asociados con los trastornos funcionales, a menos que provocara un estado de ansiedad en ese momento.²⁴

Se cree que en los pacientes con SII las alteraciones clínicas son debido a la disfunción nervioso autónomo y / o gastrointestinales hormonales secretoras inducidos por el estrés psicológico.²⁵

Se sugiere una anomalía en la motilidad del intestino delgado de los pacientes que tienen SII.²⁶

El consumo de fibra de mujeres con SII y mujeres sanas se analizaron. Los tiempos de tránsito de las heces y del peso húmedo de heces fueron similares en ambos grupos. Los resultados no apoyan que la sintomatología este relacionada con el consumo o no de fibra.²⁷

En cuanto a la depresión los casos no orgánicos puntuaron significativamente más alto en comparación con los otros orgánicos de la versión del Cuestionario de Salud de Middlesex y el Inventario de Depresión de Amritsar.²⁸

Los pacientes con intolerancia a la lactosa y el SII presentan síntomas similares, las personas con SII y dolor abdominal inexplicable pueden tener intolerancia a la lactosa por lo cual se recomienda utilizar la prueba de aliento para descartar dicha nosología.²⁹

Una alteración en la flora microbiana fecal en pacientes con SII grave se ha relacionado con intolerancias alimentarias múltiples. Conteniendo estos pacientes una alta proporción de bacterias facultativas y una incidencia inusual de especies de Clostridium.³⁰

La fisiopatología del SII, que antes se consideraba una enfermedad puramente psicósomática, ha avanzado considerablemente y existe un bajo grado de inflamación y cambios en la microbiota intestinal aparecen como característica potencialmente importante actualmente en la fisiopatología del SII.³¹

Concluyendo en cuanto a la fisiopatología del SII los posibles mecanismos que se cree que contribuyen al desarrollo y los síntomas incluyen factores como: estrés físico, una infección, inflamación, psicológicas, factores ambientales, como la ansiedad, la depresión y los acontecimientos vitales significativos negativos. Algunos de estos mecanismos pueden implicar el cambio de la homeostasis del eje cerebro-intestino.³²

CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas digestivas del SII son principalmente:

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

- **Diarrea:** La diarrea suele ser diurna, generalmente postprandial, semilíquida líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecadora, y puede también ser precedida de dolor cólico abdominal. Este tipo de diarrea no se asocia a fiebre ni rectorragia, aunque puede existir mucorrea.
- **Estreñimiento:** El estreñimiento suele ser de heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre. Suele acompañarse de distensión abdominal. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, al igual que sucede con la mucorrea, la distensión abdominal o la sensación de evacuación incompleta.
- **Otros síntomas digestivos:** La distensión abdominal puede ser muy llamativa en algunos enfermos. También es común que estos pacientes aquejen síntomas digestivos variados, como la pirosis, presente hasta en el 46,5% de los pacientes, o bien otros trastornos funcionales como la dispepsia funcional, que se puede observar hasta en el 47,6% de los pacientes con SII.¹

Algunas manifestaciones clínicas extradigestivas son significativamente más frecuentes en los pacientes con SII que en la población general. El SII puede asociarse también a otras enfermedades extradigestivas, de entre las que cabe destacar la fibromialgia, de los pacientes con SII, el síndrome de fatiga crónica en un, el dolor abdominal pélvico crónico, de las mujeres que padecen de SII, o la disfunción de la articulación temporo-mandibular.¹

Los síntomas del colon, incluyen la disfunción relacionada con el dolor del intestino, los movimientos intestinales son más probables de ocurrir en el SII. La distensión abdominal, el esfuerzo para defecar, es más probable en el SII. Cuatro síntomas han demostrado ser más comunes en el SII mencionados anteriormente. Cuanto más de estos síntomas están presentes, más probable es padezcan SII.³³

Existe un aumento significativo en el porcentaje del contenido de agua en la materia fecal en los pacientes con diarrea idiopática y con SII. Así como existe menor concentración de magnesio, potasio y calcio en las heces de los pacientes con enfermedad diverticular e SII.³⁴

Las personas con (SII) tienen una prevalencia significativamente mayor de migraña.³⁵

Los pacientes con SII presentan dolor, especialmente en la fosa ilíaca derecha, durante la prueba de tránsito comida, y el inicio del dolor se asoció con la llegada de los residuos de la comida.³⁶

Algunos otros pacientes se quejan de dolor grave en hipocondrio derecho. Los síntomas por lo general están presentes por muchos años. Sometidos a investigaciones repetidas de estudios pancreático-biliares, del sistema gastrointestinal, urinario, y ginecológico, incluso algunos culminan sin un diagnóstico satisfactorio. Algunos terminan sufriendo al menos una operación abdominal en un fallido intento de curar su dolor.³⁷

Existen una amplia variedad de síntomas no gastrointestinales en los pacientes con SII. La nicturia, frecuencia y urgencia de la micción, el vaciamiento incompleto de la vejiga, dolor de espalda, un sabor desagradable en la boca, una sensación constante de cansancio y la dispareunia en las mujeres. Así como la presencia de síntomas gastrointestinales o del colon como náuseas, vómitos, disfagia y saciedad precoz son muy comunes.³⁸

Por medio de estudios urodinámicos en pacientes con SII existe una evidencia de disfunción de vesical. Encontrando una evidencia objetiva de que los pacientes con SII tienen un trastorno del músculo liso o de su inervación y que esta no se limita al sistema gastrointestinal.³⁹

La depresión es común en pacientes con SII por lo que se debe buscar en todos los pacientes con disfunción del intestino y dolor abdominal crónico.⁴⁰

El SII es una causa común de dolor crónico pélvico en las mujeres a que se refiere a un ginecólogo.⁴¹

La disfunción sexual y el SII se relacionan. Las relaciones sexuales con frecuencia inducen dolor abdominal. Esto puede reflejar que es secundario al espasmo de colon, aunque puede haber ser originado en el tracto genitourinario. Este síntoma representa el extremo grave de la gama SII.⁴²

DIAGNOSTICO

Los pacientes tenían malos datos en la predicción de episodios de cambio de frecuencia del hábito intestinal a través de diarios que se les habían otorgado.⁴³

La malabsorción de lactosa desempeña un papel en los síntomas en algunos pacientes con SII. Parece que prueba de aliento de lactosa es un método sensible, específico y preciso para el diagnóstico de la deficiencia de lactasa para realizar el diagnóstico diferencial con SII.⁴⁴

Los anticuerpos intestinales de las células hormonales pueden ser marcadores de alteración de la secreción de hormonas a nivel intestinal.⁴⁵

El monitoreo ambulatorio del pH esofágico mostró reflujo en el SII. La presión del esfínter esofágico bajo fue significativamente menor en el SII. Los síntomas esofágicos en SII son causadas principalmente por reflujo gastro-esofágico predispuestos a una presión inferior del esfínter esofágico inferior.⁴⁶

Hasta que en 1978 se realizó un cuestionario para establecer la presencia de 15 síntomas los cuales se creen que son típicos del (SII). Cuatro síntomas fueron significativamente más frecuentes entre los pacientes con SII, a saber, la distensión, el alivio del dolor con la evacuación intestinal, las evacuaciones más flojas y movimientos más frecuentes del intestino con la aparición del dolor. Concluyendo que una historia clínica cuidadosa puede aumentar la confianza en el diagnóstico y reducir la cantidad de investigación en muchos pacientes con dolor abdominal crónico.

CRITERIOS DE MANNING

Más de dos o tres de los siguientes se considera positivo para SII:

- Dolor abdominal que mejora con la deposición
- Deposiciones blandas en relación con el dolor
- Mayor número de deposiciones en relación con el dolor
- Distensión abdominal
- Presencia de moco en las deposiciones
- Sensación de evacuación incompleta⁴⁷

Posteriormente en 1992, se acordaron otros criterios, en teoría más precisos y que además incluían al estreñimiento como uno de los posibles síntomas del SII: fueron los llamados “criterios de Roma” que consisten en:

Síntomas continuos o recurrentes de:

- Dolor abdominal que mejora con la deposición, o se asocia a un cambio en la frecuencia, o a un cambio en la consistencia de las heces;

y/o

- Dos o más de las siguientes:
 - Alteración de la frecuencia deposicional
 - Alteración en la consistencia de las heces
 - Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta)
 - Moco en las heces

Habitualmente con

- Hinchazón o sensación de distensión abdominal

Roma I modificados (Drossman)

Síntomas continuos o recurrentes durante al menos 3 meses de:

- Dolor o malestar abdominal que mejora con la deposición, o se asocia a un cambio en la frecuencia, o a un cambio en la consistencia de las heces;

Y

Alteraciones en la deposición al menos un 25% de las ocasiones (tres o más de):

- Alteración de la frecuencia deposicional
- Alteración en la consistencia de las heces
- Alteraciones de la deposición (esfuerzo, urgencia, sensación de evacuación incompleta)
- Moco en heces
- Hinchazón o sensación de distensión abdominal ⁴⁸

En 1999 estos criterios fueron modificados con el fin de precisar aún más la definición del SII; se especificaba que la molestia o el dolor abdominal debían estar presentes al menos 12 semanas en los últimos 12 meses, además de las alteraciones en el hábito deposicional. Estos eran los “criterios de Roma II” que se han utilizado hasta hace poco y que eran parte importante del diagnóstico de SII.

CRITERIOS DE ROMA II

Dolor o malestar abdominal, al menos 12 semanas en el último año, no necesariamente consecutivas, asociado al menos a dos de las siguientes características:

- Se alivia con la defecación
- Se asocia a cambio en el ritmo deposicional
- Se asocia a cambio en la consistencia de las heces

Apoyan el diagnóstico aunque no son imprescindibles:

1. Alteración de la frecuencia deposicional.
2. Alteración en la consistencia de las deposiciones
3. Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia, incompleta)
4. Moco en la deposición
5. Hinchazón o distensión abdominal

Además del diagnóstico del SII, en los criterios de Roma II también se Definen los subtipos de SII mediante los siguientes síntomas:

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

Se considera como subtipo con predominio de diarrea cuando:

- Existen uno o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y ninguno de 1, 3 o 5.
- Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y uno de 1 o 5. Se considera como subtipo con predominio de estreñimiento cuando:
- Existen uno o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6.
- Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y uno de 2, 4 o 6.

- Se considera como subtipo alternante cuando no reúne ninguna de las combinaciones anteriores.⁴⁹

CRITERIOS DE ROMA III

Publicados en Abril de 2006. Los cambios de los criterios de SII de Roma III con respecto a los criterios previos de Roma II han sido los siguientes:

1. Se ha modificado el tiempo de evolución necesario para establecer el diagnóstico; ahora basta con que los síntomas hayan aparecido al menos 6 meses antes y estar actualmente activos durante 3 meses.
2. Los subtipos del SII se han revisado de tal forma que la diarrea, el estreñimiento y el tipo mixto se determinan fundamentalmente por la consistencia de las heces.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA III DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

CRITERIOS DE ROMA III
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor o malestar abdominal** recurrente por lo menos 3 días al mes durante los 3 meses previos, asociado con dos o más de los siguientes <ol style="list-style-type: none"> a. Mejora con la defecación b. Está asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones <p>*los síntomas deben estar presentes al menos 3 meses en los últimos 6 meses</p> <p>*sensación desagradable no descrita como dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estos criterios se deben acompañar de por lo menos dos de los siguientes cuatro síntomas <ol style="list-style-type: none"> a. Alteraciones del hábito deposicional (esfuerzo, urgencia, evacuación incompleta) b. Meteorismo abdominal (distensión, tensión o rigidez) c. Los síntomas pueden empeorar con la alimentación d. Defecación con moco

50

Seguindo las recomendaciones de Roma III, actualmente los subtipos se establecen en relación a la consistencia de las deposiciones evaluada según la **ESCALA DE BRISTOL**.

De esta forma,

- Si más del 25% de las deposiciones corresponden a los tipos 1 o 2 se considera que el paciente padece SII con estreñimiento
- Si más del 25% de las deposiciones son del tipo 6 o 7 se considera que el paciente tiene SII con diarrea
- Si hay más del 25% de ambas (tanto 1 o 2 como 6 o 7) se establece el diagnóstico de SII con hábito deposicional mixto
- Si hay menos del 25% de ambas se habla de hábito deposicional no clasificable.
 - El término “alternante” se reserva para los cambios a lo largo de periodos prolongados de tiempo.



50

El diagnóstico de SII se basa en criterios clínicos. Las pruebas de diagnóstico se aconsejan si el paciente presenta los "los datos de bandera roja".

Estos son:

- 1) Sangrado rectal
- 2) Anemia ferropénica
- 3) Pérdida de peso
- 4) Historia familiar de cáncer de colon o colitis ulcerosa crónica inespecífica
- 5) Fiebre
- 6) Edad de inicio después de 50 años de edad.

