

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE
SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN PERSONAL DE SALUD
DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO
MANRIQUE AREQUIPA 2014”**

Tesis Presentada por la bachiller:
PACHECO ASPILCUETA, Susana
Rosario.

**Para obtener título de: MEDICO
CIRUJANO**

AREQUIPA - PERÚ

2015



DEDICATORIA



A DIOS
MI MAESTRO

A MIS PADRES
LUIS Y ANA MARIA



**“CUIDAR LAS PALABRAS ES CUIDARSE UNO MISMO,
EL QUE HABLA MUCHO SE ARRUINA SOLO”.**

Proverbios 13,3

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
EPÍGRAFE	II
ÍNDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	01
CAPITULO I: Material Y Métodos	03
CAPITULO II: Resultados	08
CAPITULO III: Discusión	25
CAPITULO IV: Conclusiones	32
CAPITULO V: Recomendaciones	34
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	
ANEXO 01: Proyecto de Investigación	
ANEXO 02: Base de Datos	

RESUMEN

Se realiza una investigación para analizar la frecuencia, las características clínicas del Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I) en el personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique Arequipa 2014. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo, estudio transversal, observacional.

En el cuál se estudiaron 110 trabajadores de salud entre ellos: médicos, enfermeros, obstetras, internos, técnicos en enfermería de ambos sexos; y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la encuesta en una versión adaptada del Cuestionario Modular para Trastornos Funcionales Gastrointestinales de Roma II, únicamente se emplearon ocho preguntas que miden la existencia del SII exclusivamente, aplicándose en trabajadores de salud mayores de 18 años, entre enero a diciembre del 2014. Los datos obtenidos, se registraron en una ficha de recolección de datos para luego ser procesados estadísticamente. La mayor frecuencia se observa en los Internos de Medicina, y luego técnicos de enfermería. La edad promedio en hombres fue 36.15 años. En mujeres el promedio de edad fue 40.51 años. El profesional Médico tuvo mayor frecuencia 27.27%, en la mayoría casados. Por el tiempo de servicio, predominaron los trabajadores de salud que tuvieron menos o igual a 15 años. En el grupo del personal de salud que tuvo diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, fueron 28 (25.45 %); dentro de ellos las características clínicas más frecuentes fueron: dolor abdominal 96.43%, Distensión abdominal 85.71%, Dolor abdominal asociado a cambios en la consistencia de las heces 82.14%. Los factores sociodemográficos asociados al síndrome de intestino irritable fueron el tipo de ocupación y el número de ocupaciones. Concluyéndose que la frecuencia de síndrome de intestino irritable en el personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique fue del 25.45% (28), las características clínicas más frecuentes en el personal de salud fueron: dolor abdominal, distensión abdominal, dolor abdominal asociado a la consistencia de las heces. El interno de medicina y los técnicos en enfermería fueron los que tuvieron mayor riesgo para desarrollar el síndrome de intestino irritable.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de Intestino Irritable, frecuencia del síndrome de intestino Irritable en personal de salud.



ABSTRACT

An investigation was performed to analyze the frequency, the clinical features of Irritable Bowel Syndrome (IBS) according to the Manning criteria IBS the health staff PNP Regional Hospital Mayor Julio Pinto Manrique Arequipa 2014 was determined. To determine it was used a descriptive, cross-sectional, observational study.

In the study 110 health personnel were studied including doctors, nurses, obstetricians, internists, nurse technicians of both sexes; and who met the inclusion and exclusion criteria. The survey was conducted in an adapted version of the Modular Questionnaire for Functional Gastrointestinal Disorders Rome II, only eight questions that measure the existence of IBS exclusively applied in health workers over 18 years, from January to December 2014 were used The data were recorded on a data collection sheet then be processed statistically. The most frequently observed in Internal Medicine, then nurse technicians. The average age for men was 36.15 years. In women the average age was 40.51 years. The medical professional was more frequent 27.27%, in most married. By the time of service, predominated health workers who were less than or equal to 15 years. In the group of health workers who had diagnosis of IBS were 28 (25.45%); within them the most common clinical features were: abdominal pain 96.43%, 85.71% abdominal distension, abdominal pain associated with changes in stool consistency 82.14%. The sociodemographic factors associated with irritable bowel syndrome were the type of occupation and number of occupations.

In conclusion the frequency of irritable bowel syndrome in health personnel PNP Regional Hospital Mayor Julio Pinto Manrique was 25.45% (28). The clinical features of the most frequent staff survey were: abdominal pain, swelling, abdominal pain associated with stool consistency, The internal medicine and nursing technicians were the factor that had the greatest risk for irritable bowel syndrome.

KEYWORDS: Irritable Bowel Syndrome, Irritable bowel frequency syndrome in health personnel.

INTRODUCCIÓN



El Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I.) se define como un trastorno funcional que se caracteriza por dolor abdominal con alteración en el tránsito y en la evacuación intestinal. Es una de las enfermedades digestivas más frecuentes con una prevalencia del 10 - 25% de la población general, con consecuencias como regular calidad de vida y ausentismo laboral. (1)

Es el séptimo diagnóstico más frecuente en la consulta ambulatoria diaria de los hospitales generales americanos con un promedio de 10.6 visitas por cada mil habitantes por año. En Colombia se consumen anualmente 671.000 unidades de productos antiespasmódicos para esta enfermedad. (2)

Afecta todas las razas del mundo y 80% de los casos son mujeres. Es una enfermedad crónica y recurrente con épocas de calma y otras de actividad. Sin embargo, es más frecuente en mujeres y se observa que se presenta casos más severos en las mismas. (3)

El S.I.I. no tiene complicaciones orgánicas ni mortalidad. Sin embargo, existe una alta comorbilidad del síndrome de intestino irritable con los trastornos afectivos. Los pacientes con trastornos de pánico. (4) La coexistencia del síndrome con la depresión es alta, es decir, que la depresión altera la respuesta inmune, cronifica los síntomas, aumenta la incapacidad, disminuye la calidad de vida. (5)

En el intento de simplificar y estandarizar el diagnóstico de S.I.I. a lo largo de los años se han descrito múltiples criterios diagnósticos basados en los síntomas básicos que presentan los pacientes.

Los primeros que se utilizaron fueron los Criterios de Manning, publicados en 1976, su valor predictivo positivo no excede 75%, con una sensibilidad de 78% y una especificidad de 72%. (6). Dentro de las ventajas de su uso se encuentran la simplicidad, preguntas claras, fácil aplicabilidad, características que lo convierten en una alternativa para obtener el diagnóstico del S.I.I.; son los motivos que nos ha llevado a realizar la investigación.

El propósito de la investigación fue determinar la frecuencia, características clínicas del Síndrome de Intestino Irritable según Criterios de Manning en personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique.

Hasta el momento de iniciar la investigación no se conoce que existan estudios locales sobre la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en trabajadores de salud.

En el estudio se observa que la frecuencia de Síndrome de intestino irritable en el personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique fue alta, se halló relación significativa de desarrollar la enfermedad en el interno de medicina y técnicos de enfermería, encontrándose también una alto riesgo de padecer el Síndrome de Intestino Irritable en el personal de salud en general.

Se espera la realización de estudios más amplios y profundos para analizar factores asociados al Síndrome de Intestino Irritable como: asociación con síntomas depresivos, ansiedad, factores estresores en personal de salud y otro estudio comparativo con personal administrativo del mismo nosocomio; así obtener mayor conocimiento de éste problema de salud.

CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS



MATERIAL Y MÉTODOS

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. MÉTODOS O TÉCNICAS

1.1.1. Obtención de la muestra

Se procedió a la coordinación respectiva con el Director del Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique” para la realización de encuesta al personal de Salud que labora en dicho hospital. Se solicitó también autorización al Jefe de Personal del Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique” para poder llevar a cabo la investigación y para que el procedimiento se lleve dentro de las normas del Hospital.

Se incluyó a todos los trabajadores de salud que aceptaron de forma voluntaria participar de la investigación, además que cumplan con los criterios de inclusión / exclusión. Se utilizó como técnica de recolección de datos la Entrevista. La entrega de cuestionarios fue personal y se explicó cómo llenarlos.

En base a la información recopilada se utilizó una estadística descriptiva. Se elaboró una base de datos para la tabulación correspondiente de los mismos y éstos se expondrán en tablas y gráficos los que obtuvieron a través de la ejecución de paquetes estadísticos: SPSS 15.0 for Windows y Statistica Ver 7.0 requeridas para el análisis, interpretación y discusión de los resultados.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

Precisión del Lugar

- **Ámbito General:** Departamento de Arequipa.

- **Ámbito Específico:** Provincia Arequipa Distrito de Cayma

Caracterización del Lugar

- **Ámbito Institucional:** Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique”

Delimitación Geográfica

- El espacio geográfico donde se realizó la recolección de datos es en el Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique”. El hospital se encuentra ubicado en la Avenida Bolognesi N° 602 Urbanización La Marina, del distrito de Cayma de Arequipa.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. TIEMPO HISTÓRICO

La investigación se realizó entre los meses de enero a diciembre del 2014.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por 110 profesionales de la salud dentro de ellos: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, obstetras, internos. Por su contenido:

- **Población Objetivo o Blanco (Diana)**

Profesionales de salud que trabajan en el Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique”.

2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ACCESIBLE

- **Criterios de inclusión**

- Médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, internos, obstetras, etc. mayores de 18 años de ambos sexos.
- Que accedan voluntariamente a resolver el cuestionario de autoevaluación.

▪ **Criterios de exclusión**

- Personal de salud que realice labor administrativa.
- Enfermedad concomitante.
- Enfermedad Psiquiátrica
- Enfermedad gastrointestinal previamente diagnosticada

2.3 3. MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

2 3.3.1 MUESTRA

Estuvo constituida por conveniencia el total de trabajadores de salud del Hospital regional PNP Arequipa Mayor Julio Pinto Manrique

2.3.3 2. MUESTREO

Elección de las unidades de análisis

- Técnica de Muestreo
Por su variabilidad: Es Fijo
Por la posibilidad de integrar la muestra: De oportunidad única
- Método de Muestreo
Es: Método simple
- Tipo de Muestreo
Es: No Probabilístico o directo: Por conveniencia – Intencional o Deliberado

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Permiso para acceder a las unidades de estudio
- Supervisión y Coordinación: El investigador.

3 2. RECURSOS

3 2 1. Humanos

- **Investigador:** Bachiller Susana Rosario Pacheco Aspilcueta
- **Asesor:** Dr. Alexis Pablo Urday Huarillocla
Dr. Eugenio Chirinos Zereceda

3 2 2. Físicos

- **Infraestructura:** Hospital Regional Arequipa PNP “Julio Pinto Manrique”







**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL
DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO
PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014**

*“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”*

TABLA 01. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL DE SALUD

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ESTADO CIVIL						
Soltero	14	12.78	26	23.60	40	35.38
Casado	11	10.04	55	49.93	66	59.97
Divorciado	2	1.83	2	1.82	4	3.65
Viudo	0	0.00	0	0.00	0	0
TOTAL	27	24.65	83	75.35	110	100
OCUPACIÓN						
Medico	14	12.78	16	14.53	30	27.31
Enfermero	1	0.91	28	25.42	29	26.33
Obstetras	0	0.00	12	10.89	12	10.89
Tec. Enfermería	2	1.83	18	16.34	20	18.17
Interno Medicina	10	9.13	9	8.17	19	17.30
TOTAL	27	24.65	83	75.35	110	100
NUMERO DE OCUPACIONES						
Una	17	15.52	70	63.55	87	79.07
Dos	8	7.30	13	11.80	21	19.10
Tres	2	1.83	0	0.00	2	1.83
TOTAL	27	24.65	83	75.35	110	100
TIEMPO DE SERVICIO						
≤ a 10 años	24	21.91	38	34.50	62	56.41
10 a 25 años	2	1.83	42	38.13	44	39.96
> de 25 años	1	0.91	3	2.72	4	3.63
TOTAL	27	24.65	83	75.35	110	100

N: 110 UA

FUENTE: Elaboración personal.

La tabla 01 nos muestra que la población en su mayoría esta conformada por mujeres 75.35% y varones 24.65%. Con respecto a varones en mayor proporción son médicos y mujeres enfermeras con una sola ocupación. Los hombres en su mayoría son solteros y las mujeres son casadas.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

TABLA 02: FRECUENCIA DEL S.I.I EN EL PERSONAL DE SALUD

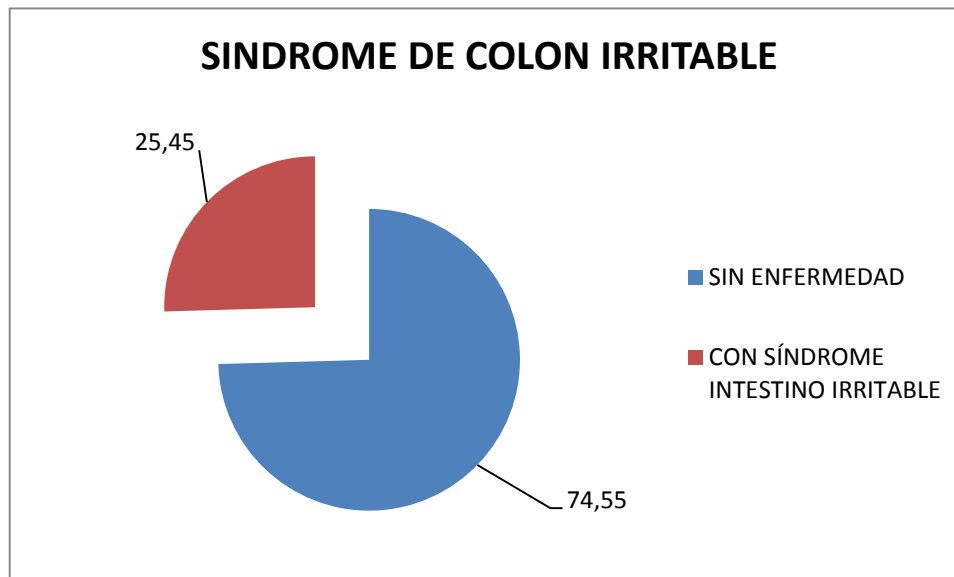
PERSONAL DE SALUD	n	%
CON SÍNDROME INTESTINO IRRITABLE	28	25.45
SIN ENFERMEDAD	82	74.55

n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

GRAFICO 02: FRECUENCIA DEL S.I.I. EN EL PERSONAL DE SALUD



La tabla 02 y gráfico 02: se muestra la proporción de profesionales portadores del Síndrome de Intestino Irritable, fue del 25.45%, siendo éste proporcionalmente 1/3 de la población estudiada