Los síntomas nocturnos y la suciedad fecal, aunque no son signos de alerta tradicionales, también son puntos de alarma relativa.⁵¹

TRATAMIENTO

Es necesario establecer una relación médico-paciente efectiva.¹

Se han utilizado algunas intervenciones de forma empírica en los pacientes con SII, como el promover la realización de ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada y el dedicar un tiempo suficiente y adecuado para la defecación.¹

Algunos pacientes pueden atribuir sus síntomas a factores dietéticos, por lo que suelen pedir recomendaciones. En algunos pacientes, el sorbitol (edulcorante), la cafeína, el alcohol, las grasas o la leche pueden exacerbar los síntomas.¹

La fibra soluble (ispagula, psilio) es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII, aunque no para la mejoría global del mismo. La fibra insoluble (salvado de trigo, fibra de maíz) no es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII.¹

Los laxantes podrían estar indicados en los pacientes con estreñimiento asociado al SII.¹

La loperamida es efectiva en el tratamiento sintomático de la diarrea asociada al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.¹

Las resinas de intercambio aniónico pueden mejorar la diarrea asociada al SII.¹

Los espasmolíticos mejoran el dolor abdominal del SII.¹

Los espasmolíticos anticolinérgicos deberían evitarse en los pacientes que presentan estreñimiento.¹

Los antidepresivos tricíclicos a dosis reducidas mejoran el dolor abdominal del SII.¹

La paroxetina podría mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con SII.¹

La fluoxetina no está recomendada.¹

De los primeros tratamientos que se utilizaron para el tratamiento de este síndrome fue el uso de salvado sin procesar observando mejoría en algunos pacientes.⁵²

Una dieta baja en fibra ha sido implicada en la etiología de numerosas enfermedades. Recomendándola para el tratamiento de diversas enfermedades incluyendo los padecimientos gastrointestinales entre ellos el SII.⁵³

El salvado de trigo no fue mejor que el placebo para la mayoría de los síntomas en el SII, aunque su eficacia en el estreñimiento se confirmó.⁵⁴

La puntuación de los síntomas del SII mejoró significativamente con las tres dosis de ispaghula. La dosis óptima de cáscara de ispágula en el SII es de 20 g por día.⁵⁵

En el SII especialmente el que se asocia con dolor abdominal, los efectos beneficiosos de salvado se deben a una respuesta de placebo.⁵⁶

En 1974 donde se inicia por primera vez el tratamiento con fármacos con efecto psicotrópico. El efecto de un tranquilizante mepiprazole, en el tratamiento de SII. Por lo cual se indico que el fármaco tenía un efecto beneficioso si se administraba durante un período de al menos tres semanas.⁵⁷

Debido a que algunos estudios relacionan los trastornos funcionales del aparato digestivo se presentan en respuesta al estrés se hace hincapié en la necesidad de la psicoterapia para el tratamiento de estos padecimientos.⁵⁸

Los efectos terapéuticos de lorazepam, butilbromuro de hioscina, y cáscara de ispágula se estudiaron en pacientes con SII los resultados muestran que los tipos de drogas usadas para el tratamiento de SII son de algún valor y puede tener un efecto aditivo en sus efectos.⁵⁹

En ese entonces hubo versiones de investigadores uno de ellos se sorprendió de que el butilbromuro de hioscina fue uno de los fármacos elegido, porque no había buena evidencia de esta droga; ya que se decía que era mal absorbida y por lo tanto inactiva por vía oral. Sugiriendo el investigador que cualquier mejora de los pacientes puede haber derivado del tratamiento debe haber sido debido a la ispágula y posiblemente lorazepam, pero no al butilbromuro hioscina⁶⁰.

Otro comentario que se hizo en relación al artículo anterior parece ser más eficaz utilizar los 3 agentes en combinación pero se debe establecer en contra la debilidad por los riesgos, los costos y el beneficio⁶¹.

El aceite de menta presenta propiedades antiespasmódicas y se ha referido que reduce los síntomas abdominales del SII. La aparente ausencia de efectos secundarios favorece el uso de esta preparación en el tratamiento del SII.⁶²

Se compararon lorazepam, ispágula y butilbromuro de hioscina con flufenazina / mezcla de Nortriptilina, mebeverina, y el salvado. La Ispaghula fue más eficaz que el salvado. La combinación de ispaghula, Motival y mebeverina ocasiona una mayor mejoría que el salvado, Motival y hioscina, o salvado, lorazepam y mebeverina. Estos resultados confirman el valor de un enfoque combinado terapéutico para el alivio del SII, y se sugiere la posibilidad de sinergia entre la combinación de los diversos agentes.⁶³

Un autor refería que las benzodiacepinas son sumamente seguras y relativamente medicamentos baratos. El lorazepam es una de la más corta de acción de esta clase, con la experiencia clínica se cree que el diazepam, con su conocida propiedades relajantes musculares y una mayor vida media de metabolitos activos, sería tan eficaz o más como nortriptilina/flufenazina.⁶⁴

No se recomienda el uso de la domperidona en el tratamiento de SII.⁶⁵

Sobre el efecto del clorhidrato de secoverina y neostigmina oral el cual favorece la disminución de la motilidad de colon sigmoide. Se demostró que tanto la actividad motora espontánea y la estimulada se redujeron significativamente por el compuesto. Dos pacientes presentaron mareo leve después de la administración de secoverina como efecto secundario.⁶⁶

La Ispaghula mejora significativamente el bienestar general en pacientes con SII, y en aquellas personas con estreñimiento afecta favorablemente el hábito intestinal y tiempo de tránsito.⁶⁷

El tratamiento para el SII se ha dirigido hacia el alivio de los síntomas. En los últimos años, los nuevos datos han confirmado la eficacia de los antidepresivos, las terapias psicológicas, 5-HT los antagonistas, agonistas de 5-HT, y los probióticos en el tratamiento a corto plazo del SII, aunque si estas terapias influyen en el tiempo a largo plazo del curso de la enfermedad es desconocida. Existe una serie de nuevos tratamientos moleculares, que parecen ser prometedores. Estos incluyen terapias dirigidas a los canales de cloruro de las mucosas gastrointestinales y los receptores C del guanilato ciclasa, así como agentes altamente selectivos que influyen en la transmisión serotoninérgica.⁶⁸

El efecto de nicardipino, un antagonista del calcio dihidropiridina, en la motilidad colónica postprandial se evaluó en pacientes con SII. Con la administración

Intravenosa de nicardipina quedo completamente abolido la respuesta del colon. Estos resultados apoyan la necesidad de más estudios para evaluar la función terapéutica de la nicardipina en el SII. ⁶⁹

La hipnoterapia se ha referido eficaz para el tratamiento de los pacientes con SII. Este estudio confirma el efecto de la hipnoterapia con éxito en una serie grande de pacientes con SII en algunas variantes de subgrupos. ⁷⁰

ANTIDEPRESIVOS

Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) parecen promover el bienestar global en algunos pacientes con SII y, posiblemente, algunas mejoras en el dolor abdominal y síntomas intestinales, pero este efecto parece ser independiente de si el paciente padece depresión mayor. En el ensayo controlado aleatorio Tack y sus colegas utilizaron citalopram en comparación con placebo en el SII durante un período de seis semanas de tratamiento inicial. Los resultados mostraron que el citalopram era superior al placebo en términos de la medida de resultado disminución de días con dolor abdominal, y que esta mejora no estaba relacionada con el cambio en el estado de ánimo. ⁷¹

El uso de estos fármacos se basa en la frecuente asociación de la ansiedad y la depresión o la neurosis en pacientes con trastornos funcionales digestivos y en la eficacia demostrada de estos medicamentos para aliviar el dolor crónico, sea cual sea su origen o localización. Los antidepresivos en dosis bajas son antinociceptivo debido a su efecto neuromodulador central y periférico, que es completamente independiente de los efectos anticolinérgicos, espasmolíticos o antidepresivos. Esto ha sido demostrado en animales y seres humanos y está mediado por los receptores adrenérgicos alfa. En general es el efecto antinociceptivo es mayor con antidepresivos tricíclicos que con los ISRS más modernos. También hay que tener en cuenta la presencia de los efectos adversos relacionados con los tricíclicos, que incluyen no sólo los efectos adversos anticolinérgicos, sino también la posibilidad de hipotensión o cardiotoxicidad. El efecto de la mejoría se mantiene a largo plazo. ⁷²

Los datos sobre el beneficio del ISRS en el SII son contradictorios. Se evaluó el beneficio de citalopram y exploró las relaciones entre los síntomas, la calidad de vida, y la sensibilidad a la distensión rectal baróstato en los no pacientes no deprimidos con SII. Se administró citalopram (20 mg / día durante 4 semanas, luego 40 mg / día durante 4 semanas). Los pacientes tratados con citalopram no alcanzaron una tasa

más alta de alivio de los síntomas del SII de los pacientes que recibieron placebo. Concluyendo que el Citalopram no fue superior al placebo en el tratamiento de los pacientes no deprimidos con SII. Cualquier beneficio de citalopram en los pacientes no deprimidos es probable que sea muy modestos.⁷³

Se comparó un tricíclico con un ISRS (imipramina y citalopram). Fue un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Encontrando un alivio adecuado de los síntomas del SII (variable principal) fue similar para cada tratamiento. Hubo una mayor mejoría en la puntuación de depresión y en la SF-36 puntuación del componente mental con imipramina pero el Citalopram no fue superior al placebo. Concluyendo que ni la imipramina ni citalopram mejoraron significativamente los síntomas globales de los pacientes con SII sobre los puntos finales que el placebo.⁷⁴

La serotonina es una importante molécula de señalización en el intestino localizado en enterocitos, los músculos lisos y de las neuronas entéricas. La mayor parte del cuerpo de la serotonina está presente en las células enterocromafines. La serotonina activa tanto a los factores intrínsecos como extrínsecos de neuronas aferentes primarias, respectivamente para iniciar reflejos peristálticos, secretores y para transmitir la información al sistema nervioso central. La serotonina es inactivada por el transportador de receptación de serotonina en los enterocitos o las neuronas. Este efecto es debido en gran parte a la presencia de múltiples subtipos de receptores, que parecen estar presentes en varias clases de neuronas mientéricas, sobre las células musculares lisas, y en las células epiteliales. La alteración de la señalización de serotonina puede conducir a ambos sistemas intestinales y extra-intestinales en el SII. El Tegaserod, agonista parcial 4 de la serotonina se utiliza en estreñimiento predominante en el SII mientras alosetrón, un antagonista 3 de la serotonina utilizado en SII con diarrea. Otros compuestos tales como los antidepresivos tricíclicos y los ISRS se han utilizado en algunos pacientes con SII.⁷⁵

La alteración de la señalización de serotonina se ha implicado en la fisiopatología del SII. Los ISRS mejoran los síntomas del SII, aunque el mecanismo de acción no está claro. Se evaluaron los efectos de los ISRS, el citalopram, sobre la sensibilidad del colon de las ratas después de la administración aguda y repetida. Concluyendo así que él, citalopram, después de la administración aguda o repetida, no tuvo efectos significativos sobre el dolor visceral durante la distensión colorrectal en ratas. Estos resultados concuerdan con observaciones recientes en humanos sugieren que las

acciones terapéuticas de citalopram en SII son independientes de cualquier efecto sobre la función sensoriomotora colon.⁷⁶

Los antidepresivos Tricíclicos (ATC) están establecidos en el tratamiento de pacientes con SII. Los efectos se cree que está vinculado a propiedades serotoninérgicas, las propiedades antinociceptivas. Al comparar los efectos antinociceptivos de los diferentes ATC. Las propiedades no serotoninérgicas de los ATC contribuyen sustancialmente a las diferencias en los efectos antinociceptivos de los ISRS.⁷⁷

Un estudio aleatorizado, doble ciego, de 25 mg frente a placebo imipramina. Las variables principales de eficacia fueron el alivio global de los síntomas subjetivo y la calidad de vida usando SF-36 en la semana 12. Al final de 12 semanas, se observó una diferencia significativa en el alivio global de los síntomas con la imipramina sobre el placebo. Esta mejora fue evidente desde el principio y persistió hasta la semana 16. Las puntuaciones del componente específico-SF-36 mejoraron en el grupo de la imipramina.⁷⁸

El alosetrón mejoró significativamente todos los dominios IBSQOL a excepción de la función sexual de la línea de base en comparación con placebo. La magnitud de los cambios IBSQOL era consistente con un efecto clínicamente significativo. Alosetrón 0,5 mg y 1 mg redujo significativamente la interferencia con las actividades sociales y ocio en comparación con placebo. Significativamente los pacientes tratados con alosetrón se declararon satisfechos en comparación con placebo. Las mejoras en IBSQOL y satisfacción con el tratamiento se correlacionaron significativamente con la mejora global de los síntomas del SII. Concluyendo que en las mujeres con SII variable diarrea severa, el tratamiento alosetrón, se tradujo en una mejoría relevante en la calidad de vida, la restricción de las actividades diarias y la satisfacción del tratamiento sobre el placebo.⁷⁹

En México la fluoxetina un ISRS es uno de los medicamentos más usados para el paciente con SII, sobre todo en el medico de primer contacto de los sistemas de salud, recientemente se ha observado que este fármaco no ofrece ningún beneficio sobre el tratamiento del SII. En un metanálisis los 2 estudios donde se administró de fluoxetina no encontraron ningún beneficio estadísticamente significativo en los síntomas del SII.⁸⁰

PRONÓSTICO Y EVOLUCION

El SII es un diagnóstico estable.¹

De 84 pacientes sobrevivieron 77 con diagnóstico de al menos 6 años de SII, de estos pacientes solo se realizó un diagnóstico diferente en cuatro casos. Cuarenta y cuatro pacientes permanecieron sintomáticos y 29 pacientes no tenían más sintomatología. El SII es a menudo una enfermedad crónica, recurrente, y las investigaciones posteriores no son necesarias a menos que la sintomatología cambiara considerablemente.⁸¹

MEDIOS PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA (CV) DE LOS PACIENTES CON SII

Instrumentos utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CV) en pacientes con síndrome del intestino irritable

Cuestionarios genéricos

- SF-36 (Short-Form 36)
- Perfil de Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile, SIP)
- Índice de Bienestar General Psicológico (Psychological General Well-Being Index, PGWB)

Cuestionarios específicos

- Cuestionario de Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire, IBSQOL)
- Medida de la Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Measure (IBA-QOL)
- Cuestionario de Calidad de Vida de los Trastornos Funcionales Digestivos (Functional Digestive Disorder Quality of Life Questionnaire, FDDQL)
- Cuestionario del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Questionnaire, IBSQ)
- Síndrome del Intestino Irritable-36 (Irritable Bowel Syndrome-36, IBS-36)¹

Diversos estudios muestran que los pacientes con SII tienen una peor calidad de vida que la población general.¹

Debe tomarse en la definición la consideración tanto de puntos objetivos de vida y las condiciones subjetivas de apreciaciones personales, y el hecho de que lo que es importante para cada persona varía. Una síntesis de estas perspectivas ofrece un

modelo de calidad de vida que integra indicadores objetivos y subjetivos y los valores individuales en una amplia gama de vida dominios. Los cuestionarios de calidad de vida se pueden clasificar en seis áreas: física, material, social, productiva, emocional y bienestar cívica. El objetivo por excelencia es relacionar la experiencia de las personas con discapacidad a la del resto del mundo.⁸² La calidad de vida es multidimensional.⁸³

El SII causa la reducción de la calidad de vida.⁸⁴

El impacto del SII sobre la CV utilizando informaron que la CV en la población general y para las personas con determinadas enfermedades crónicas en EUA. Se usó el SF-36 Health Survey, se utilizó para comparar la CV de los pacientes con SII y los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, diabetes mellitus, depresión, y pacientes con Insuficiencia renal dependiente de terapia sustitutiva renal. Los pacientes con SII tenían significativamente peor CV que la población general de EUA y en comparación con los pacientes con ERGE, los pacientes con SII presentaron puntuaciones significativamente más bajas en todas las escalas del SF-36 excepto el funcionamiento físico. Del mismo modo, los pacientes con SII tenían significativamente peor CV en determinadas escalas SF-36 que los pacientes con diabetes mellitus y enfermedad renal terminal. Los pacientes con SII experimentan un deterioro significativo de la CV. La disminución en la CV de los pacientes con SII es más pronunciado en limitación de energía / fatiga, problemas de salud física, dolor corporal, y las percepciones generales de salud.⁸⁵

Existe una reducción significativa en la CV de los pacientes con SII. La CV en pacientes con SII se ve afectada en un grado comparable al de otras enfermedades crónicas como el reflujo gastroesofágico y la depresión. Una respuesta terapéutica en el SII al dolor relacionado tiene una mejora correspondiente en la CV.⁸⁶

Un instrumento específico de enfermedad, cuestionario de la calidad de vida del Síndrome del Intestino Irritable (IBSQOL), fue diseñado para su uso en pacientes con síndrome de intestino irritable. El IBSQOL mide 10 dominios encontrados a ser relevante para los pacientes con SII: salud emocional, salud mental, creencia de salud, el sueño, la energía, el funcionamiento físico, la dieta, la función social, rol físico y las relaciones sexuales. El IBS-QoL consta de 30 ítems agrupados en 9 partes (emocional, mental, bienestar, sueño, energía, función física, dieta, social, sexual) Salud emocional: pregunta 1 (a,b,c,d); salud mental: 2 (a,b,c,d); sueño: 3,4,5; energía: 6 y 7; actividades diarias: 8 (a,b y c); hábitos alimenticios: 9, 10 y 11;

actividades sociales: 12 (a,b,c,d); rol: 13,14,15,16; sexual: 17 (a,b,c). Las categorías de respuesta son ordinales tipo Likert con 5 o 6 opciones de respuesta. Se suman las puntuaciones de todos los ítems y se estandarizan de 0 a 100 para calcular la puntuación total y la puntuación individual para cada dimensión. Puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida.⁸⁷

Posteriormente los modificaron mediante la aplicación de métodos psicométricos de evaluación inicial implicó una encuesta transversal seguido de una encuesta de repetición. La resultante 34-ítem demostró una alta confiabilidad. Concluyendo que esta medida cumple los criterios establecidos en las variantes psicométricas de fiabilidad y validez, las pruebas de su capacidad de respuesta se justifica.⁸⁸

El IBS-QOL es sensible al tratamiento en una población clínica de referencia basado en los pacientes con trastornos funcionales del intestino.⁸⁹

La validación lingüística del IBS-QOL para México se llevo a cabo de acuerdo con las directrices normalizadas, para llevar a cabo más que la validación psicométrica. La validez de constructo fue probada mediante la correlación de las puntuaciones del español de México IBS-QOL con los de la ansiedad y la depresión. En conclusión, el IBS-QOL validado en el español de México ha demostrado la validez de dicho instrumento.⁹⁰

ESCALA NUMERICA DEL DOLOR

La “Escala Numérica”, introducida por Downie en 1978. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Aunque al sujeto se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. La escala es discreta, no continua, pero para realizar análisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre categorías. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado.⁹¹

A FUTURO

Síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno crónico funcional del tracto gastrointestinal. La causa exacta se desconoce. El diagnóstico debe hacerse sobre bases clínicas, con los síntomas basados en criterios tales como la de Manning o criterios de Roma a menos que los síntomas se cree que son atípicos “banderas rojas”. Excluyendo la enfermedad celíaca en todos los pacientes que consultan con síntomas sugestivos de SII es que vale la pena realizar estudios, pero la evidencia

para llevar a cabo otras investigaciones para excluir una enfermedad orgánica no es convincente. No existe una terapia médica para el SII que haya demostrado que altere el curso de la enfermedad y el tratamiento se ha dirigido tradicionalmente hacia el alivio de los síntomas. El objetivo debería ser mejorar los síntomas relatados por el paciente. De aceite de fibra, la menta, o agentes antiespasmódicos son beneficiosos como terapias de primera línea en algunos pacientes. Cuando éstos fallan, los nuevos datos han confirmado la eficacia de los antidepresivos, los fármacos que actúan sobre el receptor 5-hidroxitriptamina y probióticos en el tratamiento a corto plazo del SII. ⁹²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: El SII es el trastorno funcional gastrointestinal más común, es altamente prevalente y un motivo de consulta frecuente.

Se estima que alrededor de un 3% de las consultas de atención primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección.

El SII podría ser considerado un problema de salud pública por su alta prevalencia, ya que es la segunda causa de consulta con el médico de primer nivel, y es la primer causa de consulta al servicio de gastroenterología, solo posterior de las enfermedades respiratorias es la causa más frecuente de ausentismo laboral en Estados Unidos.

En lo que respecta a México en la prevalencia del síndrome SII utilizando los criterios de Roma II varía de 16% a 35%.

Ya que afecta por lo general a la población laboral genera altos costos tanto por los días de ausencia laboral, como los estudios realizados y el costo del tratamiento.

Cuando el padecimiento es grave se considera que la CV de estos pacientes es similar a la de los con los pacientes con insuficiencia renal crónica. El SII, se asocia a otras enfermedades como el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, alteraciones de la articulación temporomandibular provocando con esto que todavía la CV sea más deficiente.

De causa hasta la fecha desconocida, y con diagnostico clínico (excluyendo los focos rojos) y tratamiento únicamente sintomático sin que hasta la fecha haya un fármaco que modifique la enfermedad.

Uno de los medicamentos utilizados para tratar el dolor abdominal y mejorar la calidad de vida de los pacientes es el uso de los antidepresivos de los cuales se administran los tricíclicos o los inhibidores de la recaptura de serotonina con resultados variables a nivel mundial.

La valoración de la CV de los pacientes que reciben un tratamiento en general se está utilizado recientemente más, para valorar el efecto de dicho fármaco sobre el efecto de esa enfermedad en general.

El siguiente trabajo pretende estimar si los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son útiles en el SII y cuál de los siguientes, paroxetina, sertralina, fluoxetina es más útil en pacientes con SII valorando la CV; ya que no se ha hecho algún estudio parecido en nuestra población, así como la discordancia de los resultados de su uso a nivel mundial y la información reciente en otros estudios sobre la inutilidad de la fluoxetina en estos pacientes sobre todo en los que no presentan datos de afección al estado afectivo; por lo cual queremos valorar cual de los 3 ISRS demuestra más eficacia en cuanto a la modificación de la calidad de vida, la sintomatología y la escala de dolor esto se hará en tres momentos antes de iniciar el tratamiento y a los 3 y 6 meses posteriores de iniciar el tratamiento con los antidepresivos ISRS antes mencionados.

¿Cuál es el cambio en la calidad de vida de los pacientes portadores de SII tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina?

JUSTIFICACIÓN: El SII es el trastorno funcional gastrointestinal más común, es altamente prevalente y un motivo de consulta frecuente.

Se estima que alrededor de un 3% de las consultas de atención primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección.

El SII podría ser considerado un problema de salud pública por su alta prevalencia, es la segunda causa de consulta con el médico de primer nivel, la primera causa de consulta al servicio de gastroenterología, solo posterior de las enfermedades respiratorias es la causa más frecuente de ausentismo laboral en Estados Unidos.

En lo que respecta a México en la prevalencia del síndrome SII utilizando los criterios de Roma II varía de 16% a 35%.

En la delegación Michoacán del IMSS la categorizan dentro de las enfermedades gastrointestinales no especificadas ocupando onceavo en cuanto a incapacidades temporales otorgadas en el mes de agosto del 2012. En cuanto a los días otorgados de incapacidad temporal ocupa el lugar número onceavo (se vuelve a especificar que es junto a todas las gastroenteritis) con un total de días otorgados de incapacidad de 259, siendo 110 los casos que se presentaron en el mes de agosto del 2012.

En la Unidad de medicina familiar número 80 de Morelia Michoacán ocurre lo mismo que a nivel delegacional lo generalizan dentro de las infecciones gastrointestinales no especificadas ocupando el lugar número 7 en frecuencia en cuanto a incapacidades temporales otorgadas dentro del mes de julio del 2012.

Otorgando en la UMF núm. 80 de Morelia Michoacán un total de 6437 consultas en un año y casi dos meses sin especificar la gravedad de la enfermedad ocurriendo a partir del 26 de julio del 2011 al 07 septiembre 12.

Debido a que la población que afecta esta enfermedad es por lo general laboral se destinan muchos recursos económicos del sector salud así como por los días de incapacidad otorgados y más cuando esta enfermedad se asocia a otras nosologías.

Cuando el padecimiento es grave se equipara con la calidad de vida de los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica con tratamiento sustitutivo renal. Antes se consideraba que la mayoría de los casos se presentaban en mujeres y que de estos

casos los de mayor intensidad eran en mujeres; en la actualidad se ha observado que tanto la prevalencia como incidencia ha aumentado en los hombres también así como su gravedad.

En México la mayoría de los médicos tanto de primer nivel como de segundo nivel cuando un paciente presenta "colitis nerviosa "colon espástico", no le prestan al paciente la atención adecuada los medios utilizados para el diagnóstico y el tratamiento óptimo en ocasiones es deficiente provocando que el paciente acuda a múltiples médicos y en ocasiones originando cirugías innecesarias lo que aumenta más su costo de esta nosología.

Poco se sabe acerca de este padecimiento en cuanto a su etiología, fisiopatología y por ende a su tratamiento.