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014”

TABLA 03. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN OCUPACION

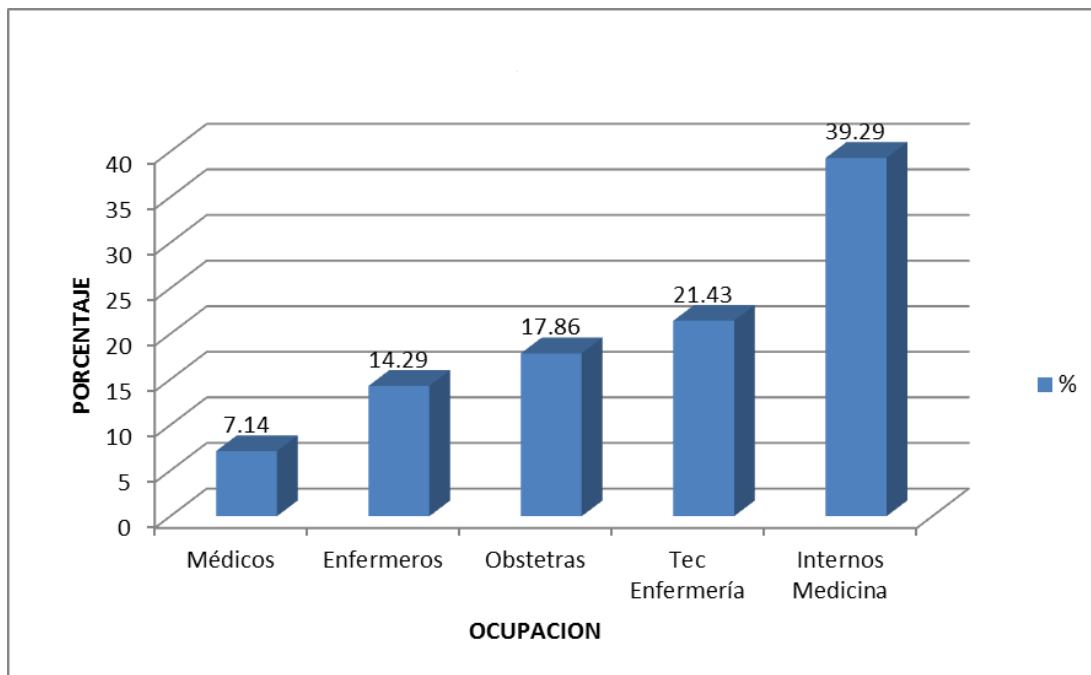
OCUPACIÓN	n	%
Médicos	2	7.14
Enfermeros	4	14.29
Obstetras	5	17.86
Tec Enfermería	6	21.43
Internos Medicina	11	39.29

n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

GRAFICO 03: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN OCUPACIÓN



La tabla 03 y grafico 03: nos informa la frecuencia por ocupación. La mayor frecuencia se observa en los Internos de Medicina, los Técnicos de enfermería y luego en obstetras. La menor proporción fue para los profesionales Médicos.

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN

**PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014"**

TABLA 04. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN EDAD Y SEXO

EDAD (años)	SEXO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
20 - 29	7	25.00	4	14.29	11	39.29
30 - 39	0	0.00	0	0.00	0	0.00
40 - 49	1	3.57	9	32.14	10	35.71
50 - 59	3	10.71	3	10.71	6	21.43
60 - 69	1	3.57	0	0.00	1	3.57
TOTAL	12	42.86	16	57.14	28	100.00

HOMBRES
Rango: 24 – 63 años
n: 12 UA

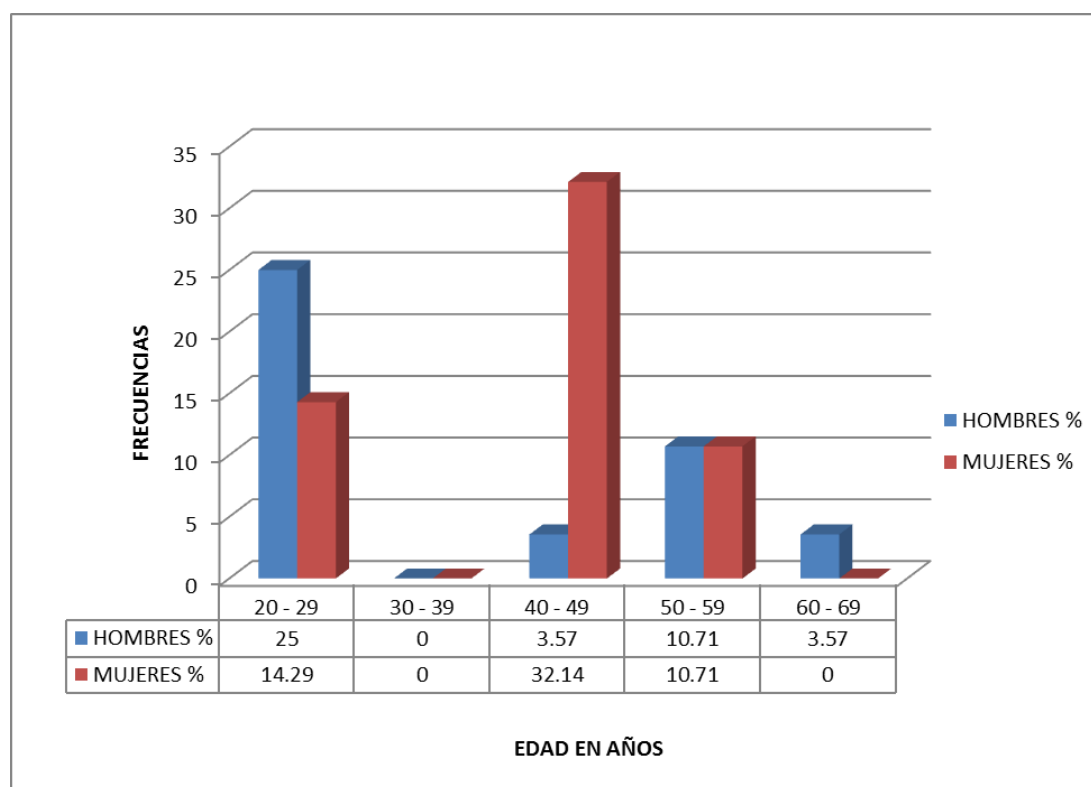
FUENTE: Elaboración personal.

MUJERES
Rango: 22 – 58 años
n: 16 UA

**"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE**

AREQUIPA 2014"

GRAFICO 04. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN EDAD Y SEXO



En la tabla 04 y grafico 04, se muestra al personal de salud que tuvo diagnóstico de Síndrome de intestino irritable (28 UO), según los criterios de Manning. La distribución fue: 42.86% hombres y el 57.14% mujeres.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

TABLA 05. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN ESTADO CIVIL

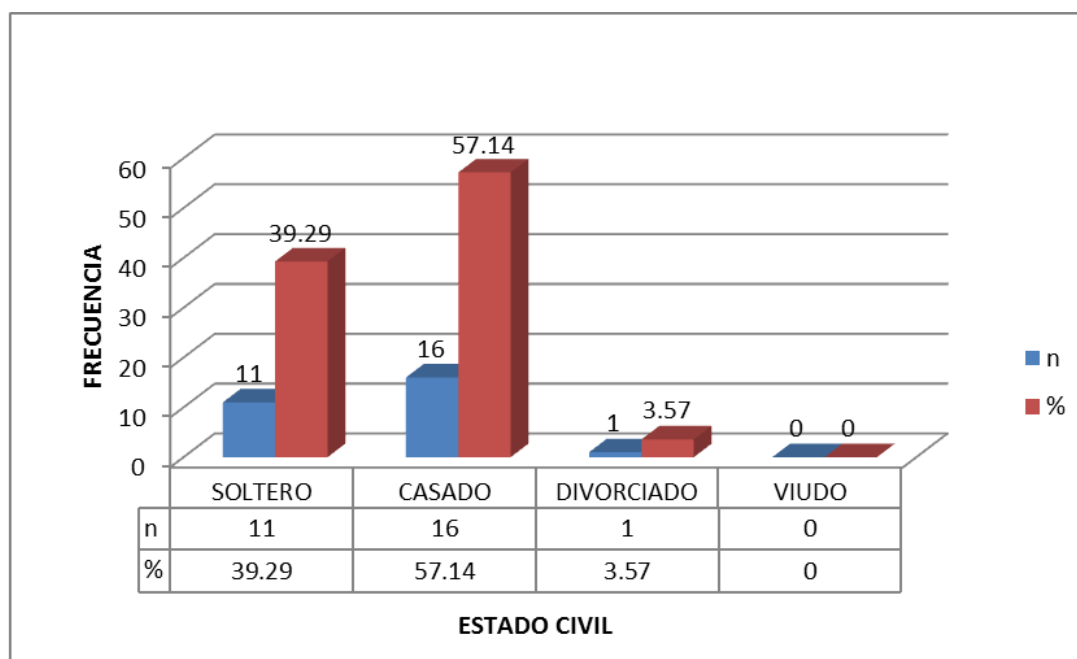
ESTADO CIVIL	n	%
Soltero	11	39.29
Casado	16	57.14
Divorciado	1	3.57
Viudo	0	0
TOTAL	28	100

n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

GRAFICO 05. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN ESTADO CIVIL



n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

La tabla 05 y grafico 05: nos informa la frecuencia por estado civil. La mayor frecuencia se observa en casados, luego solteros. La menor proporción en divorciados y viudos.

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN

*PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014"*

**TABLA 06. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN NUMERO DE
OCUPACIONES**

NUMERO DE OCUPACIONES	n	%
Una	18	64.28
Dos	10	35.72
Tres	0	0
TOTAL	28	100

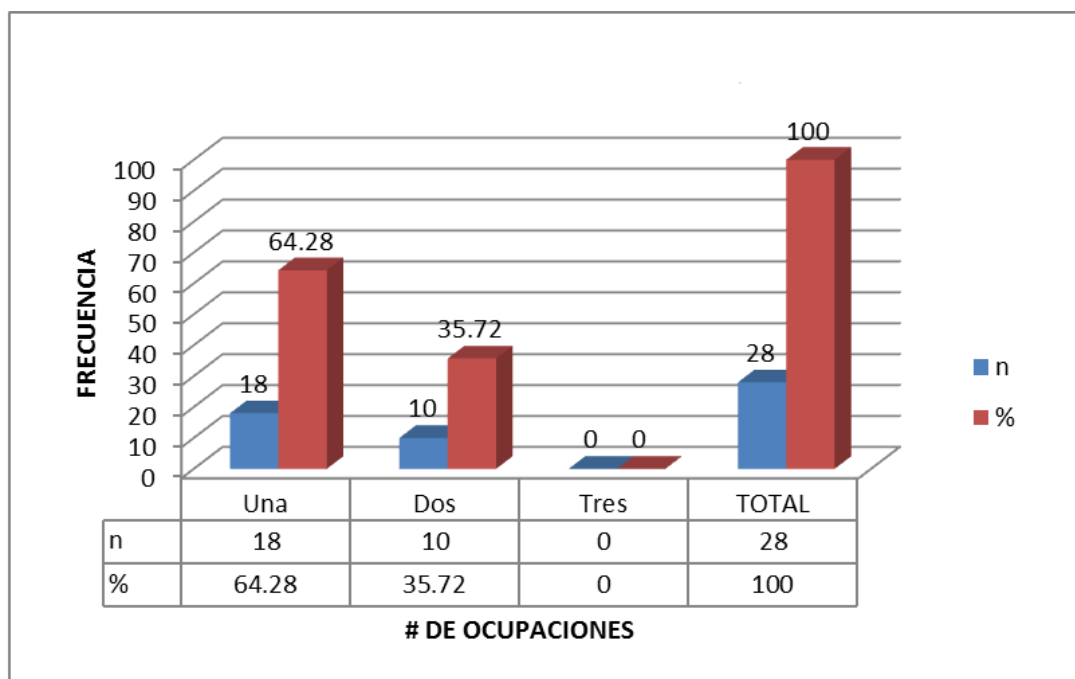
n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

*"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE*

AREQUIPA 2014”

GRAFICO 06. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN NUMERO DE OCUPACIONES



n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

La tabla 06 y grafico 06: nos informa la frecuencia por Número de Ocupaciones. La mayor frecuencia se observa en personal con 1 sola ocupación (64.28%) y en una menor frecuencia en los que tienen dos ocupaciones (35.72%).

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE

AREQUIPA 2014”

TABLA 07. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO

TIEMPO DE SERVICIO (años)	n	%
≤ a 10	18	64.29
10 a 25	9	32.14
> de 25	1	3.57
TOTAL	28	100

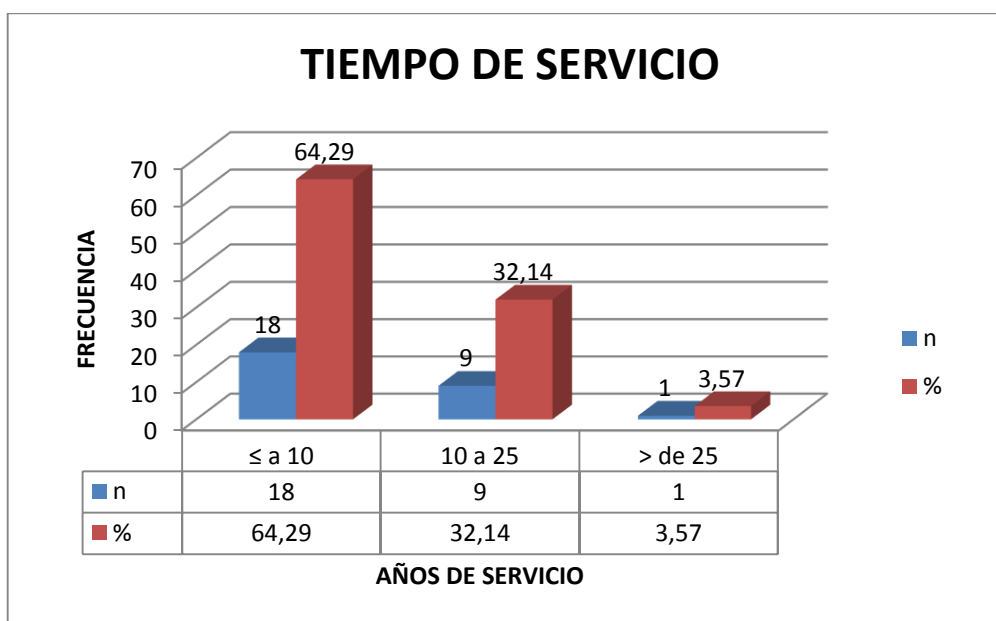
n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE

AREQUIPA 2014”

GRAFICO 07. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO



n: 28 UA portadores SII.