Siendo este un padecimiento crónico con periodos asintomáticos y periodos sintomáticos. Hasta la fecha no hay fármacos modificadores de la enfermedad únicamente existe tratamiento sintomático.

Se han hecho muchos estudios para saber cómo influye esta nosología en la CV de quien la padece.

La CV de estos pacientes se deteriora mas cuando se asocia a otras enfermedades como la fibromialgia, lo cual trae consigo muchas dificultades en su vida incluyendo desde lo familiar, sexual, laboral.

Debido a lo anteriormente señalado y que es una enfermedad de altos costos para el paciente como para la sociedad y con un gran impacto en la vida familiar. Ya que en México la mayoría de los médicos tanto de primer nivel como de segundo nivel utilizan como tratamiento a la fluoxetina , dado que las guías de práctica clínica son medicamento que recomiendan para el tratamiento de estos pacientes y por los datos observados últimamente de estudios de este fármaco en otras partes del mundo, queremos observar la eficacia de dichos fármacos en nuestra población.

Actualmente se ha señalado a la CV como un indicador para observar que fármaco cumple su función. Además debido a los resultados tan variables en cuanto al uso de antidepresivos a nivel mundial en cuanto a eficacia de estos fármacos en esta nosología y ya que no se ha realizado un estudio como el presente en esta unidad

pretendemos valorar como influyen los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina en la CV; así como cual es mejor en los pacientes con SII con grado moderado a severo de nuestra población adscrita a esta unidad.

Si en los resultados se observa lo realizado en otros estudios en cuanto a la eficacia de la fluoxetina se necesitara hacer un estudio a gran escala en nuestro país sería importante para valorar la utilidad de este medicamento en los pacientes con SII.

HIPÓTESIS DE TRABAJO (H0)

La calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable aumenta con el tratamiento a base de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el cambio de la calidad de vida en los pacientes portadores de SII tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina fluoxetina, sertralina y paroxetina; así como identificar si la fluoxetina tienen alguna utilidad en el tratamiento de estos pacientes

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el nivel de calidad de vida de los pacientes con SII moderado a grave al momento de evaluar su enfermedad mediante los criterios de Roma III antes de iniciar el tratamiento, a los 3 y a los 6 meses de tratamiento con, paroxetina, fluoxetina y sertralina
- Definir el nivel de dolor abdominal de los pacientes con SII de moderado a severo de acuerdo a la escala numérica del dolor al momento de evaluar su enfermedad mediante los criterios de roma III, antes de iniciar su tratamiento a los 3 y a los 6 meses de tratamiento con los sertralina, fluoxetina, paroxetina.
- Reconocer en la población adscrita a esta unidad cual es el sexo mas prevalente con SII moderado a severo

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO O POBLACIÓN.

El estudio se realizara en la población de 17- 45 años de edad que sea portadora de SII moderado a severo, de la UMF núm. 80 de Morelia Michoacán, cumpla con los criterios de Roma III

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuasi experimental, horizontal, prospectivo, comparativo.

MUESTRA.

Se tomara una muestra no probabilística por conveniencia de pacientes que no tengan focos rojos de enfermedad de tubo digestivo, los pacientes deben tener de 17-45 años a los cuales se les administrara sertralina, fluoxetina, o paroxetina al asar

CRITERIOS DE SELECCION

- Pacientes de edad de 17-45 años
- Pacientes con diagnostico de SII de moderado a severo
- Pacientes de cualquier sexo
- Pacientes que deseen participar en el estudio
- Pacientes que firmen la hoja de consentimiento informado
- Pacientes no embarazadas
- pacientes que cumplan los criterios de Roma III
- pacientes con cualquier variante de las evacuaciones de acuerdo a la escala de Bristol.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que tengan alguna enfermedad orgánica con diagnostico diferencial al síndrome de intestino irritable sprue tropical, colitis inflamatoria, intolerancia a la lactosa, cáncer de colon
- Pacientes con focos rojos en cuanto a enfermedades de tubo digestivo al SII
- Pacientes que tengan el diagnostico de alguna enfermedad mental de acuerdo al DSM-IV
- Pacientes con alguna contraindicación a los tricíclicos o ISRS

- Pacientes que estén tomando depresivos inhibidores de la monoaminoxidasa
- Pacientes embarazadas
- Pacientes que decidan retirarse del estudio
- Pacientes menores de 17 años o mayores de 45 años
- Pacientes que sean alérgicos a los ISRS

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que no complementen los cuestionarios de ISBQOL al momento del diagnóstico y posterior a los 3 y 6 meses de tratamiento ISRS o tricíclicos
- Pacientes que no completen los cuestionarios de diagnóstico de Roma III a los 3 y 6 meses
- Pacientes que no completen el tratamiento con los antidepresivos tricíclicos, ISRS, durante los 6 meses
- Pacientes que no estén completos los cuestionarios de la escala numérica del dolor antes y a los 3 y 6 meses
- Los pacientes que decidan retirarse del estudio
- Paciente que no toleren el fármaco.

PROCEDIMIENTOS

El estudio se realizara en la UMF 80, de la ciudad de Morelia Michoacán del IMSS en personas de 17 a 45 años los cuales cumplan con los criterios clínicos de acuerdo a los criterios diagnósticos de Roma III para SII desde el mes de octubre al mes de diciembre del presente año, se revisara el expediente para analizar si existe alguna contraindicación de la administración del fármaco o enfermedades concomitantes que padezca el paciente. Se les realizara el cuestionario de la escala de Bristol, de la escala numérica del dolor y el cuestionario de ISBQOL para SII antes y posterior de la administración de los antidepresivos, a la dosis de, sertralina a 50 mg, fluoxetina 20mg/día, paroxetina 20mg/día, durante 6 meses de tratamiento, se hará en un estudio cuasi experimental, prospectivo donde a conveniencia de casos. Para la recolección de datos generales, la evolución clínica del paciente se obtendrá el expediente clínico. Y se les realizara y se plasmara en la hoja de recolección de datos:

1. Antes del tratamiento al momento de realizar el diagnóstico

- a. Cuestionario de ISBQOL específico para el SII

- b. Cuestionario de la escala numérica del dolor abdominal,
- c. Criterios de Roma III (si los cumple o no los cumple)
- d. Escala de Bristol

2. A los tres meses de tratamiento

- a. Cuestionario de ISBQOL específico para el SII
- b. Cuestionario de la escala numérica del dolor abdominal,
- c. Criterios de Roma III (si los cumple o no los cumple)
- d. Escala de Bristol

3. A los 6 meses de tratamiento

- a. Cuestionario de ISBQOL específico para el SII
- b. Cuestionario de la escala numérica del dolor abdominal,
- c. Criterios de Roma III (si los cumple o no los cumple)
- d. Escala de Bristol

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE INDEPENDIENTE: ISRS.

VARIABLES DEPENDIENTES: síndrome de intestino irritable, criterios de Roma III, escala de Bristol, calidad de vida (cuestionario ISBQOL), cuestionario de la escala numérica del dolor.

DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y VARIABLES

SEXO: es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de síntomas recurrentes e intermitentes como son dolor abdominal y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen sus síntomas

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL): cuestionario se diseñó para evaluar la calidad de vida en sujetos con SII durante el mes anterior a su aplicación. Consta de 34 ítems divididos en 8 subescalas (estado emocional, interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, sexo, relaciones sociales)

ESCALA ANALOGICA NUMERICA DEL DOLOR: permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 cm. en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

ISRS: Los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) son medicamentos que se usan para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, algunos trastornos de personalidad, también son eficaces en el tratamiento de la eyaculación precoz. Aumentan los niveles extracelulares de la serotonina al inhibir su recaptación en la neurona presináptica, de este modo incrementa el nivel de serotonina disponible para actuar sobre el receptor postsináptico

CRITERIOS DE ROMA III. Criterios utilizados para diagnosticar el SII

LA ESCALA DE HECES DE BRISTOL O GRÁFICO DE HECES DE BRISTOL. Es una tabla visual de uso en medicina destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUA L	DIMENSIO NES	INDICADORE S	ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLE S	Medi ción de la varia ble
SEXO	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en	Hombre/ mujer	1 hombre 2 mujer	nominal	cualit ativa

	variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).				
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de síntomas recurrentes e intermitentes como son dolor abdominal y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen sus síntomas	+Criterios de Roma III	+dolor abdominal Recurrente que mejora con: -defecación -asociación de las evacuaciones -asociación a aparición de evacuaciones + Por lo menos 2 de los siguientes síntomas -alterado hábito deposicional -meteorismo abdominal -Empeoran con la alimentación Defecación con moco	Nominal	cualitativa

<p>LA ESCALA DE HECES DE BRISTOL O GRÁFICO DE HECES DE BRISTOL</p>	<p>es una tabla visual de uso en medicina destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos y de acuerdo a eso catalogar al paciente con SII</p>	<p>Característica de las evacuaciones</p>	<p>+Si más del 25% de las deposiciones corresponden a los tipos 1 o 2 se considera que el paciente padece SII con estreñimiento +Si más del 25% de las deposiciones son del tipo 6 o 7 se considera que el paciente tiene SII con diarrea +Si hay más del 25% de ambas (tanto 1 o 2 como 6 o 7) se establece el diagnóstico de SII con hábito deposicional mixto +Si hay menos del 25% de ambas se habla de hábito deposicional no clasificable.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>cualitativa</p>
---	---	---	---	----------------	--------------------

			+El término “alternante” se reserva para los cambios a lo largo de periodos prolongados de tiempo		
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL):	<p>Cuestionario que se diseñó para evaluar la calidad de vida en sujetos con SII durante el mes anterior a su aplicación. Consta de 34 ítems divididos en 8 subescalas (estado emocional, interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, sexo, relaciones sociales)</p>	<p>+estado emocional</p> <p>+interferencia con las actividades</p> <p>+imagen corporal</p> <p>+preocupación por la salud</p> <p>+evitación de alimentos</p> <p>+reacción social</p> <p>+sexualidad</p> <p>+relaciones sociales</p>	Las categorías de respuesta son ordinales tipo Likert con 5 de respuesta (en todas las dimensiones)	<p>Nominal</p> <p>+MAS de 100 peor calidad de vida</p> <p>+MENOS de 100 mejor calidad de vida</p>	cualitativo
ESCALA	Permite medir	Intensidad	1-10	Intervalo	cuanti

<p>NUMERICA ANALOGICA DEL DOLOR</p>	<p>la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10cm en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.</p>				<p>tativa</p>
<p>ISRS</p>	<p>Medicamentos que se usan para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, algunos trastornos de personalidad, también son eficaces en el tratamiento de la eyaculación precoz. Aumentan los niveles extracelulares de la serotonina al</p>	<p>Dosis de medicament o</p>	<p>Mg/día</p>	<p>Intervalo</p>	<p>cuanti tativa</p>

	inhibir su recaptación en la neurona presináptica, de este modo incrementa el nivel de serotonina disponible para actuar sobre el receptor postsináptico				
--	--	--	--	--	--

UNIDADES DE MEDIDAS Y ESCALAS DE CLASIFICACIÓN

El IBS-QoL consta de 34 agrupados en 9 grupos (emocional, mental, bienestar, sueño, energía, función física, dieta, social, sexual) Salud emocional: pregunta 1 (a,b,c,d); salud mental: 2 (a,b,c,d); sueño: 3,4,5; energía: 6 y 7; actividades diarias: 8 (a,b y c); hábitos alimenticios: 9, 10 y 11; actividades sociales: 12 (a,b,c,d); rol: 13,14,15,16; sexual: 17 (a,b,c). Las categorías de respuesta son ordinales tipo Likert con 5 o 6 opciones de respuesta. Se suman las puntuaciones de todos los ítems y se estandarizan de 0 a 100 para calcular la puntuación total y la puntuación individual para cada dimensión. Puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida. Salud emocional: pregunta 1 (a,b,c,d); salud mental: 2 (a,b,c,d); sueño: 3,4,5; energía: 6 y 7; actividades diarias: 8 (a,b y c); hábitos alimenticios: 9, 10 y 11; actividades sociales: 12 (a,b,c,d); rol: 13,14,15,16; sexual: 17 (a,b,c)

La Escala Numérica del dolor, es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Aunque al sujeto se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. La escala es discreta, no continua, pero para realizar análisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre

categorías. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado.

CRITERIOS DE ROMA III PARA SII. Criterios utilizados para el diagnóstico de SII de acuerdo a las características clínicas del paciente y la duración de la sintomatología. Únicamente sirven como diagnóstico y se apoyan de la gráfica de Bristol para diagnosticar la variante de acuerdo al tipo y número de evacuaciones del paciente.

LA ESCALA DE HECES DE BRISTOL O GRÁFICO DE HECES DE BRISTOL. Es una tabla visual de uso en medicina destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos de acuerdo a su consistencia

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

ANOVA para medidas repetidas para diferencias independientes para muestras chi al cuadrado, T de student para muestras independientes. Se aplicara un análisis de varianza de una vía. Para el procesamiento de datos se utilizara el paquete estadístico de ciencias sociales (SPSS) versión 18. Las cifras estadísticamente significativas es cuando el **P-VALOR ES MENOR DE 0.05**

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Cada uno de los pacientes que deseen participar en el estudio se les explicara los posibles efectos adversos de los ISRS por medio de la hoja de consentimiento informado y se les informara que estos fármacos ya tienen demostrada su utilidad en diversas nosologías. Y que en caso de que decida retirarse del estudio lo podrá realizar. Y a las consideraciones éticas se han tomado de acuerdo a los siguientes rubros al Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, Declaraciones Internacionales de Ginebra y los estatutos establecidos en México para la investigación en personas: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983. Respetando el principio de autonomía, el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia (primum non nocere) de cada uno de los pacientes que desee participar en el estudio.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD: el médico especialista en gastroenterología, el residente, así como los medicamentos serán aportados por el IMSS, material hojas de cuestionario, copias por el médico residente.

RESULTADOS

Se validó el instrumento Alfa de Cronbach's obteniéndose al inicio de .900 y a los 6 meses de .971, con el coeficiente de Spearman-Brown al inicio fue de .875 y a los 6 meses de .970, lo que indica una buena fiabilidad para el ISBQOL en nuestra población. Tabla I.

Cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol).	Alfa de Cronbach's	Coeficiente de Spearman-Brown
Basal	.900	.875
Tres meses de tratamiento con ISRS	.971	.948
Seis meses de tratamiento con ISRS	.971	.970

En lo que respecta a la población del estudio se observó en la UMF núm. 80 de Morelia Michoacán un total de 6437 consultas en un año y casi dos meses sin especificar la gravedad de la enfermedad, ni si el paciente valorado fue de primera vez o subsecuente ocurriendo a partir del 26 de julio del 2011 al 07 septiembre del 2012, de los cuales se revisó la base de datos de la población que había recibido consulta por esta patología, posteriormente se valoró que el paciente cumpliera con criterios de que no presentara mejoría de la enfermedad con medicamentos de primera línea y que apenas tuvieran un tiempo corto menos de 1 mes con tratamiento a base de antidepresivos o que estos nunca los hubieran tomado, de estos pacientes se observó que realmente cumplieran los criterios de ROMA III para el diagnóstico de SII. De los cuales solo los cumplieron estrictamente 16 pacientes. Cinco pacientes se descartaron debido a que no cumplían con los criterios de ROMA III para el diagnóstico de esta nosología.

En lo que respecta a la frecuencia según la edad se observó lo siguiente la edad más frecuente en nuestra población de pacientes con SII de moderado a grave son los 39 años de edad con tres pacientes, las edades que le siguieron en frecuencia fueron 20, 38, 41, con dos pacientes respectivamente. Figura 1

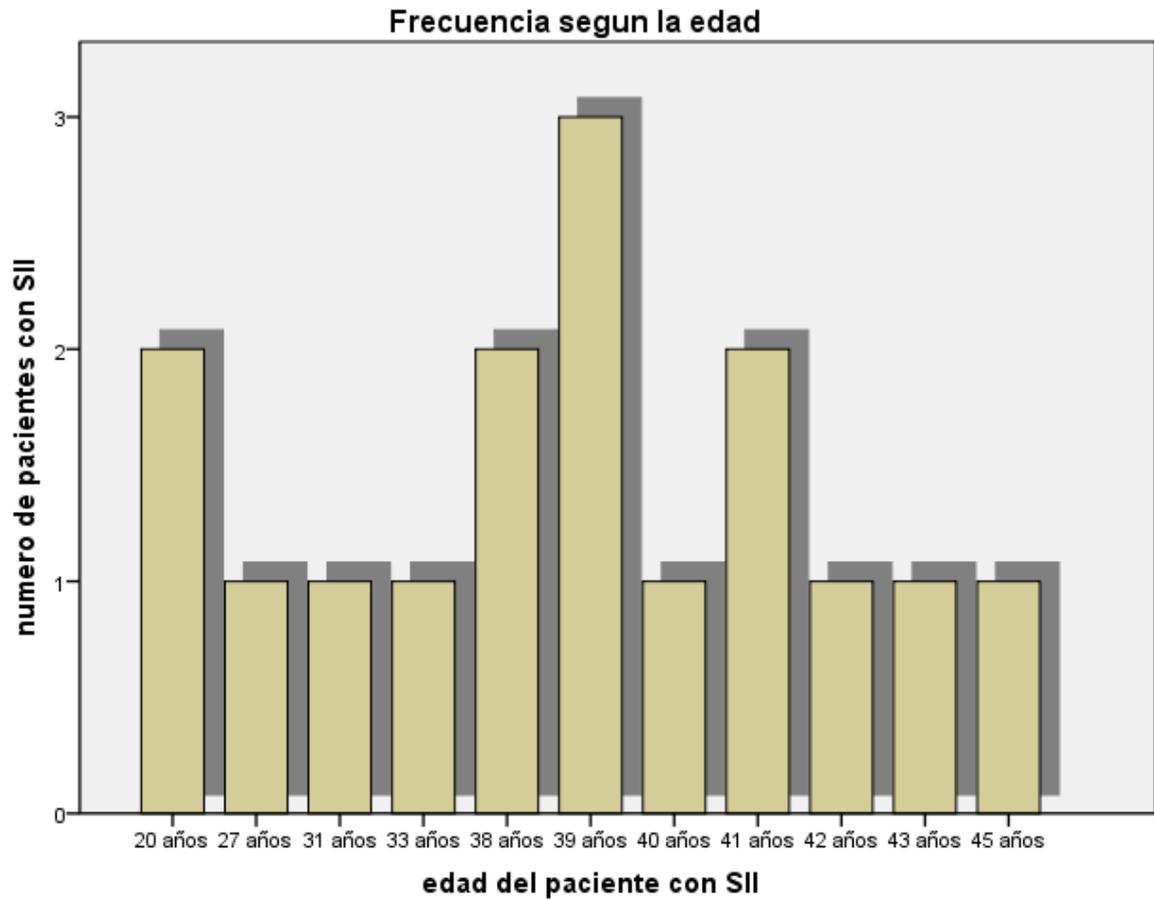


Figura 1.

En cuanto al nivel de escolaridad se observó que es más frecuente en la población con nivel medio-superior con un total de 9 pacientes, siguiéndole 5 de nivel secundaria y dos de licenciatura. Figura 2

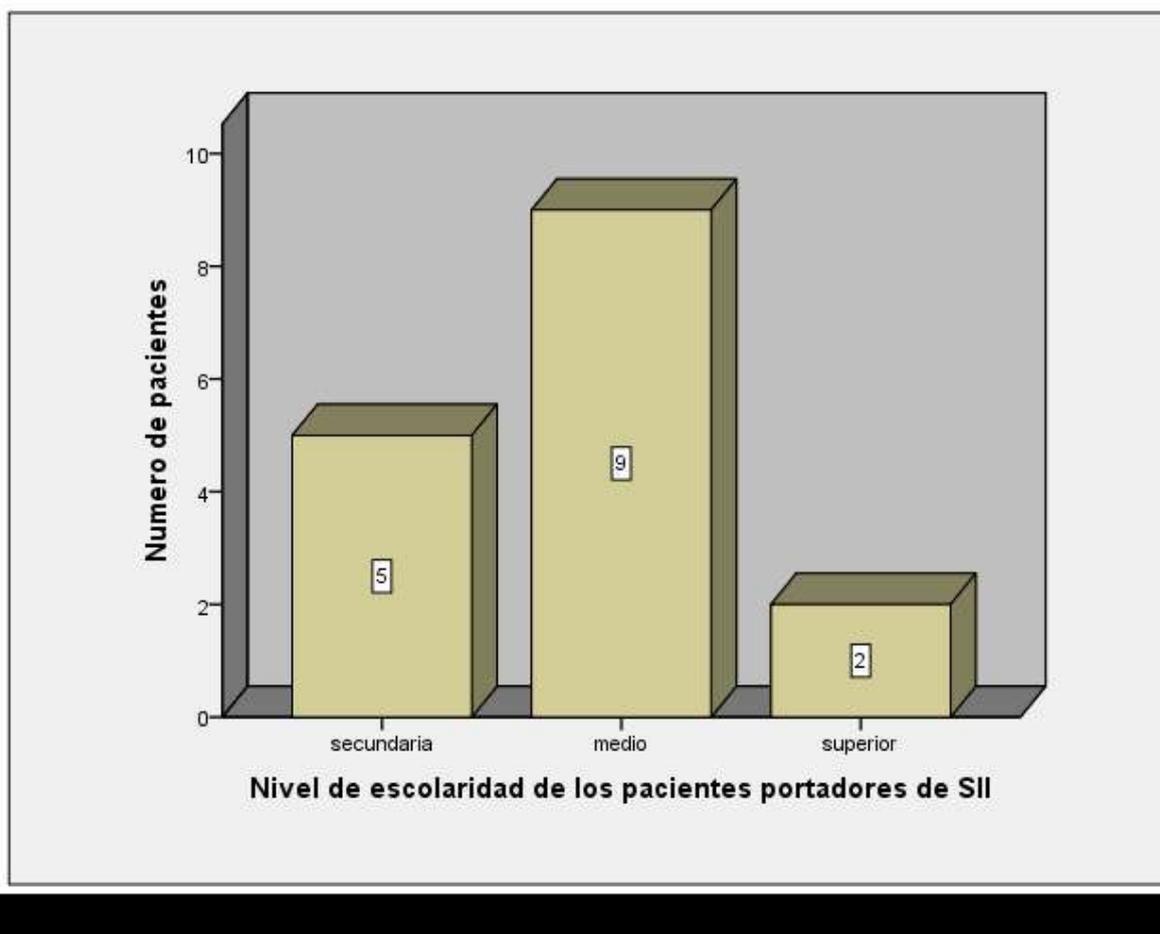


Figura 2.

En lo que respecta a nuestro estudio que la ocupacion mas frecuente portadora de SII son los empleados con 8 pacientes, posteriormente las amas de casa con 6 y solo 2 estudiantes. Figura 3

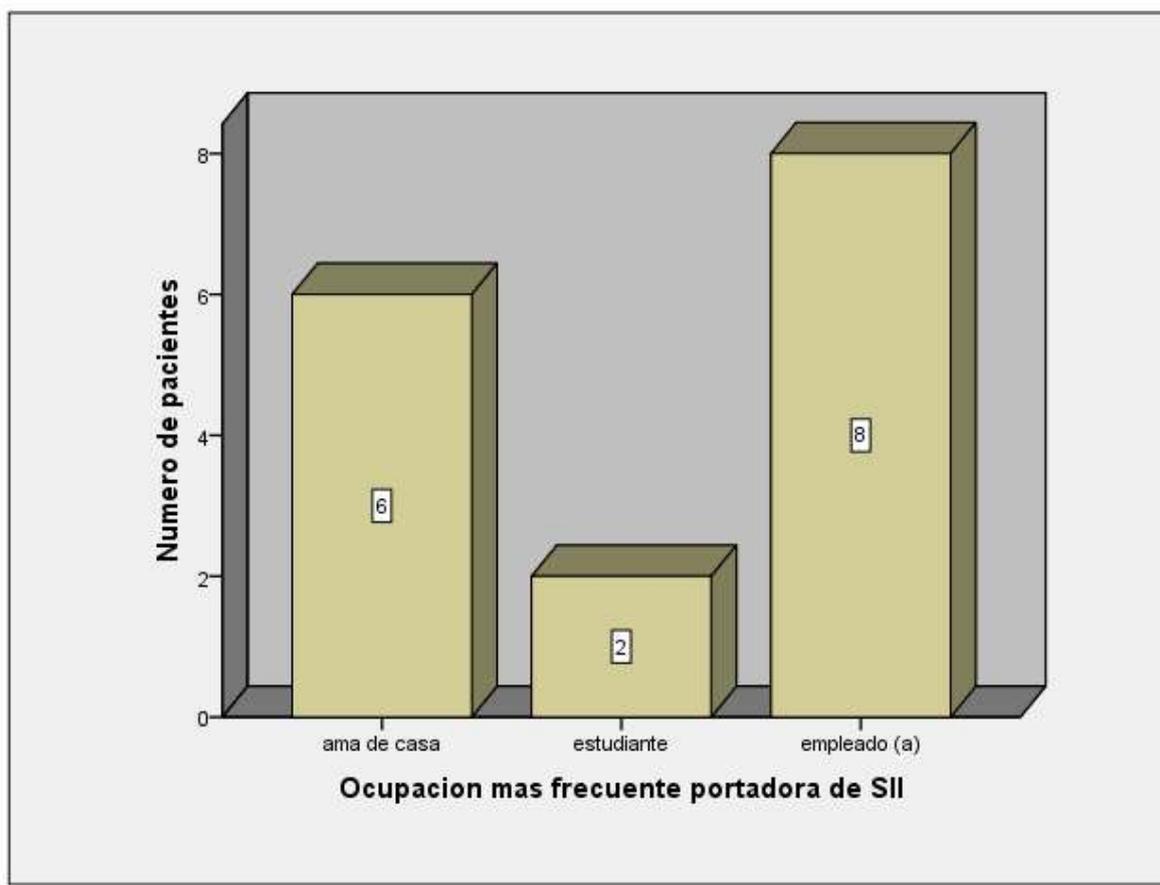


Figura 3.