FUENTE: Elaboración personal.

La tabla 07 y grafico 07: nos informa la frecuencia por tiempo de servicios. Se observa que es más frecuente en personal < 10 años de servicio y en una menor frecuencia en los que tienen > de 25 años de servicio.

“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN

**PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014"**

**TABLA 08. TABLA RESUMEN DE CARACTERÍSTICAS SOCIO
DEMOGRÁFICAS POR SEXO DEL PERSONAL DE SALUD
CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ESTADO CIVIL						
Soltero	7	25.00	4	14.29	11	39.29
Casado	5	17.86	11	39.28	16	57.14
Divorciado	0	0.00	1	3.57	1	3.57
Viudo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	12	42.86	16	57.14	28	100
OCUPACIÓN						
Medico	1	3.57	1	3.57	2	7.14
Enfermero	1	3.57	3	10.71	4	14.29
Obstetras	0	0.00	5	17.86	5	17.86
Tec. Enfermería	2	7.14	4	14.29	6	21.43
Interno Medicina	8	28.57	3	10.71	11	39.28
TOTAL	12	42.86	16	57.14	28	100
NUMERO DE OCUPACIONES						
Una	8	28.57	10	35.71	18	64.28
Dos	4	14.29	6	21.43	10	35.72
Tres	0	0.00	0	0.00	0	0.0
TOTAL	12	42.86	16	57.14	28	100
TIEMPO DE SERVICIOS						
≤ a 10 años	11	39.29	7	25.00	18	64.29
10 a 25 años	1	3.57	8	28.57	9	32.14
> de 25 años	0	0.00	1	3.57	1	3.57
TOTAL	12	42.86	16	57.14	28	100

N: 28 UA

FUENTE: Elaboración personal.

La tabla 08 nos muestra en resumen las características sociodemográficas del personal de salud con síndrome de intestino irritable, de las cuales estadísticamente significativas resultaron: Ocupación y número de Ocupaciones.

"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN

*PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014"*

TABLA 09. FRECUENCIAS RELATIVAS DE LOS CRITERIOS DE MANNING

CRITERIOS MANNING	CONDICIÓN	SEXO				TOTAL n
		HOMBRES		MUJERES		
		n	%	n	%	
Dolor abdominal	Si	11	91.67	16	100.00	27
	No	1	8.33	0	0.00	1
Cambio en frecuencia de heces	Si	10	83.33	10	62.50	20
	No	2	16.67	6	37.50	8
Diarrea	Si	3	25.00	4	25.00	7
	No	9	75.00	12	75.00	21
Disminución de la consistencia de heces	líquida	9	75.00	12	75.00	21
	disgregada	2	16.67	1	6.25	3
	blandas	1	8.33	2	12.50	3
	moco	0	0.00	1	6.25	1
	sangre	0	0.00	0	0.00	0
Cambios al momento de la evacuación	Dificultad	2	16.67	3	18.75	5
	Dolor	4	33.33	2	12.50	6
	Urgencia	6	50.00	4	25.00	10
	Incompleta	0	0.00	6	37.50	6
Distensión Abdominal	Si	9	75.00	15	93.75	24
	No	3	25.00	1	6.25	4

n₁ 12 hombres

n₂ 16 mujeres

FUENTE: Elaboración personal.

En la tabla 09, nos muestra que los criterios de Manning mas frecuentes en el personal de salud fueron Dolor abdominal en un 91.67% en varones y 100% en mujeres, luego la distensión abdominal en varones 75% y en mujeres 93%, y disminución de la consistencia de las heces en un 75%, mas frecuente liquidas.

**DESIGUALDADES RELATIVAS CALCULADAS POR LA
TÉCNICA DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA
CONDICIONAL EVALUANDO LOS FACTORES
ASOCIADOS AL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL
REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014**



*“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”*

**TABLA 10. PRUEBAS DE BONDAD DEL MODELO MATEMÁTICO DE
REGRESIÓN LOGÍSTICA.**

PRUEBAS ÓMNIBUS SOBRE LOS COEFICIENTES DEL MODELO

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 2	Paso	9.45	4	0.0508
	Bloque	15.95	5	0.0070
	Modelo	15.95	5	0.0070

FUENTE: Elaboración personal

En la tabla 10; La prueba de Chi cuadrado del modelo matemático es significativo p: 0.0070, es decir indica que el conjunto de variables predictoras o independientes producen cambios en la variable dependiente cuando estas son introducidas. Entonces el modelo muy bien explica el comportamiento de la variable dependiente (Sind. Intestino irritable) frente a los cambios producidos por las variables predictoras. El ajuste del modelo es bueno.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

**TABLA 11. PRUEBAS DE BONDAD DEL MODELO MATEMATICO DE
REGRESIÓN LOGÍSTICA**

TABLA DE CLASIFICACIÓN

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto	
		Síndrome de intestino irritable			
		enfermo	sano		
Paso 2	síndrome de intestino irritable	enfermo	3	25	10.71
		sano	0	82	100.00
Porcentaje global				77.27	

a. El valor de corte es .500

FUENTE: Elaboración personal

En la tabla 11, el modelo Logit clasifica adecuadamente los casos o las unidades de análisis de la variable dependiente. Los criterios de Manning identifican a los portadores de Síndrome de intestino irritable con un alta sensibilidad (100.00%) y una baja especificidad. El poder de clasificación adecuado es del 77.23%, existe un 22.73% no son bien clasificados.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

**TABLA 12. RESUMEN DEL MODELO MATEMÁTICO DE REGRESIÓN
LOGÍSTICA**

RESUMEN DEL MODELO			
Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
2	108,853 ^a	0.1350	0.1989

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

PRUEBA DE HOSMER Y LEMESHOW			
Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.
2	7.810	6	0.2524

FUENTE: Elaboración personal

En la tabla 12, según la prueba de - 2 log de la verosimilitud (-2LL) el valor mostrado es aceptable. La R cuadrado de Cox y Snell muestra que en nuestro caso es un valor discreto (0,1350) que indica que sólo el 13.50% de la variación de la variable dependiente es explicada por la variable incluida en el modelo es aceptable. La prueba de Hosmer Lemeshow no es Significativa.

**“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE
AREQUIPA 2014”**

**TABLA 13. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SINDROME DE
INTESTINO IRRITABLE**

		VARIABLES EN LA ECUACIÓN						I.C. 95% para EXP(B)	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 2 ^a	Ocupac			9.1287	4	0.0580			
	Obstetras	1.71	0.76	5.0343	1	0.0248	5.556	1.2422	24.8512
	Enfermer	1.38	0.67	4.2736	1	0.0387	3.966	1.0741	14.6410
	Tec Enfer	1.79	0.94	3.6217	1	0.0570	5.991	0.9479	37.8711
	Int Medici	2.15	0.89	5.8531	1	0.0155	8.564	1.5035	48.7862
	NºOcup	-1.50	0.58	6.7456	1	0.0094	0.223	0.0716	0.6916
	Constante	1.68	0.76	4.9009	1	0.0268	5.359		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Ocupación

N= 110 UA

FUENTE: Elaboración personal.

RESUMEN DE LOS PASOS^{a,b}

Paso	Mejora			Modelo			% de clasfic. correcta	Variable correcta
	Chi cuadrado	gl	Sig.	Chi cuadrado	gl	Sig.		
1	6.4968	1	0.0108	6.4968	1	0.0108	76.4%	Nº Ocup
2	9.4507	4	0.0508	15.9475	5	0.0070	77.3%	Ocupac

a. No se pueden eliminar ni añadir más variables al modelo actual.

b. Bloque final: 1

En la tabla 13, se observa que las variables predictoras ocupación y número de ocupaciones son los factores asociados al desarrollo del síndrome del intestino irritable.



Según la tabla 01, las características sociodemográficas por sexo del personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique Arequipa. La población estudiada estuvo formada por hombres 27 (24.55%) y mujeres 83 (75.45%) La edad promedio en hombres fue 36.15 años. La mayor población fueron adultos jóvenes entre 20 a 29 años, mostrando una proporción de 10.91%. En mujeres el promedio de edad fue 40.51 años, en su mayoría mujeres adultas entre 40 a 49 años, y tuvo una proporción del 29.09 %. Por el estado civil, en hombres fue más frecuente la condición de solteros; en mujeres la condición de casadas. Por la ocupación en varones predominó los profesionales Médicos, en mujeres las Enfermeras Por el número de ocupaciones, en hombres y mujeres tuvieron mayor proporción el número de una sola ocupación, y luego dos ocupaciones. Por los años de servicio, en hombres tuvieron mayor proporción el tiempo menor de 10 años, en mujeres el intervalo de 10 a 25 años. Como se menciona en la guía de Práctica Clínica Cochrane (9) las mujeres tienen una mayor prevalencia del SII y los subtipos más frecuentes en este género son el subtipo con predominio de estreñimiento y el subtipo alternante. La prevalencia del SII es inferior en ancianos por lo cual esta enfermedad está asociada a población de edad adulta y jóvenes (9). La población en nuestro estudio se encuentra en el rango de edades más afectado a nivel mundial y posee factores asociados al desarrollo de la enfermedad en estudio.

Según la tabla 02 y gráfico 02, muestra que la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable según los Criterios de Manning encontrada en el personal de salud fue del 25,45%. Para la población estudiada es una frecuencia elevada del personal de salud que cumple con estos criterios y que desarrollarían Síndrome de Intestino Irritable. No se han hallado trabajos similares en los cuáles se busque determinar la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en personal de salud. Se han realizado a nivel nacional estudios de prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable, cabe resaltar por ejemplo; Curioso *et al*, en el 2002 notificaron una prevalencia de 22% en una población selvática de Perú, utilizando los criterios de Manning. (7) Así mismo Campos *et al* encuentran una prevalencia de síntomas digestivos bajos (sugerentes de SII) del 26% en una población de nivel socioeconómico alto en Lima - Perú utilizando los criterios de Manning (8). La importancia de éstos trabajos es que ayudan a complementar y ordenar la información escasa sobre la frecuencia, incidencia y prevalencia de

ésta enfermedad; las poblaciones que están más predisponentes y que a pesar de tener diferentes características sociodemográficas son igualmente afectadas por el síndrome de Intestino Irritable.

En la tabla 03 y grafico 03, nos informa que la frecuencia en los Internos de Medicina fue la mayor encontrada, seguida de los Técnicos de enfermería y luego los obstetras. Esto se explicaría, pues el rol que cumple el Interno de Medicina dentro del hospital le genera stress y ansiedad debido a su mayor carga laboral y horas de trabajo. En el interno de Medicina que recién ingresa a un estilo de trabajo distinto, éste stress se ve más marcado en comparación con un médico profesional u otro personal de salud, quien tuvo la menor proporción, los cuales ya tienen una mayor experiencia que el primero (12).

Es conocido que el grado de ansiedad es mayor en los pacientes que consultan a un médico por sus síntomas funcionales gastrointestinales que los que no lo hacen (8,9) y Un estudio que evaluó la asociación de los síntomas físicos funcionales con la ansiedad y la depresión concluyó que los pacientes con síndromes funcionales (SII, síndrome de fatiga crónica, dispepsia funcional) padecen una depresión o un trastorno de ansiedad con una frecuencia mayor que los sujetos sanos o que los pacientes con enfermedades parecidas de causa orgánica conocida, el personal de salud tras encontrarse una elevada frecuencia puede estar dentro de este grupo diana que es predisponente a desarrollar S.I.I. por tener una mayor carga emocional, desempeñando un rol importante tanto su ámbito personal y familiar como social y laboral (9).

En la tabla 04 y grafico 04, se muestra al personal de salud que tuvo diagnóstico de Síndrome de intestino irritable (28 UO), según los criterios de Manning. La distribución de las edades por sexo fue: 42.86%(12) fueron hombres y el 57.14% (16) fueron mujeres. En el presente trabajo se encontró que la enfermedad es más frecuente en mujeres que en varones, como era de esperarse, ya que en otros estudios, tanto latinoamericanos como a nivel mundial se encuentran resultados semejantes. (10) No obstante, los datos de nuestro estudio podrían verse influenciados por la mayor proporción de mujeres con respecto a varones en el tamaño muestral. En hombres el grupo etario con mayor frecuencia de Síndrome de intestino irritable fue 20 a 29 años. En mujeres el grupo etario con mayor frecuencia fue de 40 a 49 años.

En la tabla 05 y gráfico 05, se observa que la mayor frecuencia con respecto al estado civil la obtuvieron los casados. En la tabla 06 y gráfico 06 se observa que tanto en hombres y mujeres tuvo mayor proporción el número de una sola ocupación. Con respecto a los años de servicio en la tabla 07 y gráfico 07 tuvieron mayor proporción el tiempo de servicio menor de 10 años. En la tabla 08 nos muestra en resumen las características sociodemográficas por sexo del personal de salud asociadas con Síndrome de Intestino irritable. Los pacientes con SII suelen acudir al médico luego de un problema de estrés, depresión, pérdida laboral o algún otro evento estresante (13) en nuestro estudio se vieron afectados mayormente internos de medicina los cuales por el ámbito laboral y académico en el que se desarrollan les es difícil acudir a una consulta y se les diagnostique. Si bien los síntomas aparecen pueden no ser asociados con la enfermedad disminuyendo su calidad de vida y disposición para el trabajo.

Algo paradójico en el estudio, relacionado con lo anteriormente descrito, es la ausencia de asociación de las variables sexo y edad con el desarrollo del SII.

La tabla 09; se muestran las frecuencias relativas de las respuestas a las preguntas de los criterios de Manning, del personal de salud con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable, en ellos los Criterios de Manning que se hallaron con más frecuencia fueron: Dolor abdominal la más frecuente fue sobre el ombligo y debajo del esternón, con la mayor proporción 96.43% (23), luego el segundo criterio más frecuente fue distensión abdominal con un 85.71%, el dolor abdominal asociado a cambio en la consistencia de las heces presenta un 82.14% (23), manifestaron que en mayor proporción fueron líquidas, y luego disgregadas. Por último otra característica asociada al S.I.I. pero que no se considera Criterio de Manning es dolor en epigastrio, también fue frecuente en un 75.00% (21). En el estudio realizado en Chiclayo en adultos, León-Jiménez F y Cubas-Benavides F encontraron que la localización más frecuente el dolor se presenta en el mesogastrio en primer lugar (26,7%), seguido de la región epigástrica (23,3%). Estos datos concuerdan con lo hallado en nuestro estudio, que muestra que el dolor abdominal se localiza en epigastrio y por encima del ombligo, lo cual difiere con lo descrito en diversa literatura como en el consenso latinoamericano sobre el SII, donde explica que el dolor es más frecuente en hipogastrio, región pélvica.(11)

Los resultados referentes al tipo de hábito defecatorio predominante dolor abdominal asociado a cambio en la consistencia de las heces siempre más blandas, lo cual difiere con los presentados en el consenso latinoamericano sobre SII (9), que muestra que predomina el estreñimiento en el 47% de los casos, y también difiere del estudio realizado por León-Jiménez F y Cubas-Benavides F, en donde se encuentra la diarrea como síntoma predominante en un 36,7% (11).

En la tabla 10 y 11; se observa que la prueba de Chi cuadrado del modelo matemático es significativo $p: 0.0070$. El ajuste del modelo es bueno y el conjunto de variables predictoras o independientes producen cambios en la variable dependiente cuando estas son introducidas. Nos muestra el ajuste del modelo Logit éste es aceptablemente bueno (bondad de ajuste bueno), cumpliendo con el supuesto de la inferencia estadística a la población en estudio es verdadera.

En la tabla 12, según la prueba de $-2 \log$ de la verosimilitud ($-2LL$) el valor mostrado es aceptable. La R cuadrado de Cox y Snell muestra que en nuestro caso es un valor discreto (0,1350) que indica que sólo el 13.50% de la variación de la variable dependiente es explicada por la variable incluida en el modelo es aceptable. La prueba de Hosmer Lemeshow no es Significativa. Ello se debe a que los Criterios de Manning constituyen una prueba de sensibilidad. Los criterios de Manning identifican a los portadores de Síndrome de intestino irritable con un alta sensibilidad (100.00%) y una baja especificidad. El poder de clasificación adecuado es del 77.23%, existe un 22.73% no son bien clasificados.

En la tabla 13, La variable número de ocupaciones, en forma global tiene la condición de factor asociado PROTECTOR. Es decir protege de la enfermedad en el 78.00%, para evitar el síndrome de intestino irritable. Ello se debe que las ocupaciones de Interno de medicina y técnicos en enfermería tiene el mayor peso estadístico para producir cambios en la variable dependiente; además se observaron mayor proporción en 1 sola ocupación. En el estudio realizado por León-Jiménez F y Cubas-Benavides F, también se encontró que el SII tiene mayor frecuencia en las personas con carga estudiantil y/o laboral (66,7%), hecho que posiblemente se relacione con una de las teorías etiopatogénicas del SII, en la cual se propone al estrés (más común en personas laboralmente activas y para nuestro estudio personal de salud) como uno de los factores

desencadenantes para la enfermedad. (9,11) Sin embargo, dado que este trabajo es de tipo descriptivo, se limita únicamente a mostrar estos hallazgos, y a sugerir futuros estudios de mayor complejidad.

Al momento de seleccionar el estudio que serviría como referencia para el cálculo de la muestra de esta investigación, se tuvo en cuenta dos factores: que el estudio haya sido realizado en una población con características similares a la nuestra, y que los criterios diagnósticos de SII sean los más similares (Criterios de Manning). (9)

Las fortalezas de éste estudio son: el tipo de población utilizada, personal de salud que tienen de por sí un factores asociados importantes como el stress, ansiedad, depresión para desarrollar el Síndrome de Intestino Irritable y por otro lado, el hecho de ser el primer estudio de los encontrados a nivel regional que utiliza los criterios diagnósticos de Manning que serviría como base para posteriores estudios.

Un punto importante a resaltar es que el SII es una enfermedad cuyo diagnóstico es netamente clínico, y que la presencia de otras comorbilidades gastrointestinales no invalida su diagnóstico (1). Sin embargo, debe tenerse en cuenta la exclusión de los denominados “síntomas y signos de alarma” digestivos: sangrado digestivo, síntomas nocturnos, pérdida de peso inexplicable, anemia ferropénica, inicio después de los 50 años de edad, historia familiar de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o de enfermedad celiaca; los cuales ameritan un abordaje diagnóstico complementario para descartar organicidad (9).

En nuestro trabajo se encontró una frecuencia de 25,45% la cual se puede señalar como un valor alto comparado con la literatura nacional y se debe buscar algún otro factor predisponente que explique este hallazgo, por lo que consideramos que pueden realizarse otras investigaciones que estudien estas posibilidades.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

Primera: La frecuencia de Síndrome de intestino irritable según Criterios de Manning en el personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique, fue del 25.45% que es proporcionalmente a 1/4 de la población.

Segunda: Las características clínicas más frecuentes en el personal fueron: dolor abdominal, Distensión abdominal, dolor abdominal asociado a disminución en la consistencia de las heces y dolor en epigastrio en un menor porcentaje.

Tercera: Los Internos de medicina y los técnicos en enfermería fueron los que tuvieron mayor riesgo para desarrollar el Síndrome de intestino irritable. El número de ocupaciones fue un factor protector.



CAPITULO V

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

Primera. Se recomienda al Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique realizar un estudio comparativo para determinar la frecuencia del Síndrome de intestino irritable en el personal de salud y el personal administrativo.

Segunda. Se propone al Hospital Regional PNP Julio Pinto Manrique estructurar un plan de trabajo para el personal de salud que disminuya la carga laboral y organice mejor las funciones que cumple.



BIBLIOGRAFÍA

1. Franco B. Felipe, Sierra A. Fernando Gastroenterología y Hepatología Fundamentos de Medicina CIB, Medellín 2004
2. MEARINA, F.; BALBOAB, A. Presentaciones clínicas y criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable. 2° ed. Madrid: Elsevier

3. Mearin F, Perelló A, Perona M. Calidad de vida en los pacientes con síndrome de intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol* 2004;24-31.
4. Campos G, Leon Barua R, Villareal J, Berendson R, Cornejo C. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Rev Gastroent Perú* 2001. 21: 198-204.
5. Abdo J. Síndrome de intestino irritable. *Revista Mexicana de Algología México* 2007
6. Gonzales Gamarra Raiza, Ruiz Sánchez Jorge, León Jiménez Franco, Cubas Benavides Fernando, Díaz Vélez Cristian Prevalencia del síndrome de intestino irritable en la población adulta de Chiclayo durante el año 2011. *Rev. gastroenterol. Perú* v.32 n.4 Lima oct./dic. 2012
7. Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, Damiao A, Francisconi C, Frugone L et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome de intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27(5): 325-343.
8. Campos G, Villareal J, Cornejo C, Leon Barua R. Prevalencia de los criterios de Manning en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Rev Gastroenterol. Perú* 2001. 21: 301-305.
9. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, Barcelona 2005. Guía de Práctica clínica del síndrome de Intestino Irritable. Manejo del Paciente con Síndrome de Intestino Irritable. www.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/sii.pdf
10. Cruz Ruiz M, Ortiz Herrera R, Muñiz Jurado D. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable *Rev. Gastroenterol. Mexico* 2007
11. Romero Jenny, Fernández Saturnino, Grillo Miroslava, Gómez Manuel, Leamus Alberto, Ata Badra Georges. Estudio de prevalencia del síndrome de intestino irritable en la población venezolana con dolor abdominal. Universidad Central de Venezuela. Agosto 2006
12. Rivas Adrianys, Vargas Caribay, Torres Fernando, López Soledy, Graterol Fredzzia, Raffaele Pandolfo, Piñero Ramón. Prevalencia de síntomas asociados al síndrome de intestino irritable, según los criterios de roma II,

en estudiantes de medicina de la escuela José María Vargas de la universidad central de Venezuela. Caracas, Mayo 2005 Revista Gen No 4 Octubre 2006.

13. Cornejo Zapata Carlos, Villarreal Menchola Juan, Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados Rev. gastroenterol. Perú v.25 n.2 Lima abr./jun. 2005

;







**PRIMER ANEXO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN
CRITERIOS DE MANNING EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL
REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014”

AUTOR(A): SUSANA ROSARIO PACHECO ASPILCUETA

PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER
EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA – PERÚ

2015

I. PREÁMBULO

En la actualidad cuando evaluamos un problema en el que los síntomas y los signos no tienen un correlato anatómico o fisiológico definido, los médicos entramos en una disertación y debemos cambiar nuestro tradicional enfoque a encontrar la evidencia palpable y abrir nuestra mente a métodos alternativos de diagnóstico. Como es en el caso de los Trastornos Digestivos Funcionales y dentro de los cuáles su mayor representante es el Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I.) la sintomatología que presentan es inespecífica, variada, con afecciones tanto intestinales como extraintestinales y con un impacto importante en la esfera social, emocional y profesional de aquél que lo padece.

La determinación del problema planteado en la presente investigación ha sido efecto del interés en conocer la frecuencia con la que personal de Salud del Hospital PNP Julio Pinto Manrique presenta los Criterios de Manning para diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable y que por ser un grupo poblacional con factores de riesgo para desarrollar dicho tipo de trastorno constituye un diagnóstico de exclusión junto con otros Trastornos Digestivos Funcionales mucho menos estudiados en la práctica clínica.

De otro lado la lectura analítica de investigaciones y textos vinculados hacen caer en cuenta de que en nuestra región y en la población estudiada en mi trabajo de investigación, la información es poca y en la mayoría de los casos está incompleta y desordenada, por lo cual ésta iniciativa serviría como base para posteriores trabajos de investigación. Si bien está demostrada la frecuencia de S.I.I. como un 50% dentro de motivos de consulta en gastroenterología y Medicina Interna, también se podría suponer que éste síndrome afectaría a personal que trabaja en el Sector de Salud ya que están expuestos a stress, hábitos alimenticios alterados y alimentos con irritantes de la mucosa intestinal, siendo de ahí que en la presente investigación se plantee el Test de Manning a médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo para evaluar con cuánta frecuencia se presentan y si se ven incrementados, ayudando a identificarlos como un grupo poblacional predisponente.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Frecuencia del síndrome de Intestino Irritable según criterios de Manning en personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique Arequipa 2014

a) Área del conocimiento

Área general : Ciencias de la Salud.

Área específica : Atención Médica

Especialidad : Gastroenterología

Línea : Salud Ocupacional

b) Análisis de variables

CUADRO 1

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Años cumplidos al momento de la entrevista	Número de años	Razón
SEXO	Características Secundarias Externas	Masculino Femenino	Nominal
ESTADO CIVIL		Casado(a) Soltero (a) Divorviado(a), Separado(a) Viudo (a)	Nominal
PERSONAL DE SALUD		Médicos Internos Enfermera Técnicos en Enfermería Obstetra	Nominal
NRO. DE OCUPACIONES		Menos de 2 Más de 2	Razón
TIEMPO DE SERVICIO	Años de trabajo en la institución	< a 10 años 10 a 25 años > 25 años	Razón
SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE	Diagnóstico Clínico: Manifestaciones Gastrointestinales	Dolor abdominal Diarrea Estreñimiento Sensación de llenura Disfagia Distensión abdominal Sensación de evacuación incompleta	Nominal
CRITERIOS DE MANNING	1.- Dolor abdominal que se alivia con la Defecación. 2.- Disminución en la consistencia de las heces, que se acompaña de la aparición del dolor. 3.- Aumento en la frecuencia de las defecaciones, relacionado con la aparición de dolor. 4.- Distensión del abdomen 5.- Presencia de moco en las heces. 6.- Sensación de evacuación incompleta	Más de 3 criterios = Diagnóstico de S.I.I. Menos de 3 criterios = No cumple con diagnóstico	Nominal

FUENTE: Elaboración Propia

c) Interrogantes básicas

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable en personal de salud del Hospital Regional Arequipa PNP Mayor Julio Pinto Manrique en el año 2014?

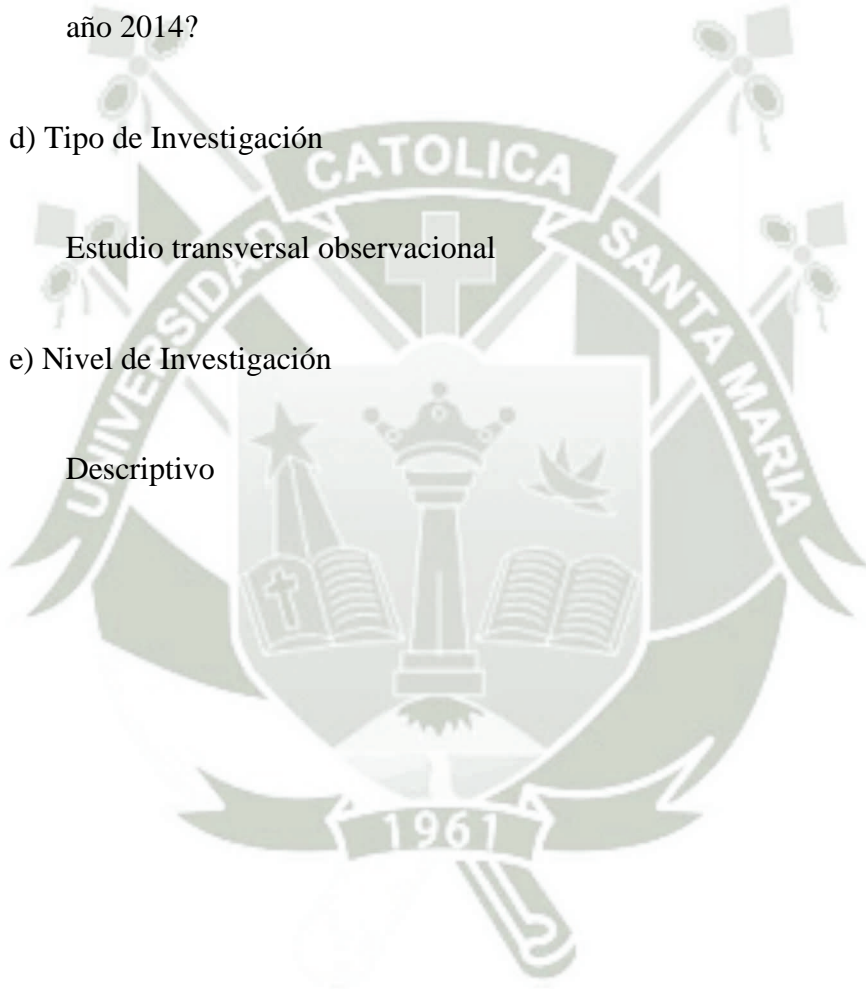
¿Cuáles son los Criterios de Manning más frecuentes en personal de salud del Hospital Regional Arequipa PNP Mayor Julio Pinto Manrique en el año 2014?

d) Tipo de Investigación

Estudio transversal observacional

e) Nivel de Investigación

Descriptivo



JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El Síndrome de Intestino Irritable es una enfermedad funcional digestiva crónica, benigna y recurrente. Es una de las afectaciones vistas con más frecuencia en la práctica clínica diaria y que en la actualidad se acepta como un síndrome del aparato neuro-endocrino-gastrointestinal que puede expresarse de forma extradigestiva y estrechamente vinculado con patrones determinados de personalidad, grado de stress y con síntomas muy variados en su intensidad, número y gravedad.