Por las características del estudio se observó que el tiempo estimado de ser portador del SII de 1 año o menos 12 pacientes, tres pacientes con dos años y 1 paciente con 3 años. Figura 4

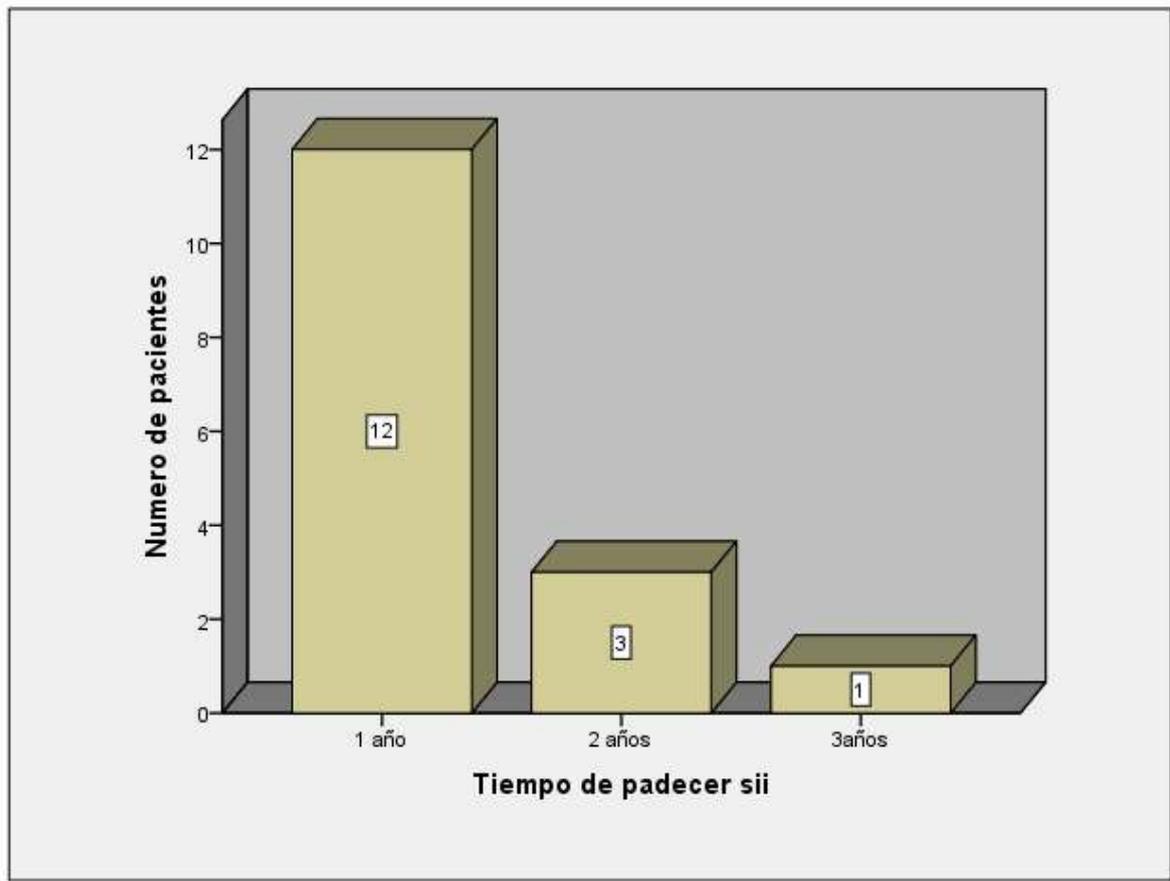


Figura 4.

La muestra de estudio se integró por 16 pacientes, de los cuales el 93.8% (15) correspondieron al sexo femenino y el 6.2% (1) al sexo masculino. Figura 5.

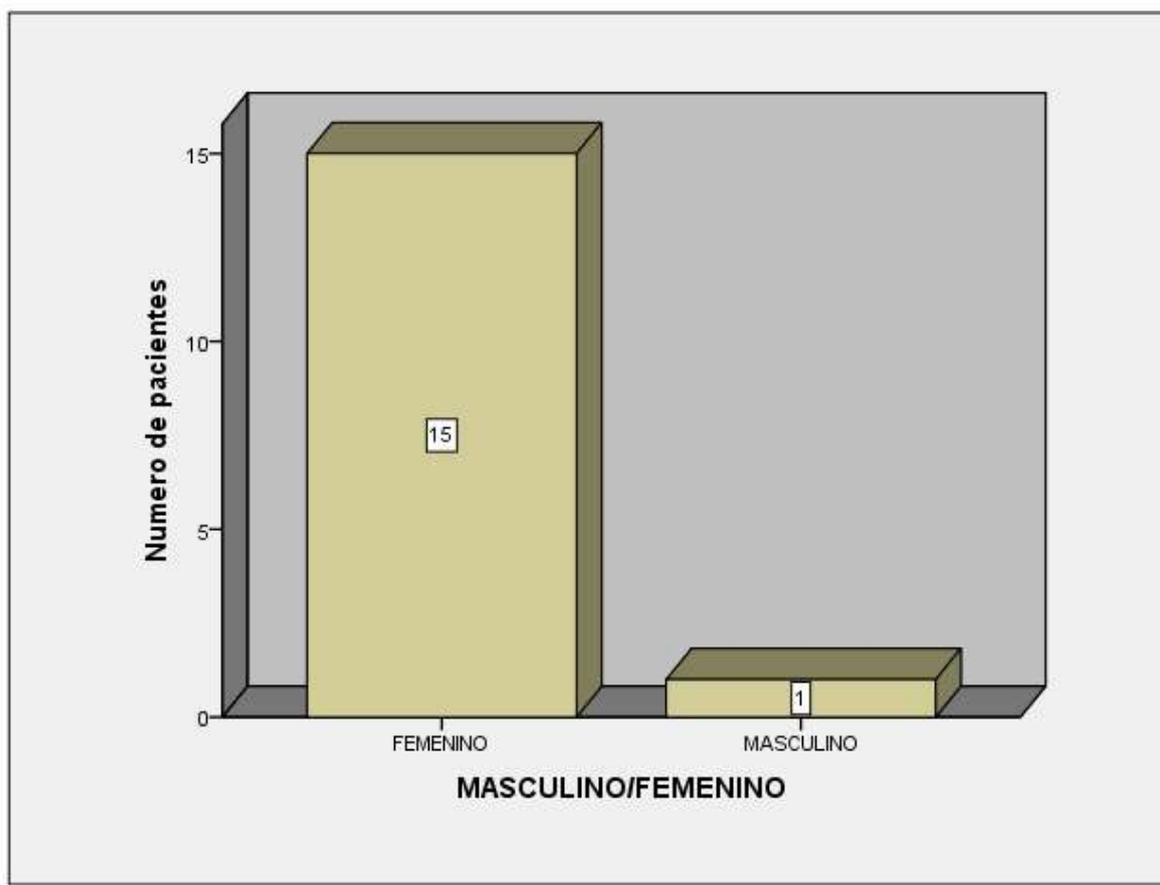


Figura No. 5. Distribución de la población por sexo

Evolución de la escala analógica del dolor de acuerdo al diferente ISRS en relación al tiempo. Número de pacientes		BASAL	3MESES	6MESES
Sertralina 50mg/día	Dolor leve	1	1	1
	Dolor moderado	0	0	0
	Dolor intenso	0	0	0
Fluoxetina 20mg/día	Dolor leve	0	0	0
	Dolor moderado	3	1	0
	Dolor intenso	6	8	9
Paroxetina 20mg/día	Dolor leve	0	6	6
	Dolor moderado	1	0	0
	Dolor intenso	5	0	0

Tabla II

Al reconocer la escala numérica del dolor con los diferentes ISRS, se encontró que la sertralina no presentó ningún cambio en la intensidad al dolor en un paciente, con la fluoxetina, dos pacientes empeoraron a los 3 meses de dolor moderado a intenso los que presentaron dolor intenso al inicio del estudio fue el grupo predominante y la intensidad del mismo en los pacientes fue aumentando terminando los nueve con dolor intenso, los pacientes tratados con paroxetina al inicio 5 se encontraron con dolor intenso, cambiando a los 3 meses a dolor leve y se mantuvo a los 6 meses. Tabla II

Los resultados encontrados con la escala de heces de Bristol, fue el predominio de las disposiciones mixtas en el 56.3% (9), con el 31.3% (5) y el 6.2% (1), para las disposiciones diarreicas y las no clasificables.

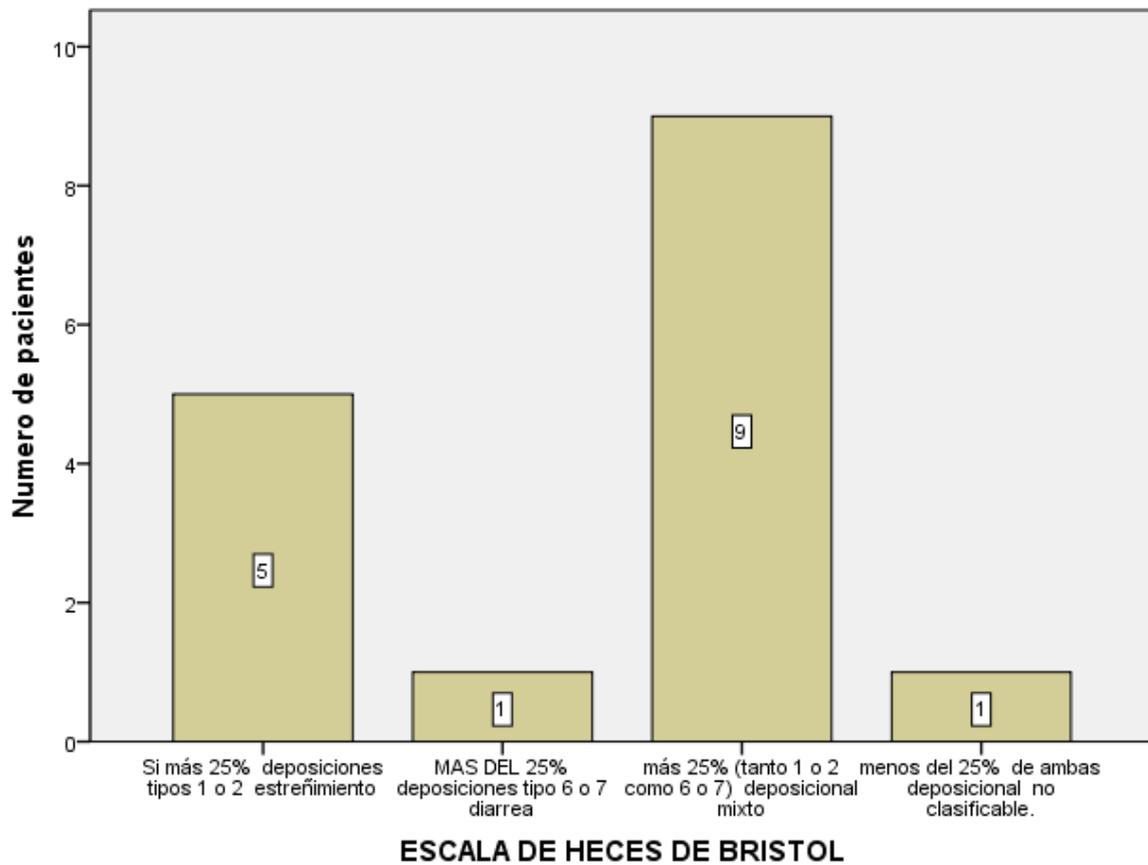


Figura No. 7 escala de heces de Bristol

Número de pacientes y sus puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol) de acuerdo a los diferentes ISRS y su evolución con el tratamiento.				
		BASAL	3 MESES	6 MESES
Sertralina 50mg/dia	Menos de 100	0	1	1
	Mas de 100	1	0	0
Fluoxetina 20mg/dia	Menos de 100	2	1	1
	Mas de 100	7	8	8
Paroxetina 20mg/dia	Menos de 100	0	6	6
	Mas de 100	6		

Tabla III.