Los síntomas de Intestino Irritable afectan la calidad de vida en todas las esferas del individuo, tanto en su actividad física y percepción de su salud, como en lo laboral, social y familiar. Esta calidad de vida se ve influida por la gravedad sintomática, tipo de personalidad y estrés de la persona que lo padece.

En nuestra región y ciudad debido al tipo de alimentación estamos expuestos a irritantes de nuestra mucosa intestinal. Una población poco estudiada bajo la implicancia de ésta enfermedad es el personal de salud que está expuesto a múltiples factores estresantes y predisponentes, para desarrollar este tipo de Trastorno Digestivo Funcional.

No hay suficiente información sobre el impacto de ésta enfermedad en el ámbito profesional, y su relación en personal de Salud como también en número de días de ausencia laboral, afectación emocional y deterioro en la calidad de vida por tratarse de un problema crónico. Es complicado ubicar en esta enfermedad en una distribución normal estadística, ya que los trabajos que estudian su incidencia y prevalencia son escasos y no abarcan la población estudiada en la presente investigación.

Por lo cual considero importante estudiar cuál es la frecuencia en la que estos síntomas están presentes en trabajadores del Hospital PNP Arequipa “J.P.M” y posteriormente ayude a determinar el impacto que tiene sobre la vida social, psicológica, emocional y laboral en profesionales de la Salud de nuestra región y que quede como base para posteriores trabajos e investigaciones.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE (S.I.I.)

2.1.1. DEFINICION

El S.I.I. se define como un Trastorno Gastrointestinal Funcional caracterizado por dolor o molestia crónicos recurrentes asociados a la defecación o a cambios en los hábitos intestinales.(1) El diagnóstico requiere también ausencia de enfermedad orgánica detectable que pueda ser explicación de los síntomas detectados. Dada la alta prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable e la población general éste puede coexistir con síndromes gastrointestinales orgánicos como: colitis ulcerosa, colitis microscópica y colágena y enfermedad celiaca (3). Como consecuencia de ello, ciertos pacientes continúan presentando síntomas GI después de que la Enfermedad Intestinal inflamatoria u otras colitis hayan sido tratados satisfactoriamente, ya que al menos algunos de los síntomas originales derivan del S.I.I. concurrente.

El TDF mejor reconocido y el que tiene mayor prevalencia en los países desarrollados es el síndrome de intestino irritable (SII) (3).

No existe un marcador diagnóstico claro para el SII, por lo tanto todas las definiciones se basan en la presentación clínica. El SII se caracteriza por dolor abdominal crónico y recurrente, usualmente referido al hipogastrio o a los flancos, asociado a una alteración en el ritmo defecatorio, es decir a la presencia de estreñimiento o diarrea, y a molestias abdominales diversas como flatulencia, sensación de distensión abdominal, presencia de moco en las heces, sensación de evacuación incompleta y en la ausencia de enfermedad orgánica. Estas molestias abdominales tienen que estar presentes por lo menos 12 semanas, no necesariamente continuas, en los últimos tres meses. Una característica importante es que el dolor o molestia abdominal encuentra alivio temporal con la defecación (2)(3).

Para poder encuadrar mejor a nuestros pacientes funcionales, en la práctica se utilizan los denominados Criterios de Manning, el Puntaje de Kruis, o los más conocidos Criterios de Roma I, Roma II y Roma III.(4)

En el SII se puede identificar cuatro subgrupos, aquel en el que predomina el dolor, aquel en el que predomina la diarrea, otro en el que predomina el estreñimiento y aquel grupo en el que alternan diarrea y estreñimiento (4)

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El SII es una condición muy común, 10-20% de la población en países desarrollados la padece y en los Estados Unidos de Norteamérica aproximadamente 15% de los adultos reportan síntomas que son consistentes con este diagnóstico. El trastorno afecta tres veces más a mujeres que a varones, si esta diferencia refleja una predominancia real del trastorno entre mujeres o es simplemente el hecho de que las mujeres son más proclives a buscar atención médica no ha sido determinado(4). El SII es el diagnóstico más frecuentemente realizado por gastroenterólogos norteamericanos y representa el 12% de las visitas a médicos generales y el 28% de las referencias a los gastroenterólogos. Es el sétimo diagnóstico más frecuente en la consulta ambulatoria diaria de los hospitales generales americanos con un promedio de 10.6 visitas por cada mil habitantes por año.

Más de dos millones de prescripciones por año son hechas para el SII. Se estima que sólo un 25% de las personas que sufren de esta condición buscan atención médica para tratársela (5).

En Estados de Norteamérica parecería que menos asiáticos e hispanos hacen el síndrome que los de origen caucásico. La epidemiología del SII fuera del mundo occidental está pobremente caracterizada. El 25% de la población de individuos aparentemente sanos tienen más de seis episodios de dolor abdominal al año y 14 a 24% de la población se queja de estreñimiento crónico o diarrea. Usando criterios muy estrictos 9 a 22 % de la población experimenta síntomas diagnósticos de SII, pero sólo una fracción pequeña (9-33%) busca atención médica para ello, esto sugiere que hay otros factores importantes en la decisión de obtener consejo médico (5).

El 30% de los pacientes que sufren del SII se torna asintomático en algún momento de su vida sin explicación alguna. Los pacientes presentan este síndrome usualmente por primera vez cuando son menores de 45 años y los síntomas van disminuyendo con la edad. Es la segunda causa más frecuente de ausentismo laboral después del resfriado común. En el SII severo el 80% son mujeres.

La epidemiología en el Perú es todavía incompleta, sin embargo disponemos de tres interesantes trabajos publicados en el año 2001 que nos indicarían que la prevalencia es alta entre los peruanos. Uno de estos trabajos es el artículo de Curioso Vélchez y col. que realizan una interesante investigación epidemiológica en una comunidad de la selva peruana para determinar la prevalencia de dispepsia, del SII, y su presencia simultánea (6).

Ellos encuentran una prevalencia de dispepsia de 37.6% y del SII de 22% (7). De los sujetos con dispepsia el 38% tuvieron SII y de los sujetos con SII el 65 % reportó síntomas

de dispepsia. Los otros dos trabajos publicados por Campos y col., evalúan la prevalencia de los criterios de Manning, en una población aparentemente sana de nivel socioeconómico alto de la ciudad de Lima, encontrando un 26% con síntomas digestivos bajos, siendo el criterio más reportado el de la presencia de moco en las heces. Estos autores encuentran además en esta misma población una asociación importante entre el SII y síntomas depresivos. Por lo revisado el SII sería de prevalencia importante entre los peruanos, sin embargo aún debemos investigar más en este tópico para tener una más clara información epidemiológica nacional (7)(8).

Muchos pacientes, vistos por gastroenterólogos o por médicos internistas en la consulta ambulatoria diaria, presentan síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes que no tienen una explicación clara a pesar de los exámenes endoscópicos, ecográficos, radiológicos y bioquímicos que se les realiza. Estos pacientes son catalogados con el diagnóstico de trastorno digestivo funcional (TDF)(1). En el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en el año 2005, se realizaron 4 712 consultas ambulatorias, 2 168 (45,6%) de ellas correspondieron a un trastorno digestivo funcional, y de éstas, 86,7% se definieron como dispepsia funcional y 13,3% como síndrome de intestino irritable (SII)(2).

Como ya se ha mencionado en el consultorio de gastroenterología del HNCH el diagnóstico más frecuente dentro de los TDF el año 2005 fue la dispepsia funcional en sus diferentes variedades (dispepsia funcional tipo ulcerosa, tipo dismotilidad, tipo reflujo y no especificada), también llamada por algunos como dispepsia no ulcerosa (DNU) para diferenciarla de la dispepsia asociada a la enfermedad ulcerosa péptica.(2) El TDF que le siguió en frecuencia fue el SII con una prevalencia del 6 % sobre el total de las consultas ambulatorias (1)(2).

2.1.3. FISIOPATOLOGIA

Se ha propuesto una serie de mecanismos para tratar de explicar el SII: percepción visceral anormal, motilidad intestinal alterada, imbalance en los neurotransmisores, factores psicológicos, infección, entre otros.

A. Motilidad intestinal alterada

Se ha descrito alteraciones en la contractibilidad del colon y del intestino delgado en pacientes con el SII. El estrés psicológico o el estrés físico y la ingestión de comida pueden alterar la contractibilidad del colon. Se ha observado igualmente motilidad anormal del intestino delgado durante el ayuno, tal como la pérdida del complejo motor migratorio y contracciones agrupadas y prolongadas (9).

Igualmente se ha visto una respuesta contráctil exagerada en respuesta a una comida muy grasosa. El dolor está más frecuentemente asociado con actividad motora

irregular del intestino delgado en pacientes con este síndrome que en los controles normales o pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (10).

B. Hipersensibilidad visceral

Estudios insuflando balones en el recto-sigmoides y en el ileon distal han demostrado que los pacientes con el SII experimentan dolor y sensación de distensión con volúmenes del balón y con presiones que son significativamente menores que aquellos que inducen las mismas molestias en sujetos controles, un fenómeno referido como hipersensibilidad visceral.

Una posible explicación es que la sensibilidad de los receptores en la víscera está alterada o hiperestimulada a través de la puesta en función de nociceptores silentes en respuesta a isquemia, distensión, contenido intraluminal, infección, o factores psiquiátricos (9,10).

C. Anormalidades en el SNC

Algunos investigadores postulan que podría ser que en los pacientes con el SII exista excitabilidad incrementada de las neuronas en los cuernos dorsales de la médula espinal, un área rica en neurotransmisores tales como las catecolaminas y serotonina. Centralmente pueden haber diferencias en la manera que el cerebro modula las señales aferentes de las neuronas del cuerno dorsal a través de las vías ascendentes (11). Imágenes con la resonancia magnética funcional y la tomografía de emisión de positrones del cerebro muestran diferentes niveles de activación en el tálamo y en la corteza cingulada anterior después de la distensión de balones en el recto en pacientes con el SII, comparado con sujetos normales.

Estos hallazgos, aunque controversiales, sugieren un defecto central primario del procesamiento del dolor visceral. Algunos autores han sugerido que la hipervigilancia más que una verdadera hipersensibilidad visceral puede ser la responsable del umbral de dolor bajo en pacientes con el SII (10,11).

D. Factores psicosociales

El estrés psicosocial puede alterar la función motora en el intestino delgado y en el colon tanto en sujetos normales como en los pacientes con el SII. Otros factores que deben tenerse en cuenta son la mayor frecuencia de somatización, depresión y ansiedad en pacientes con el SII.(12)

E. Imbalance de neurotransmisores

Estudios han sugerido que los neurotransmisores están comprometidos en la patogénesis del SII. 5% de la serotonina está localizada en el SNC y el 95% restante en el TGI, dentro de las células enterocromafines, neuronas, células mastoides, y

células del músculo liso. Cuando la serotonina es liberada por las células enterocromafines estimulan las fibras de los nervios vagales aferentes extrínsecos y las fibras nerviosas entéricas aferentes intrínsecas resultando en una respuesta fisiológica tal como secreción intestinal y reflejo peristáltico y en síntomas tales como náuseas, vómitos, dolor abdominal y sensación de distensión abdominal (12). Evidencias preliminares sugieren que pacientes con el SII tienen niveles incrementados de serotonina en plasma y en el colon rectosigmoides. Otros neurotransmisores que podrían tener un rol importante en los trastornos gastrointestinales funcionales son el péptido relacionado al gen de calcitonina, el óxido nítrico, el péptido intestinal vasoactivo, el polipéptido activador de la adenilciclasa pituitaria. Estos neurotransmisores pueden proveer nexos no sólo entre la contractibilidad intestinal y la sensibilidad visceral pero también entre los sistemas nerviosos entéricos y el central.(13)

F. Infección e inflamación

Hay cierta evidencia que la inflamación de la mucosa entérica o plexos neurales inician o contribuyen a los síntomas asociados al SII. Citoquinas inflamatorias en la mucosa pueden activar la sensibilidad periférica o hipermotilidad (13). Algunos autores consideran que en pacientes con enteritis infecciosa la presencia de hipocondriasis y eventos estresantes en el momento de la infección aguda predice el desarrollo subsecuente del SII.

2.1.4. CUADRO CLINICO

Usualmente se trata de una mujer con dolor en el hipogastrio, y en los flancos, con diarrea o estreñimiento, que presenta urgencia defecatoria y que se queja de que sus deposiciones son «como tiras o como pelotitas», pero el paso de las heces alivian temporalmente sus molestias (14). Se quejan además de sensación de evacuación incompleta, presencia de moco en las heces, presencia de dolor tipo cólico o presión, leve o severo en diversas partes del abdomen y flatulencia.

Las molestias usualmente no ocurren durante la noche y no hay baja de peso. El dolor empeora 60 a 90 minutos después de la ingesta de alimentos, aumentan las molestias con el estrés, problemas en el trabajo, o en el hogar.

No olvidarse que en la mayoría de los casos se puede encasillar al paciente con SII en alguno de los cuatro subgrupos, que podría resultar práctico para después tratar de individualizar el tratamiento (15).

A. Dolor abdominal

La intensidad y la localización del dolor abdominal en el SII son altamente variables, aún dentro de un mismo paciente. El dolor abdominal en el SII se localiza en el 25% en el hipogastrio y en el flanco derecho en el 20% de los casos, lado izquierdo 20% y en el epigastrio en el 10% de los casos. El dolor es usualmente tipo cólico, o como presión, algunos lo definen como quemazón, otros como distensión y a otros les es difícil caracterizarlo.

Puede ser lo suficientemente leve como para ser ignorado o puede ser lo suficientemente severo como para interferir con las actividades diarias (15, 16). A pesar de ello es muy difícil que ocurra una ingesta calórica inadecuada y como consecuencia malnutrición como corolario del dolor. El dolor ocurre casi exclusivamente mientras se está despierto y una alteración en el sueño es inusual que ocurra (16, 17).

Varios factores exacerbaban o reducen el dolor en el SII. Muchos pacientes reportan incremento de sus síntomas durante periodos de estrés o de alteraciones emocionales así como con dificultades en el trabajo o en la vida marital. El acto de defecar brinda alivio temporal del dolor en el SII, mientras que la ingestión de alimentos puede exacerbar la molestia. El dolor que es progresivo, que impide conciliar el sueño o que despierta al paciente con frecuencia y que lo lleva a tener anorexia o a imposibilidad de comer o que esté asociado a pérdida de peso importante merece ser estudiado para descartar enfermedad orgánica (18).

B. Síntomas asociados

Se reportan como síntomas asociados al SII, el reflujo gastroesofágico (RGE), cefalea, dolor en la espalda, fatiga, tensión, irritabilidad, disfunción sexual, síntomas genito urinarios y sabor amargo en la boca (17,18).

C. Alteración del patrón o del hábito defecatorio

Los pacientes con SII se presentan con constipación, diarrea o con constipación alternando con diarrea. Cuando hay constipación las heces usualmente son duras y pueden ser caprinas o escábalas o como pellets. Hay periodos largos de esfuerzo defecatorio tanto para los pacientes estreñidos como para los que presentan diarrea.(19) También se puede dar el caso de constipación por semanas o por meses interrumpidos por periodos breves de diarreas. La sensación de evacuación incompleta hace que el paciente vaya varias veces al día al baño con la intención de defecar. En los pacientes con diarreas las deposiciones son sueltas y frecuentes pero con un volumen diario normal.

2.1.4.1. ANSIEDAD Y DEPRESION

El Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I.) es el trastorno más frecuente en la consulta externa de gastroenterología y en la consulta de nivel primario maso menos el 70 – 90% de los casos exhibe comorbilidad con trastornos afectivos, como el trastorno de pánico (46%), depresión mayor (29%) y esquizofrenia (19%), lo que significa que por cada 3 pacientes con síndrome de intestino irritable, uno presenta trastorno de ansiedad y otro depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2005).

La teoría explicativa de la depresión planteada por Spielberger, Agudelo y BuelaCasal en el 2007 resalta su presencia como estado y/o rasgo; en el primero la depresión se percibe como un elemento constante en el tiempo, y en el rasgo fluctuante y transitorio. Sin embargo, se debe tener presente que entre los anteriores factores no necesariamente existe incompatibilidad puesto que puede existir un rasgo de personalidad depresiva con fluctuación en el tiempo, presentándose como un estado en respuesta a la percepción de las experiencias que vive la persona.

La depresión mayor responde a un proceso multifactorial sin causas únicas, su probabilidad de desarrollo está ligada a un amplio grupo de factores de riesgo, entre los que se resaltan componentes personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Entre las circunstancias personales o sociales se ha señalado la pobreza, situación que se agudiza cada vez más, las enfermedades crónicas físicas o mentales, la asociación con

el consumo de alcohol y tabaco y circunstancias laborales, puesto que los desempleados, discapacitados y las personas que deben renunciar a sus empleos por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia.(21)

Otros elementos que se deben tener presentes son el estado civil y el estrés como factores determinantes en el desarrollo de la enfermedad, así como adversidades a lo largo de la vida.

(21) En la psicopatología asociada al SII se incluye el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad. (21,22)

Otros autores han reportado magnificación en la respuesta neuroendocrina, así como alteraciones en la percepción visceral durante el estrés y esto correlaciona con el inicio de la sintomatología gastrointestinal. El estado de atención del paciente en los síntomas desempeña un papel importante en la modificación del dolor, ya que la distracción permite una percepción menor y la atención en los síntomas acentúa su percepción. Esto puede conducir a una amplificación de eventos sensoriales gastrointestinales, resultando en un incremento en la atención y exagerando la respuesta emocional.(22)

2.1.4.1.1.1. ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS

El estrés crónico produce cambios a nivel parasimpático, humoral e inmune que altera las funciones del tubo digestivo. El stress crónico activa reacciones de up-regulation en los receptores 2-adrenoreceptores (2-AR). La activación prolongada de estos receptores produce síntomas depresivos.

Los estresores psicosociales producen up-regulation en los 2-AR durante el periodo de stress, respuesta que se mantiene en menor proporción, durante el periodo de recuperación, cuando el estresor ha cesado. En animales de experimentación se observa que esta respuesta se presenta en los receptores 2-AR de las neuronas glutamatérgicas del núcleo lateral reticular del hipotálamo y del núcleo dorsal motor del vago, pero no en el locus ceruleus, el núcleo responsable de la producción de noradrenalina. Si el estrés se mantiene persiste la respuesta a nivel del núcleo motor dorsal del vago, donde se originan las fibras parasimpáticas que inervan la musculatura lisa de las vísceras torácicas y abdominales y el tejido glandular bajo el dominio del nervio neumogástrico. (23)

En los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable se ha encontrado disminución de la actividad parasimpática, aunque no se haya podido establecer la forma como la hipoactividad del simpático actúa o produce síntomas como el dolor o las alteraciones en el hábito intestinal.

Los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad inhiben la actividad parasimpática y por lo tanto, intensifican los síntomas de colon irritable. Así lo demostró el estudio de la actividad parasimpática mediante una prueba de HOLTER de 24 horas, realizado por JARRET y colaboradores (2003) en pacientes femeninos con S.I.I. y antecedentes de ansiedad o depresión, a quienes compararon con mujeres sin síntomas digestivos, ansiosos o depresivos.(23,24)

Los estudios con neuroimágenes funcionales sugieren que la corteza del cíngulo está relacionada con la expresión de la afectividad y la codificación de la intensidad del dolor.

Los estudios con Tomografía con emisión de Positrones (TEP) en pacientes con S.I.I. muestran que la presión a nivel rectal

aumenta el flujo sanguíneo cerebral regional en las áreas cerebrales relacionadas con el dolor somático, como el cíngulo anterior, ínsula, corteza prefrontal, tálamo y cerebelo. La activación es más acentuada en hombres, en quienes se activa la ínsula en forma bilateral, estructura que no muestra activación en los pacientes femeninos. La ínsula está relacionada con la presión objetiva visceral, en tanto que el cíngulo anterior con la sensación subjetiva de malestar.(24)

Se ha observado polimorfismo en el gen del transportador de la serotonina (SERT) y en el receptor de la serotonina 5HT₃. El alosentrón, un antagonista del receptor 5HT₃ mejora la diarrea, síntoma frecuente en los pacientes con S.I.I. Estos hechos podrían explicar la mejoría obtenida al tratar con inhibidores selectivos de serotonina o con antidepresivos duales que actúan sobre serotonina y noradrenalina. (25)

2.1.4.1.1.2. COMORBILIDAD

Existe una alta comorbilidad del síndrome de intestino irritable con los trastornos afectivos. Los pacientes con trastornos de pánico con frecuencia presentan síntomas gastrointestinales, como náuseas y molestias abdominales, como componentes de la crisis de angustia, pero con frecuencia se observa comorbilidad del trastorno de pánico con el síndrome de Intestino Irritable. (24)

La coexistencia del síndrome con la depresión es alta, se observó que los síntomas depresivos se acompañan de disminución en el número de linfocitos y linfocitos T, que sugiere una asociación entre la depresión, los índices de inmunidad celular y el síndrome de intestino irritable. Es decir, que la depresión altera la respuesta inmune, cronifica los síntomas, aumenta la incapacidad, disminuye la calidad de vida. (25)

2.1.5. TRATAMIENTO

Ya sea que el diagnóstico haya sido hecho en base a los síntomas, examen clínico y exámenes de laboratorio o después de una evaluación más extensa con exámenes endoscópicos, ecográficos o radiológicos, excluyendo con seguridad organicidad, lo más importante es establecer un vínculo de confianza entre el médico y su paciente para maximizar la eficacia del tratamiento (18).

El manejo del SII se puede dividir clásicamente en estrategias de tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico. Las estrategias no farmacológicas se centran en la relación médico paciente, se debe establecer una relación terapéutica, de confianza, en la que la educación y las modificaciones en los estilos de vida y de dieta tienen mucha importancia. Hay evidencia que sugiere que los resultados terapéuticos en pacientes con SII pueden ser mejorados cuando el médico escucha a sus con la debida atención e interés acerca de sus problemas que lo aquejan, cuando se les brinda una adecuada explicación de sus síntomas, responden a las preguntas y expectativas del paciente, se establecen objetivos realistas y se establece una relación a largo plazo. Identificar comportamientos estresantes en la vida del paciente que pudiesen estar exacerbando o iniciando las molestias del SII es muy importante (18). Es importante igualmente que el médico le diga a su paciente que el SII es una entidad que realmente existe y que puede afectar la calidad de vida del que la padece de una manera significativa, pero que no afecta la longevidad. Otro aspecto que se debe considerar es el definir que factores precipitantes pueden estar jugando un rol como por ejemplo la ingesta de alcohol o el consumo de cafeína, ají, condimentos, chicles, gaseosas, o cambios radicales en sus dietas habituales. No existe una dieta específica que beneficie a todos o aún a la mayoría de los pacientes con SII (10). Tener un diario dietético por un periodo definido podría ayudar a identificar componentes de la dieta que exacerben los síntomas gastrointestinales. Dietas exageradamente restrictivas típicamente no ayudan al paciente y hasta lo pueden poner tenso, por lo tanto no son de ayuda y deben ser evitadas.

Si el paciente es estreñido debe agregarse fibra en los alimentos, los suplementos de fibra en la dieta por mucho tiempo han sido el punto más importante del tratamiento para los pacientes con el SII. Hay evidencia que sugiere que en cantidades suficientes (20-30 gramos por día), la fibra en la dieta tiene efectos beneficiosos en la frecuencia de los movimientos defecatorios y en la facilidad para defecar, disminuye el esfuerzo para hacerlo. La mejor evidencia está disponible para el psyllium y la cáscara de ispágula, que es un derivado del psyllium (3). La información acerca de los beneficios de la fibra en los síntomas globales del SII o en el dolor abdominal es menos claro.

De hecho, algunos pacientes pueden experimentar una exacerbación de sus síntomas de distensión y dolor abdominal con los suplementos de fibra. No hay evidencia que apoye

el uso de suplementos de fibra en pacientes que tengan el SII con predominancia de diarrea.(11)

Si el problema es la flatulencia asociada pues se recomendará suspender alimentos que produzcan mucho gas intestinal. Teniendo en cuenta todos estos aspectos y tratándolos apropiadamente un tercio de nuestros pacientes no requerirán de tratamiento farmacológico (4). Dos tercios requerirán de algún medicamento. Cuando hemos decidido dar algún fármaco para el tratamiento de nuestro paciente con SII, no olvidemos las siguientes consideraciones generales:

- a) No olvidarse de individualizar, tener en cuenta los cuatro subgrupos de pacientes con SII. No todos los casos son iguales.
 - b) Ningún tratamiento ha sido plenamente satisfactorio a largo plazo, por lo que es recomendable actuar sobre el síntoma más prominente o varios síntomas y no a tiempo completo.
 - c) Acordarse de que el paciente acude al médico cuando sus síntomas son importantes.
 - d) Nunca despreciar la influencia poderosa que es la seguridad y confianza que da el médico a su paciente.
 - e) Cuando se revisa la literatura médica sobre fármacos útiles en el SII, se encuentra que hay pocos estudios rigurosamente controlados. Que en esta entidad en especial hay que enrolar a muchos pacientes para demostrar de una manera convincente que la droga es mejor que el placebo.
 - f) El paciente en la mayoría de los casos no quiere tomar medicinas por tiempo indefinido.
- (11)

2.1.6. PRONOSTICO

La evolución natural del Síndrome de Intestino Irritable consta de periodos de exacerbación seguidos de otros de remisión, si bien el 50% de los pacientes afectados pasan a estar asintomáticos.

En pacientes con trastornos psiquiátricos concomitantes la probabilidad de remisión es menor (3).

2.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

En el intento de simplificar y estandarizar el diagnóstico de S.I.I. a lo largo de los años se han descrito múltiples criterios diagnósticos basados en los síntomas básicos que presentan los pacientes.

2.2.1. CRITERIOS DE MANNING

Los primeros que se utilizaron fueron los criterios de Manning, publicados en 1976. Hasta hace poco los más evaluados porque tienen más tiempo en la arena clínica, su valor predictivo positivo no excede 75%, con una sensibilidad de 78% y una especificidad de 72%. (19)

- **Ventajas:** se encuentran la simplicidad, preguntas claras, fácil aplicabilidad.
- **Desventajas:** no se define la duración de los síntomas, tampoco se define el número de síntomas necesarios para el diagnóstico, se orienta hacia el dolor no el discomfort, no toma en cuenta signos de alarma.