En relación a la mejoría de la calidad de vida de acuerdo al cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol) de acuerdo a los diferentes ISRS y su evolución con el tratamiento se encontró que con la sertralina y paroxetina mejoría a diferencia de la fluoxetina en la cual en algunos pacientes se observa empeoramiento de la enfermedad, así como el tiempo de tratamiento no influye, ya que no se observa disminución de la calificación de dicho cuestionario a los 6 meses a diferencia de los 3 meses. Mostrando con esto que la fluoxetina no mejora la calidad de vida de dichos pacientes, que de hecho en muchos casos empeora el cuadro obteniendo el resultado en el IBSQOL. Tabla III

Cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol) evolución general con tratamiento a base de los ISRS en general.		
BASAL	3 MESES	6 MESES
122.875+/- 4.599	98.563+/- 7.301	97.188+/- 7.637

Tabla IV

De acuerdo al objetivo general de esta investigación el cual es identificar si los ISRS mejoran la calidad de vida de los pacientes de esta enfermedad crónica hasta el momento sin saber su etiología y con tratamiento hasta la fecha sintomático. Se observó que efectivamente los ISRS mejoran la calidad de vida de estos pacientes. Obteniendo lo anterior de lo siguiente: para analizar la calidad de vida se empleó un análisis de varianzas repetidas, (anova) del modelo lineal general en la cual se interpretó los efectos intrasujetos de la variable calidad de vida mediante la lambda de wilks ($F(2,14)=3.579, p=0.056$) seguido de un anova de múltiples comparaciones ($F(2,30)=7.596, P=0.015$) observando múltiples comparaciones con la t de student mediante la corrección de Bonferroni. Tabla IV

DISCUSION

De acuerdo a la relación en el sexo más frecuente en la unidad se observa que el sexo más frecuente es el femenino; lo que es equiparable a otros estudios realizados aunque con una relación más elevada de 16: 1 para el sexo femenino.^{10,13}

En cuanto al conocimiento del nivel de dolor abdominal de los pacientes con SII de moderado a severo de acuerdo a la escala numérica del dolor al momento de evaluar su enfermedad mediante los criterios de roma III, se encontró una mejoría del dolor con medicamentos como la sertralina y la paroxetina, sucediendo lo contrario con la fluoxetina donde en algunos casos empeoro dicho dolor de acuerdo a la escala numérica del dolor. Recordando que esta escala es útil para evaluar la eficacia de fármacos.⁹¹

En cuanto al conocimiento del nivel de calidad de vida de los pacientes con SII moderado a grave antes de iniciar el tratamiento, a los 3 y a los 6 meses de tratamiento con sertralina, paroxetina, fluoxetina. Se obtuvo el siguiente resultado, la sertralina y la paroxetina mejoran la calidad de vida de dichos pacientes,¹ observándose esto desde el cuestionario de los 3 meses y manteniéndose así durante el cuestionario de los 6 meses sin cambios importantes de acuerdo a la evolución del tratamiento. Y en lo que respeta a la fluoxetina se observa que en nuestra población estudiada no ofrece una mejora de la calidad de vida y que en algunos casos de hecho hasta empeora su calificación. Algunos estudios donde se ha valorado el uso de la fluoxetina en el tratamiento de esta enfermedad han encontrado respuestas negativas también en cuanto a la eficacia de este fármaco; ^{1, 80} la misma situación observada en nuestra población.

CONCLUSIONES

En relación a la frecuencia según el sexo se encontró que el SII de moderado a grave en el sexo femenino.

Se valoró la escala analógica del dolor al inicio del tratamiento, a los 3 y 6 meses de tratamiento con los diferentes ISRS, encontrándose que la paroxetina mejoró considerablemente el dolor o la percepción de dolor que el paciente refiere, a diferencia que la fluoxetina donde se encuentra una respuesta contraria en algunos casos

En relación a la mejoría de la calidad de vida de acuerdo al cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (ibsqol) de acuerdo a los diferentes ISRS y su evolución con el tratamiento se obtuvo como conclusión que con la sertralina y paroxetina se observó mejoría en la calificación de estos pacientes a diferencia de la fluoxetina en la cual en algunos pacientes se observa empeoramiento de la calidad de vida de acuerdo al cuestionario, así como el tiempo de tratamiento no influye, ya que no se observa disminución de la calificación de dicho cuestionario a los 6 meses a diferencia de los 3 meses.

Por ultimo Se observó que efectivamente los ISRS mejoran la calidad de vida de estos pacientes. Afirmando lo anterior del análisis estadístico de la calidad de vida se empleando un análisis de varianzas repetidas, (anova) del modelo lineal general en la cual se interpretó los efectos intrasujetos de la variable calidad de vida mediante la lambda de wilks ($F(2,14) = 3.579, p=0.056$) seguido de un anova de múltiples comparaciones ($F(2,30) = 7.596, P=0.015$) observando múltiples comparaciones con la t de student mediante la corrección de Bonferroni.

SUGERENCIAS

Pese a que es un estudio con una muestra pequeña nos deja una pauta para realizar un estudio más grande para efectivamente valorar si la fluoxetina tiene utilidad en el tratamiento de estos pacientes con el objetivo de mejorar su calidad de vida y la escala numérica del dolor.

En nuestro estudio encontramos que el uso de la fluoxetina no mejora la calidad de vida de nuestra población.

Ya que no se conoce el mecanismo de acción de los ISRS nos deja abierta la puerta para saber cómo actúan realmente los ISRS en el tratamiento de esta patología a la cual antes se le consideraba una enfermedad funcional, pero que en cuestiones de calidad de vida cuando la enfermedad es grave se equipara al paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005
2. Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade R. Diagnosis and Management of IBS in Adults. *Am Fam Physician*. 2012;86(5):419-26.
3. Smith E. Epidemiology of gastrointestinal disorders. *Can Fam Physician*. 1978;24:1007-11
4. Córdova V, Ibarrola J, Hegewisch M, Argüelles P, Vargas M, de la Torre M, et al. Sánchez. Frecuencia de síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la Ciudad de México. *Med Int Mex* 2008; 24(2):120-4
5. Valerio J, Vásquez F, Jiménez A, Cortázar L, Azamar A, Duarte M, et al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México .. *Rev Gastroenterol Mex*.2010; 75 :36-41 - vol.75 núm 01
6. Thompson W. Irritable bowel syndrome: prevalence, prognosis and consequences. *CMAJ*. 1986;134(2):111-3
7. Smart H, Mayberry J, Atkinson M. Alternative medicine consultations and remedies in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut*. 1986 Jul;27(7):826-8.
8. Park J, Byeon J, Shin W, Yoon Y, Cheon J, Lee K, et al. Diagnosis of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Korean J Gastroenterol*. 2010;55(5):308-15.
9. Al-Hazmi A. Knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians about irritable bowel syndrome in Northern Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol*. 2012;18(3):173-81.
10. Chang F, Lu C, Chen T. The current prevalence of irritable bowel syndrome in Asia. *J Neurogastroenterol Motil*. 2010;16(4):389-400. Epub 2010 Oct 30
11. Rhee P. Definition and epidemiology of irritable bowel syndrome. *Korean J Gastroenterol*. 2006;47(2):94-100.
12. Citado en Schmulson M, Vargas J, López A, Remes J, López J. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, multicéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Rev Gastroenterol Mex*, 2010;75:4.

13. Schmulson M, Vargas J, López A, Remes J, López J. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, multicéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Rev Gastroenterol Mex*, 2010;75:4.
14. SIIA delegación del IMSS MICHOACAN
15. SIIA delegación IMSS MICHOACAN
16. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut*. 1973;14(2):125-32.
17. Harvey R, Read A. Effects of oral magnesium sulphate on colonic motility in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut*. 1973;14(12):983-7.
18. Waller S. Differential measurement of small and large bowel transit times in constipation and diarrhoea: A new approach. *Gut*. 1975;16(5):372-8.
19. Palmer R, Stonehill E, Crisp A, Waller S, Misiewicz J. Psychological characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. *Postgrad Med J*. 1974;50(585):416-9.
20. Taylor I, Darby C, Hammond P, Basu P. Is there a myoelectrical abnormality in the irritable colon syndrome? *Gut*. 1978;19(5):391-5.
21. Whorwell P, Clouter C, Smith C. Oesophageal motility in the irritable bowel syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed)*;282(6270):1101-2
22. Welgan P, Meshkinpour H, Hoehler F. The effect of stress on colon motor and electrical activity in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med*. 1985;47(2):139-49.
23. Welch G, Hillman L, Pomare E. Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome: a study of reporters and non-reporters. *Br Med J (Clin Res Ed)* ;291(6506):1382-4.
24. Ford M, Miller P, Eastwood J, Eastwood M. Life events, psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *Gut*. 1987;28(2):160-5.
25. Fukudo S, Suzuki J. Colonic motility, autonomic function, and gastrointestinal hormones under psychological stress on irritable bowel syndrome. *Tohoku J Exp Med*. 1987 Apr;151(4):373-85.
26. Corbett C, Thomas S, Read N, Hobson N, Bergman I, Holdsworth C. Electrochemical detector for breath hydrogen determination: measurement of small bowel transit time in normal subjects and patients with the irritable bowel syndrome. *Gut*. 1981;22(10):836-40
27. Hillman L, Stace N, Fisher A, Pomare E. Dietary intakes and stool characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. *Am J Clin Nutr*. 1982;36(4):626-9.

28. Shukla G, Mishra D, Agarwal A. Non-organic dyspepsia : a controlled psychometric study. *Indian J Psychiatry*. 1982;24(3):280-3
29. McSherry J. Lactose intolerance and the irritable colon. *Can Fam Physician*. 1982;28:2044-5
30. Bradley H, Wyatt G, Bayliss C, Hunter J. Instability in the faecal flora of a patient suffering from food-related irritable bowel syndrome. *J Med Microbiol*. 1987;23(1):29-32
31. Ghoshal U, Shukla R, Ghoshal U, Gwee K, Ng S, Quigley E. The gut microbiota and irritable bowel syndrome: friend or foe?. *Int J Inflam*. 2012;2012:151085. Epub 2012 Apr 22
32. Fichna J, Storr M. Brain-Gut Interactions in IBS. *Front Pharmacol*. 2012; 3:127. Epub 2012 Jul 5
33. Thompson W. Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel compared with peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Gut*. 1984;25(10):1089-92
34. Goy J, Eastwood M, Mitchell W, Pritchard J, Smith A .Fecal characteristics contrasted in the irritable bowel syndrome and diverticular disease. *Am J Clin Nutr*. 1976;29(12):1480-4.
35. Watson WC, Sullivan SN, Corke M, Rush D. Globus and headache: common symptoms of the irritable bowel syndrome. *Can Med Assoc J*. 1978;118(4):387-8
36. Cann P, Read N, Brown C, Hobson N, Holdsworth C. Irritable bowel syndrome: relationship of disorders in the transit of a single solid meal to symptom patterns. *Gut*. 1983;24(5):405-11.
37. Kingham J, Dawson A. Origin of chronic right upper quadrant pain. *Gut*. 1985 Aug;26(8):783-8.
38. Whorwell P, McCallum M, Creed F, Roberts C. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut*. 1986;27(1):37-40.
39. Whorwell P, Lupton E, Erduran D, Wilson K. Bladder smooth muscle dysfunction in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*. 1986;27(9):1014-7.
40. Rose J, Troughton A, Harvey J, Smith P. Depression and functional bowel disorders in gastrointestinal outpatients. *Gut*. 1986 ;27(9):1025-8.
41. Hogston P. Irritable bowel syndrome as a cause of chronic pain in women attending a gynaecology clinic. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;294(6577):934-5.
42. Guthrie E, Creed F, Whorwell P. Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295(6598):577-8.