En 1998, durante el XIII Congreso Internacional de Gastroenterología se creó un comité de trabajo que desarrolló los criterios de Roma I, los cuales se modificaron en 1999 (Roma II) y 2006 (Roma III). Los criterios de Roma constituyen un esfuerzo de homologar a los pacientes con el objeto de incluirlos en estudios clínicos. Los criterios de Roma II son más sencillos de recordar y aplicar, pero difieren de los de Roma I en que son más restrictivos y poseen menor sensibilidad (49% vs. 83%, $p \leq 0.001$). (20)

Los criterios de Roma III se basan en el cambio de forma y consistencia de la evacuación, que es uno de los mejores predictores del tránsito intestinal en los pacientes con SII. The American College of Gastroenterology definió el síndrome sencillamente como un malestar o dolor abdominal que ocurre en asociación con alteración del hábito intestinal en un periodo de tres meses.(20)

CUADRO N°2

CRITERIOS DE MANNING

1. Dolor Abdominal
2. Evacuaciones más frecuentes al inicio del dolor
3. Evacuaciones diarreicas al inicio del dolor
4. Distensión abdominal visible
5. Moco en la evacuación
6. Sensación de evacuación incompleta

CRITERIOS DE ROMA III

Dolor Abdominal o sensación no placentera en el abdomen que ocurre al menos tres veces al mes en los tres meses anteriores acompañado de dos o más de los siguientes:

- Mejoría del dolor con la defecación
- El inicio del dolor se relaciona con cambio en la frecuencia de las evacuaciones.
- Los síntomas deben empezar por lo menos seis meses antes del diagnóstico

Fuente: Elaboración Propia

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. En el ámbito Local:

Hasta el momento no se han registrado trabajos similares realizados en Arequipa

3.2. En el ámbito Nacional:

A. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima 2001

Autores: Campos Hurtado, Guisela; León Barúa, Raúl; Villareal Menchola, Juan; Berendson Seminario, Roberto; Cornejo Zapata, Carlos.

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es el desorden más común en la práctica gastroenterológica. De otro lado, la depresión, también común, condiciona síntomas somáticos cuyas manifestaciones desorientan al médico sobre enfermedades viscerales, sobre todo concernientes al aparato digestivo. El objetivo principal del presente trabajo fue determinar la relación entre síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos, en una población de nivel socioeconómico alto en 5 distritos de Lima. Se realizó un estudio transversal de prevalencia de síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos, y se realizó un estudio de caso-control para estudiar la relación entre síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos. Fueron incluidas 300 personas.

Se utilizó el inventario de Beck para Depresión y los criterios de Manning para SII. Se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) entre síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos leves, con un $OR = 10.9$ y asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos moderados y síntomas gastrointestinales bajos ($p = 0.01$). Se concluye que existe asociación entre síntomas digestivos bajos y síntomas depresivos, en la población de nivel socioeconómico alto de 5 distritos de Lima, Perú.

B. Prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en la Población Adulta de Chiclayo durante el año 2011

Autores: Gonzales Gamarra R. Ruiz Sánchez J. León Jiménez F. Cubas Benavides F. Díaz Vélez Ch.

El Síndrome de Intestino irritable (SII) es una entidad cuya prevalencia varía según el método utilizado para diagnosticarlo. Objetivo: determinar la prevalencia del SII en Chiclayo-Perú durante el año 2011. Materiales y

métodos: población diana: personas entre 18 y 60 años; diseño de estudio: descriptivo transversal. Tamaño muestral: 195 personas, muestreo aleatorio, estratificado multietápico. Se entrevistó casa a casa usando una ficha de recolección de datos basada en los Criterios de Roma III. Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariado para medir asociación entre SII y variables epidemiológicas. Resultados: 200 personas fueron entrevistadas, 76 varones (38%) y 124 mujeres (62%). La media de edad fue 38,8 años \pm 12,7. La prevalencia de SII fue de 15%; siendo la localización del dolor más frecuente el mesogastrio (26,7%); predominando las heces “pastosas” (30%) y la “diarrea” (36,7%). 20 personas con SII (66,7%) trabajaban y/o estudiaban. No hubo asociación entre SII y sexo femenino ni “ocupación” (Odds de prevalencia: 1,51; IC95%: 0,31-3,99 y 1,23; IC95%: 0,51-3,15 respectivamente). Conclusiones: la prevalencia de SII en Chiclayo es elevada, más frecuente en mujeres y quienes laboran o estudian; la diarrea, la consistencia pastosa de las heces y el dolor mesogástrico fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes.

3.3. En el ámbito Internacional:

A. Conflictos Cognitivos en el Síndrome de Intestino irritable: un estudio exploratorio. Año 2004

Autores: Ruth Benasayag, Guillem Feixas, Fermín Mearin, Luis Angel Saúl y Esteban Iaso.

En este estudio descriptivo transversal se exploran características cognitivas y sintomáticas de 13 pacientes consultantes con Síndrome de intestino irritable (SII) comparados con una muestra de 63 sujetos no consultantes sin síntomas del SII ni psicopatológicos.

El 92% de los primeros cumple criterios para algún trastorno del eje I del DSM-IV y su diagnóstico principal puede agruparse en dos categorías: trastornos por ansiedad y por somatización. En conjunto, los pacientes con SII muestran más conflictos cognitivos detectados mediante la Técnica de Rejilla de Kelly que los sujetos normales. Considerando el subgrupo de

trastorno por somatización, se observa una tendencia mucho más acentuada a mostrar mayor número de estos conflictos, así como una tendencia clara a presentar mayor polarización y, a su vez, menor complejidad cognitiva (diferenciación), con respecto tanto a los sujetos asintomáticos como a los diagnosticados por trastorno de ansiedad; por su parte, éstos muestran una menor autoestima.

B. Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana en el año 2013

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2013;67(3):139-144. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dr. Guillermo Veitia. Médico Gastroenterólogo. Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas
Correo-e: gveitia@gmail.com

Fecha de recepción: 13 de Marzo de 2012. Fecha de revisión: 21 de Marzo de 2012. Fecha de aprobación: 26 de Junio de 2013.

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno digestivo funcional que afecta del 10 al 20% de la población general. Existen pocos estudios en Latinoamérica que muestren su prevalencia nacional, y en Venezuela no disponemos de investigación que reporte tan importante cifra. Materiales y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal, durante los meses abril y mayo del 2011. Se utilizó el cuestionario validado de la Fundación Roma, con quienes firmamos convenio como Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas. Se seleccionaron al azar 15 estados, en cada uno un municipio, y de estos lugares como iglesias, centros comerciales, reuniones de Consejos Comunales, paradas de autobuses, etc. Los valores obtenidos fueron transcritos en una base de datos en Excel y procesados con EPIDAT 3.1. Resultados: De 1781 personas encuestadas, 299 presentaron criterios clínicos diagnósticos para SII de acuerdo a Roma III. La prevalencia nacional del SII fue de 16,80%, correspondiendo 81,6% a mujeres (244) y 18,4% a hombres (55). El grupo etario entre 38 y 47 años fue el más afectado (26,43%) y el subtipo mixto

el más predominante. Conclusiones: La prevalencia del SII en la población adulta venezolana según los criterios de Roma III es de 16,80%.

4. OBJETIVOS

1. Determinar la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable según los Criterios de Manning en personal de salud en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique”
2. Determinar las características clínicas del Síndrome de Intestino Irritable según Criterios de Manning en personal de salud en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique”

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

La técnica es encuesta al personal de salud. Esta técnica dará cuenta del cada uno de los objetivos de la investigación.

TECNICAS	INSTRUMENTACION
<p>ENCUESTA</p> <p>El formulario consta de 2 partes.</p> <p>La primera donde consignaran sus datos personales y la segunda en donde se consignan los síntomas principales de II y respecto a cada uno de éstos síntomas la frecuencia y la intensidad con la que se presentaron.</p>	<p>Ficha de Recolección de Datos</p>

TEST DE MANNING	CRITERIOS DE MANNING
-----------------	----------------------

1.2. Instrumentos:

Encuesta de Criterios de Manning y Ficha de datos

Recursos materiales.

1.3. Materiales de Verificación:

Material y útiles de escritorio.

Materiales de impresión.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial:

El espacio geográfico donde se realizará la recolección de datos para la investigación será en el Hospital Regional Arequipa PNP “J.P.M”.

2.2. Ubicación Temporal:

Trabajadores de Salud mayores de 18 años del Hospital Regional Arequipa “J.P.M.” entre Enero a Diciembre del 2014.

2.3. Unidades de Estudio:

2.3.1. POBLACION: Estará conformada por 110 profesionales de la salud dentro de ellos: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, internos y odontólogos del Hospital Regional PNP Arequipa Mayor Julio pinto Manrique.

2.3.2. MUESTRA: Por conveniencia será el total de trabajadores de salud del Hospital regional PNP Arequipa Mayor Julio Pinto Manrique

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se procederá a la coordinación respectiva con el Jefe del Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique” para realización de encuesta a personal de Salud que labora en dicho hospital..

Se solicitará también autorización al Jefe de Personal del Hospital Regional PNP Arequipa “Julio Pinto Manrique” para poder llevar a cabo la investigación y para que el procedimiento se lleve a cabo dentro de las normas del Hospital.

Se utilizará como técnica de recolección de datos la Entrevista.

La entrega de Cuestionarios será personal a los pacientes, se le explicará cómo llenarlos y las respuestas deben ser individuales y anónimas.

En base a la información recopilada para la obtención de los resultados, se utilizará una estadística descriptiva. Se elaborará una tabla maestra para la tabulación correspondiente de los datos y éstos se expondrán en tablas y gráficos, se obtuvieron a través de la ejecución del SF-36v.2, agrupados en base a las variables, requeridas para el análisis, interpretación y discusión de los resultados, los cuales se muestran en sus capítulos respectivos.

3.2. Recursos

Recursos Humanos:

El Encuestador, diseñador del proyecto y asesor

Bienes:

Material y útiles de escritorio, Impresiones, Movilidad local, Otros

Servicios:

Servicios varios: cómputo y otros.

3.3. Validación de Instrumentos

Se utilizó una versión adaptada al español del cuestionario modular para trastornos funcionales gastrointestinales de Roma II.

Este cuestionario diseñado por Drossman et al. (2000), permite detectar la presencia de diferentes desordenes gastrointestinales mediante una serie 38 preguntas, con un formato de respuesta dicotómico (Si - No). Para fines de la presente investigación se llevo a cabo la traducción del cuestionario

al Español, y únicamente se emplearon ocho preguntas que miden la existencia del SII exclusivamente.

Para el diagnóstico de SII, se utilizó como criterio una respuesta afirmativa a la pregunta (P1) asociada a 2 o más respuestas afirmativas a las P 2, P 3, P 4 y respuesta negativa a las P 11, P 13, P 14, P 15 y P 16. Diagnóstico de SII con diarrea predominante (SII-D): los criterios para SII y 2 o más respuestas afirmativas a P 4 A, P 5, P 6 B, P 7 A-D, P 9 A-C y P 10 C. Diagnóstico de SII con estreñimiento predominante (SII-E): los criterios para SII y 2 o más respuestas afirmativas de P 4 B, P 8 C, P 9 D-F, P 10 A-D. Para el diagnóstico de SII alternante (SII-A), se usaron los criterios para SII y respuesta afirmativa de P 4 A y B y P 9 A y F.

3.4. Criterios para el manejo de resultados

3.4.1. Criterios de inclusión

- Médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, internos, etc. mayores de 18 años de ambos sexos.
- Que accedan voluntariamente a resolver el cuestionario de autoevaluación.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Personal de salud que realice labor administrativa.
- Enfermedad concomitante.
- Enfermedad Psiquiátrica
- Enfermedad gastrointestinal previamente diagnosticada

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

CUADRO 3

ACTIVIDADES	PERIODO DE EJECUCION						
	2014						2015
	Julio	Agosto	Setiem	Octub	Noviem	Diciem	Enero
<i>Elección del tema</i>	X						
<i>Revisión bibliográfica</i>				X			

<i>Diseño del proyecto</i>		X	X				
<i>Aprobación del proyecto</i>					X		
<i>Ejecución del proyecto y Recolección de los datos</i>						X	
<i>Procesamiento de los datos</i>						X	
<i>Análisis e interpretación de los resultados</i>							X
<i>Presentación del informe final del proyecto</i>							X

FUENTE: Elaboración Propia

V. BIBLIOGRAFIA BASICA

1. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders. En: Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology. JH Grendell, KR Mc Quaid, SL Friedman (editores) a Lange Medical Book. 1996.
2. Prochazka R, Ojeda M., Bussalleu A, Huerta Mercado J, Pinto J. De los Ríos R y Piscoya A. Diagnósticos prevalentes en la consulta externa del Servicio de Gastroenterología en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Rev Med Hered 2005, 16 Supl. 1, 58.

3. Goldman Lee, Schafer Andrew, Tratado de Medicina Interna 24° edición, Elsevier 2013 vol 1 pag 866-872.
4. Mearina, F.; Balboab, A. Presentaciones clínicas y criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable. 2° ed. Madrid: Elsevier
5. Thompson WG, Longstreth G, Drossman DA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. En: Drossman DA, Corazziari E, Talley N, Thompson WG, Whitehead W, eds . The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment. 2nd ed McLean, Va.: Degnon, 2000: 351-375.
6. Campos G, Leon Barua R, Villareal J, Berendson R, Cornejo C. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. Rev Gastroent Perú 2001. 21: 198-204.
7. Campos G, Villareal J, Cornejo C, Leon Barua R. Prevalencia de los criterios de Manning en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. Rev Gastroenterol. Perú 2001. 21: 301-305.
8. Curioso Vélchez W., Donaires Mendoza N. , Bacilio Cerpa C., Ganoza Gallardo Ch., León Barúa R. Prevalencia y Asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable basada en una comunidad de la Selva Peruana. Rev Gastroenterol. Perú 2002; 22:129-140.
9. Manning AP, Thompson W, Heaton K, Morris A. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. BMJ 1978; 2: 653-4
10. Estopa Dueso, J ; Jorquera, F . Síndrome del Intestino Irritable: Revisión Médica. Revista de la SEMG Abril 2004
11. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, Barcelona 2005. Guía de Práctica clínica del síndrome de Intestino Irritable. Manejo del Paciente con Síndrome de Intestino Irritable. www.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/sii.pdf
12. Camilleri M, Ford MJ . Functional gastrointestinal disease and the autonomic nervous system : A way ahead ? Gastroenterol 1994; 106: 114
13. Camilleri M, Prather CM . The irritable bowel syndrome : Mechanisms and a practical approach to management. Ann Intern Med 1992; 116: 1001
14. World Gastroenterology Organization. Practice Guideline: Irrital Bowel Syndrome. Síndrome de Intestino Irritable: Una perspectiva mundial. April 2009.
15. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, et al. Irritable Bowel Syndrome : A technical review for practice guideline development. Gastroenterol 2002; 123:2108-2131.