43. Manning AP, Wyman JB, Heaton KW. How trustworthy are bowel histories? Comparison of recalled and recorded information. *Br Med J.* 1976;2(6029):213-4
44. Arvanitakis C, Chen G, Folscroft J, Klotz A. Lactase deficiency--a comparative study of diagnostic methods. *Am J Clin Nutr.* 1977;30(10):1597-602
45. Jones H, Lendrum R, Marks J, Mirakian R, Bottazzo G, Sarson D, Bloom S. Autoantibodies to gut hormone secreting cells as markers of peptide deficiency. *Gut.* 1983;24(5):427-32.
46. Smart HL, Nicholson DA, Atkinson M. Gastro-oesophageal reflux in the irritable bowel syndrome. *Gut.* 1986;27(10):1127-31
47. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J.* 1978;2(6138):653-4.
48. Thompson W, Creed F, Drossman D, Heaton K, Mazzacca G. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gastroenterol International* 1992;5:75-91
49. Thompson W, Longstreth G, Drossman D, Heaton K, Irvine E, Müller-Lissner S. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 (suppl 2): 1143-1147
50. Longstreth G, Thompson W, Chey W, Houghton L, Mearin F, Spiller R. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-1491
51. Black T, Manolakis C, Di Palma J. "Red flag" evaluation yield in irritable bowel syndrome. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2012;21(2):153-6
52. Piepmeyer J. Letter: Use of unprocessed bran in treatment of irritable bowel syndrome. *Am J Clin Nutr.* 1974;27(2):106-7.
53. Rossman R. The bulk of gastroenterology. *Can Fam Physician.* 1978 ;24:1295-8.
54. Cann P, Read N, Holdsworth C. What is the benefit of coarse wheat bran in patients with irritable bowel syndrome?. *Gut.* 1984;25(2):168-73.
55. Kumar A, Kumar N, Vij J, Sarin S, Anand B . Optimum dosage of ispaghula husk in patients with irritable bowel syndrome: correlation of symptom relief with whole gut transit time and stool weight. *Gut.* 1987;28(2):150-5.
56. Lucey M , Clark M, Lowndes J, Dawson A. Is bran efficacious in irritable bowel syndrome? A double blind placebo controlled crossover study. *Gut.* 1987 ;28(2):221-5.
57. Dotevall G, Groll E. Mepiprazole controlled clinical trial in irritable bowel syndrome. *Br Med J.*1974; 4 (5935) :16-8

58. Jiwani A. Functional gastrointestinal disease. *Can Fam Physician*. 1976;22:60-2.
59. Ritchie J, Truelove S. Treatment of irritable bowel syndrome with lorazepam, hyoscine butylbromide, and ispaghula husk. *Br Med J*. 1979;1(6160):376-8
60. Herxheimer A, Misiewicz JJ. Oral hyoscine butylbromide for irritable bowel syndrome? *Br Med J*. 1979 Mar 17;1(6165):752 MacRae K. Oral hyoscine butylbromide for irritable bowel syndrome?. *Br Med J*. 1979;1(6165):752.
61. Gibbons D. Oral hyoscine butylbromide for irritable bowel syndrome?. *Br Med J*. 1979;1(6165):752.
62. Rees W, Evans B, Rhodes J. Treating irritable bowel syndrome with peppermint oil. *Br Med J*. 1979;2(6194):835-6.7
63. Ritchie J, Truelove S. Comparison of various treatments for irritable bowel syndrome. *Br Med J*. 1980;281(6251):1317-9.
64. Stevens J. Treatment of irritable bowel syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6257):75
65. Cann P, Read N, Holdsworth C. Oral domperidone: double blind comparison with placebo in irritable bowel syndrome. *Gut*. 1983;24(12):1135-40.
66. Ehsanullah M, Lee DA, Williams T, Pollard P, Gazzard B. The effect of secoverine hydrochloride on stimulated sigmoid motility: a double-blind, placebo controlled cross-over study in irritable bowel syndrome. *Br J Clin Pharmacol*. 1985;19(3):301-5.
67. Prior A, Whorwell P. Double blind study of ispaghula in irritable bowel syndrome. *Gut*. 1987;28(11):1510-3.
68. Prior A, Whorwell P. Double blind study of ispaghula in irritable bowel syndrome. *Gut*. 1987;28(11):1510-3.
69. Sainsbury A, Ford A. Treatment of irritable bowel syndrome: beyond fiber and antispasmodic agents. *Therap Adv Gastroenterol*. 2011;4(2):115-27
70. Whorwell P, Prior A, Colgan S. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut*. 1987;28(4):423-5
71. F Creed. How do SSRIs help patients with irritable bowel syndrome?. *Gut*. 2006 ;55(8): 1065–1067.
72. Bixquert J, Bixquert P. Antidepressant therapy in functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28(8):485-92.
73. Ladabaum U, Sharabidze A, Levin T, Zhao K, Chung E, Bacchetti P, et al. Citalopram provides little or no benefit in nondepressed patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(1):42-48.e1. Epub 2009 Sep 16

74. Talley N, Kellow J, Boyce P, Tennant C, Huskic S, Jones M. Antidepressant therapy (imipramine and citalopram) for irritable bowel syndrome: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Dig Dis Sci.* 2008;53(1):108-15. Epub 2007 May 15
75. Sikander A, Rana S, Prasad K. Role of serotonin in gastrointestinal motility and irritable bowel syndrome. *Clin Chim Acta.* 2009;403(1-2):47-55. Epub 2009 Feb 4
76. Käll E, Lindström E, Martinez V. The serotonin reuptake inhibitor citalopram does not affect colonic sensitivity or compliance in rats. *Eur J Pharmacol.* 2007 ;570(1-3):203-11. Epub 2007.
77. Bechmann L, Best J, Haag S, Leineweber K, Gerken G, Holtmann G. Serotonergic and non-serotonergic effects of two tricyclic antidepressants on visceral nociception in a rat model. *Scand J Gastroenterol.* 2009;44(6):680-6
78. Abdul-Baki H, El Hajj II, Elzahabi L, Azar C, Aoun E, Skoury A, et al. A randomized controlled trial of imipramine in patients with irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2009;15(29):3636-42
79. Cremonini F, Nicandro J, Atkinson V, Shringarpure R, Chuang E, Lembo A. Randomised clinical trial: alosetron improves quality of life and reduces restriction of daily activities in women with severe diarrhoea-predominant IBS. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012. doi: 10.1111/j.1365-2036.2012.05208.x. [Epub ahead of print]
80. Friedrich M, Grady S, Wall G. Effects of antidepressants in patients with irritable bowel syndrome and comorbid depression. *Clin Ther.* 2010;32(7):1221-33
81. Holmes K, Salter R. Irritable bowel syndrome--a safe diagnosis?. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1982;285(6354):1533-4.
82. Talley N, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet.* 2002;360(9332):555-64.
83. Felce D. Defining and applying the concept of quality of life. *J Intellect Disabil Res.* 1997;41 (Pt 2):126-35.
84. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil.* 1995;16(1):51-74
85. Gralnek I, Hays R, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer E. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology.* 2000 ;119(3):654-60
86. El-Serag H, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002;16(6):1171-85.

87. Hahn BA, Kirchoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 1997;11:547-552
88. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci.* 1998;43:400-411.
89. Drossman D, Patrick D, Whitehead W, Toner B, Diamant N, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(4):999-1007.
90. Schmulson M, Ortiz O, Mejia-Arangure J, Hu Y, Morris C, Arcila D, et al. Further validation of the IBS-QOL: female Mexican IBS patients have poorer quality of life than females from North Carolina. *Dig Dis Sci.* 2007;52(11):2950-5. Epub 2007 Apr 6.
91. Downie W, Leatham P, Rhind V, Wright V, Branco J, Anderson J. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978;37(4):378-81
92. Soares N, Ford A. Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Discov Med.* 2011;11(60):425-33

ANEXOS

Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	julio 2011	Julio 2011- abril 2013	ABRIL 2013	MAYO 2013
1. ESTRUCTURA Y PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO	Realizado			
2. Recabar la información		Realizado		
3. RECOPIACIÓN DE DATOS			Realizado	
4. INFORME DE LOS RESULTADOS				Realizado

REALIZADO

SIN REALIZAR

Anexo 2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar

y

Fecha

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“CONOCER LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE TRATADOS CON ANTIDEPRESIVOS”**

Registrado en el Comité de Ética en Investigación con el número:

El objetivo del estudio es: estimar cual de los antidepresivos es más útil para mejorar la calidad de vida y el dolor abdominal de la enfermedad de la cual soy portador que es el síndrome de intestino irritable “colitis nerviosa” de moderado a severo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Se me realizara unos cuestionarios para ver el nivel de dolor , así como mi calidad de vida que mi enfermedad está generando, si por dichos cuestionarios ver si cumpla los criterios de diagnósticos de síndrome de intestino irritable “colitis nerviosa” de acuerdo a los criterios de Roma III (si no los cumpla mi participación termina ahí), posterior a eso se me administrara un medicamento diario un antidepresivo un inhibidor de la recaptura de serotonina (SERTRALINA, PAROXETINA, FLUOXETINA, CITALOPRAM) durante 6 meses, posterior a eso se me aplicara de nuevo el cuestionario de la escala numérica del dolor y el de calidad de vida de síndrome de intestino irritable, así como los criterios de Roma III a los 3 y 6 meses. Se me ha informado que los medicamentos pueden presentar efectos adversos y se me ha informado oportunamente en qué consisten. Declaro que se me ha informado ampliamente que mi participación en el estudio conlleva el riesgo de presentar los efectos adversos de los medicamentos que se me están administrando

CUANDO DECIDA DEJAR EL ESTUDIO LO PODRE REALIZAR SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUM 1 DE MORELIA MICHOACAN IMSS Y EN LA UMF NUM 80

LOS BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO SON: SABER CUAL DE LOS ANTIDEPRESIVOS MEJORA MÁS LA CALIDAD DE VIDA Y EL DOLOR ABDOMINAL CON EL PADECIMIENTO DEL CUAL SOY PORTADOR.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre, identificación y firma del paciente

Nombre, identificación y firma del familiar

DR.GUSTAVO RAMIREZ CALDERON TEL CASA 3 12 54 50 CEL

NOMBRE Y TELEFONO DEL INVESTIGADOR

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE PACIENTE: _____

EDAD _____ **SEXO** _____ **NO AFIL.** _____

TELEFONO _____

DOMICILIO _____

TIEMPO DE PADECER EL SII _____

CALIFICACION DE LA CALIDAD DE VIDA POR MEDIO DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL) de 34 ítems

Al momento de realizar el diagnostico	
Tras 3 meses de tratamiento	
Tras 6 meses de tratamiento	

Criterios de Roma III	DIAGNOSTICO +/-	SINTOMAS ACOMPAÑANTES
ANTES DE INICIAR EL TX		
A LOS 3 MESES DE TX		
A LOS 6 MESES DE TX		

ESCALA NUMERICA DEL DOLOR (1 AL 10)	
Al Momento de realizar el DX	
A los 3 meses de tratamiento	
A 6 meses de tratamiento	

EFFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS	ISRS

Escala de Bristol	El 25 % DE MIS EVACUACIONES SON (DE ACUERDO A LA TABLA SEÑALADA POSTERIORMENTE)	Variable de SII DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE ROMA III.
ANTES DEL TRATAMIENTO		
3 MESES DESPUES DEL TRATAMIENTO		
6 MESES POSTERIOR DEL TRATAMIENTO		

MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE	TIEMPO QUE LOS ESTA

ESTA TOMANDO	CONSUMIENDO

Síntomas extra digestivos	Tiempo de padecerlos

Anexo 3. CUESTIONARIO IBS-QOL DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE. De 34 ítems

1. Me siento desbordado/a debido a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

2. Me siento avergonzado/a por el olor causado por mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

3. Me molesta la cantidad de tiempo que paso en el baño.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

4. Me siento vulnerable a otras enfermedades a causa de mis problemas

Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

5. Me siento gordo/a a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

6. Siento que estoy perdiendo el control de mi vida a causa de mis Problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

7. Siento que mi vida es menos agradable a causa de mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

8. Me siento incomodo/a cuando hablo sobre mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

9. Me siento deprimido/a debido a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

10. Me siento aislado/a de otras personas a causa de mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

11. Tengo que tener cuidado con la cantidad que como a causa de mis Problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

12. Debido a mis problemas intestinales, me es difícil la actividad sexual.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

13. Me siento enfadado/a porque tengo problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

14. Siento que irrito a los demás con mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

15. Me preocupa que mis problemas intestinales se agraven.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

16. Me siento irritable a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

17. Me preocupa que la gente crea que exagero mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

18. Siento que hago menos de lo que pudiera a causa de mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

19. Tengo que evitar situaciones de estrés a causa de mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

20. Mis problemas intestinales disminuyen mi deseo sexual.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

21. Mis problemas intestinales me limitan en la ropa que puedo ponerme.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

22. Tengo que evitar actividades intensas a causa de mis problemas Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

23. Tengo que vigilar el tipo de alimentos que como debido a mis Problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

24. A causa de mis problemas intestinales, me es difícil pasar tiempo con Gente que no conozco muy bien.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

25. Me siento pesado a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

26. Me siento sucio/a a causa de mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

27. A causa de mis problemas intestinales, los viajes largos me son Difíciles.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

28. Siento frustración porque no puedo comer cuando quiero a causa de Mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho

5. Muchísimo

29. Es importante para mí estar cerca de un lavabo a causa de mis Problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

30. Mi vida gira en torno a mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

31. Me preocupa la posibilidad de perder el control sobre mis hábitos Intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

32. Temo la posibilidad de no poder evacuar.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo

33. Mis problemas intestinales están afectando mis relaciones más Cercanas.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente

4. Mucho
5. Muchísimo

34. Siento que nadie entiende mis problemas intestinales.

1. De ninguna manera
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Muchísimo.