16. Almansa Cristina, Díaz-Rubio Manuel, Rey Enrique. Manejo Clínico de los pacientes con síndrome de Intestino Irritable: Resultados de una encuesta entre Gastroenterólogos españoles. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 103. N.º 11, pp. 570-575, 2011
17. Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome : a technical review for practice guideline development. Gastroenterol 1997; 112:2120-2137
18. Mearin Fermin, Montoro Miguel A. Síndrome de Intestino Irritable. Asociación Española de Gastroenterología 2011 Rev. 2011;40.
19. Mearin F. Perelló A. Perona M. Calidad de vida en los pacientes con síndrome de intestino irritable. Gastroenterol Hepatol 2004;24-31.
20. MEARINA, F.; BALBOAB, A. Presentaciones clínicas y criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable. 2º ed. Madrid: Elsevier
21. Cruz Ruiz M. Ortiz Herrera R. Muñiz Jurado D. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable Rev. Gastroenterol. Mexico 2007
22. Vargas-Mendoza, J.E., Manuel-Martínez, A. E. y Elizarraras-Rivas, J. Síndrome del intestino irritable y factores socio-emocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 6, Número 1, 2012. Pág. 57-64.
23. Téllez Vargas Jorge. Aspectos Neurobiológicos del Síndrome de Intestino Irritable. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
24. Ali A, Toner B, Stuckless N, Gallop R, et al. Emotional abuse, self-blame, and self-silencing, in woman with Irritable Bowel Syndrome. Psychosom Med 2000; 62 pag 76-82
25. Echeburúa Enrique, Salaberría Karnele, Cruz-Sáez Marisol. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica Terapia Psicológica 2014, Vol. 32, Nº 1, 65-74



FICHA DE DATOS			
EDAD:		OCUPACION:	
ESTADO CIVIL:		TIEMPO DE SERVICIO:	
SEXO:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	NRO. DE OCUPACIONES:
1	<p>¿Ha presentado dolor o malestar centrado en el abdomen en los últimos 12 meses durante 12 semanas? Si No</p> <p>Si su respuesta es si. ¿éste se encuentra ubicado?</p> <p>A. Sobre el ombligo y bajo el esternón</p> <p>B. Bajo el ombligo</p> <p>C. Todo el abdomen</p>	9	<p>En forma habitual ¿Cómo son sus deposiciones?</p> <p>A. Blandas formadas B. Blancas disgregadas</p> <p>C. Líquidas D. formadas de consistencia normal</p> <p>E. Formadas duras F. Caprinas (como bolas) G. Acompañadas de mucosidad</p> <p>H. Acompañadas de sangre</p>
2	<p>Su dolor se pasa después de ir al baño?</p> <p>Si No</p>	10	<p>¿Cuando va a ocupar el baño presenta alguna de las siguientes características?</p> <p>A. Dificultad durante la evacuación</p> <p>B. Dolor durante la evacuación</p> <p>C. Apuro o urgencia de ir a evacuar</p> <p>D. sensación de que su evacuación fue incompleta</p>
3	<p>Cuando su dolor abdominal o molestia se inicia. ¿Va esto asociado a un cambio en el número de sus deposiciones?</p> <p>Si No</p>	11	<p>¿Presenta con frecuencia náuseas o sensación de asco?</p> <p>Si No</p> <p>Si su respuesta es si ¿con qué frecuencia?</p> <p>A. todos los días</p> <p>B. A veces</p>

			C. Periodos largos entre su presentacion
4	<p>Cuando su dolor abdominal o molestia se inicia ¿va esta asociado a un cambio en la consistencia de sus deposiciones? Si No</p> <p>Si su respuesta es si:</p> <p>A. Siempre más blandas</p> <p>B. Siempre más duras</p>	12	<p>Presenta Hinchazón?</p> <p>Si No</p> <p>Si su respuesta fue si ¿con qué frecuencia?</p> <p>A. a veces</p> <p>B. todos los días</p> <p>C. durante todo el día</p> <p>D. despues de comer</p>
5	<p>¿Presenta diarrea con frecuencia? Si No</p>	13	<p>Presenta sensación de pesadez o llenura después de comer?</p> <p>Si No</p>
6	<p>Sólo si su respuest es si ¿Con qué frecuencia?</p> <p>A. 1 vez por semana</p> <p>B. más de 2 veces por semana</p> <p>C. 1 vez al mes</p> <p>D. 2 veces por mes</p>	14	<p>Presenta vómitos frecuentes</p> <p>Si No</p> <p>Si su respuesta fue si ¿con qué frecuencia?</p> <p>A. todos los día</p> <p>B. menos de tres veces por semana</p> <p>C. Menos de una vez por mes</p>
7	<p>¿Y en ese caso como son sus deposiciones?</p> <p>A. liquida</p> <p>B. disgregada</p> <p>C. Blanda formadas</p> <p>D. Acompañadas de de mucosidad</p> <p>E. acompañadas de sangre</p>	15	<p>¿Presenta ardor en la boca del estómago?</p> <p>Si No</p>
8	<p>En forma normal o habitual ¿Con qué frecuencia ocupa el baño?</p> <p>A. Todos los días</p> <p>B. más de 3 veces a la semana</p> <p>C. Menos de 3 veces a la semana</p>	16	<p>¿Presenta ardor en el pecho (sensación quemante)?</p> <p>Si No</p> <p>Si su respuesta es si ¿siente qué el ácido o una pequeña cantidad de líquido o alimento le llega a la boca? Si No</p> <p>Si su respuesta es si ¿con qué frecuencia?</p> <p>A. todos los días</p> <p>B. 3 veces por semana</p> <p>C. 1 vez por semana</p>

SEGUNDO ANEXO

BASES DE DATOS CÁLCULOS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA



Cálculos y Criterios de Evaluación e Interpretación Estadística

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

1. El *análisis demográfico* del estudio se calcularon frecuencias y porcentajes.

$$\% = \frac{a}{a+b} \times 100$$

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Diag  
/METHOD=FSSTEP(WALD) Edad Sexo E.C Ocupac t.Serv N°Ocup  
/CONTRAST (Edad)=Indicator  
/CONTRAST (Sexo)=Indicator(1)  
/CONTRAST (E.C)=Indicator  
/CONTRAST (Ocupac)=Indicator  
/CONTRAST (t.Serv)=Indicator
```

```
/CLASSPLOT
/PRINT=GOODFIT SUMMARY CI(95)
/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5) .
```

Notas

Resultados creados		06-FEB-2015 08:49:28
Comentarios		
	Datos	E:\MIS DOCUMENTOS E\TESIS 2015\TESIS SUSANA PACHECO ASPILCUETA\CALCULOS\plantilla a regresión logistica.sav
Entrada	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguno>
	Peso	<ninguno>
	Dividir archivo	<ninguno>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	110
Tratamiento de los datos perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se consideran como perdidos LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Diag /METHOD=FSSTEP(WALD) Edad Sexo E.C Ocupac t.Serv NºOcup /CONTRAST (Edad)=Indicator /CONTRAST (Sexo)=Indicator(1) /CONTRAST (E.C)=Indicator /CONTRAST (Ocupac)=Indicator /CONTRAST (t.Serv)=Indicator /CLASSPLOT /PRINT=GOODFIT SUMMARY CI(95) /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
Sintaxis		
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.02
	Tiempo transcurrido	00:00:00.01

[Conjunto_de_datos1] E:\MIS DOCUMENTOS E\TESIS 2015\TESIS SUSANA PACHECO ASPILCUETA\CALCULOS\plantilla regresión logistica.sav

Resumen del procesamiento de los casos

Casos no ponderados ^a		N	Porcentaje
Incluidos en el análisis		110	100,0
Casos seleccionados	Casos perdidos	0	,0
	Total	110	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		110	100,0

a. Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Codificación de la variable

dependiente

Valor original	Valor interno
enfermo	0
sano	1

Codificaciones de variables categóricas

	Frecuenci a	Codificación de parámetros				
		(1)	(2)	(3)	(4)	
Ocupación	medico	30	1,000	,000	,000	,000
	enfermera	29	,000	1,000	,000	,000
	obstetriz	12	,000	,000	1,000	,000
	Tec enfermería	20	,000	,000	,000	1,000
E.C.	Interno medicina	19	,000	,000	,000	,000
	soltero	40	1,000	,000		
	casado	66	,000	1,000		
Sexo	divorciado	4	,000	,000		
	Hombre	27	,000			
Tiempo de servicios	Mujer	83	1,000			
	menor o igual a 15 años	79	1,000			
Edad	mayor de 15 años	31	,000			
	menor o igual 35 años	46	1,000			
	mayor de 35 años	64	,000			

Bloque 0: Bloque inicial

Tabla de clasificación^{a,b}

	Observado	Pronosticado			
		Síndrome de intestino irritable		Porcentaje correcto	
		enfermo	sano		
Paso 0	Síndrome de intestino irritable	enfermo	0	28	,0
		sano	0	82	100,0
	Porcentaje global				74,5

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	1,075	,219	24,099	1	,000	2,929

VARIABLES QUE NO ESTÁN EN LA ECUACIÓN

		Puntuación	gl	Sig.	
Paso 0	Variables				
		Edad(1)	,017	1	,897
		Sexo(1)	6,800	1	,009
		E.C	,695	2	,707
		E.C(1)	,684	1	,408
		E.C(2)	,647	1	,421
		Ocupac	8,488	4	,075
		Ocupac(1)	,449	1	,503
		Ocupac(2)	,471	1	,492
		Ocupac(3)	,548	1	,459
		Ocupac(4)	3,077	1	,079
		t.Serv(1)	1,978	1	,160
		NºOcup	7,180	1	,007
		Estadísticos globales	19,465	10	,035

Bloque 1: Método = Por pasos hacia adelante (Wald)

Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

	Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso	9,451	4	,051
Paso 2 Bloque	15,948	5	,007
Modelo	15,948	5	,007

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi cuadrado	gl	Sig.

2	7,810	6	,252
---	-------	---	------

Tabla de contingencias para la prueba de Hosmer y Lemeshow

	Síndrome de intestino irritable = enfermo		Síndrome de intestino irritable = sano		Total
	Observado	Esperado	Observado	Esperado	
	Paso 2				
1	5	3,758	1	2,242	6
2	8	8,210	10	9,790	18
3	3	5,658	11	8,342	14
4	2	1,078	1	1,922	3
5	4	4,538	22	21,462	26
6	4	1,836	10	12,164	14
7	1	1,228	9	8,772	10
8	1	1,694	18	17,306	19

Tabla de clasificación^a

	Observado	Pronosticado			
		Síndrome de intestino irritable		Porcentaje correcto	
		enfermo	sano		
Paso 2	Síndrome de intestino irritable	enfermo	3	25	10,7
		sano	0	82	100,0
	Porcentaje global				77,3

a. El valor de corte es .500

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 2 ^a								
Ocupac			9,129	4	,058			
Ocupac(1)	1,715	,764	5,034	1	,025	5,556	1,242	24,851
Ocupac(2)	1,378	,666	4,274	1	,039	3,966	1,074	14,641
Ocupac(3)	1,790	,941	3,622	1	,057	5,991	,948	37,871
Ocupac(4)	2,148	,888	5,853	1	,016	8,564	1,503	48,786
NºOcup	-1,503	,579	6,746	1	,009	,223	,072	,692
Constante	1,679	,758	4,901	1	,027	5,359		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Ocupac.

Variables que no están en la ecuación

		Puntuación	gl	Sig.
Paso 2	Edad(1)	1,412	1	,235
	Sexo(1)	1,144	1	,285
	E.C	,656	2	,720
	E.C(1)	,558	1	,455
	E.C(2)	,650	1	,420
	t.Serv(1)	,101	1	,750
	Estadísticos globales	3,888	5	,566

Resumen de los pasos^{a,b}

Paso	Mejora			Modelo			% de clas. correcta	Variable
	Chi cuadrado	gl	Sig.	Chi cuadrado	gl	Sig.		
1	6,497	1	,011	6,497	1	,011	76,4%	IN: NºOcup
2	9,451	4	,051	15,948	5	,007	77,3%	IN: Ocupac

a. No se pueden eliminar ni añadir más variables al modelo actual.

b. Bloque final: 1

Resumen del modelo

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
2	108,853 ^a	,135	,199

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

PREDICTIBILIDAD (probabilidades)

Caso	Probabilidad	Clasificación
1	,20970	1
2	,54391	2
3	,54391	2
4	,51274	2
5	,91082	2
6	,61387	2
7	,87723	2
8	,54391	2
9	,54391	2
10	,54391	2
11	,61387	2
12	,87723	2
13	,87723	2
14	,82545	2
15	,82545	2
16	,91082	2
17	,86887	2
18	,91082	2
19	,51274	2
20	,91082	2
21	,54391	2
22	,54391	2
23	,86887	2
24	,54391	2
25	,91082	2
26	,91082	2
27	,54391	2
28	,54391	2
29	,54391	2
30	,54391	2
31	,54391	2
32	,91082	2
33	,91082	2
34	,51274	2
35	,59585	2
36	,59585	2
37	,82545	2
38	,91082	2
39	,82545	2
40	,59585	2
41	,87723	2
42	,86887	2
43	,86887	2

44	,82545	2
45	,59585	2
46	,82545	2
47	,59585	2
48	,82545	2
49	,82545	2
50	,91082	2
51	,82545	2
52	,82545	2
53	,91082	2
54	,91082	2
55	,54391	2
56	,86887	2
57	,86887	2
58	,86887	2
59	,91082	2
60	,91082	2
61	,87723	2
62	,82545	2
63	,54391	2
64	,82545	2
65	,59585	2
66	,91082	2
67	,91082	2
68	,82545	2
69	,82545	2
70	,87723	2
71	,82545	2
72	,86887	2
73	,82545	2
74	,87723	2
75	,82545	2
76	,59585	2
77	,59585	2
78	,82545	2
79	,82545	2
80	,91082	2
81	,59585	2
82	,82545	2
83	,82545	2
84	,91082	2
85	,59585	2
86	,82545	2
87	,59585	2
88	,59585	2

89	,86887	2
90	,86887	2
91	,59585	2
92	,86887	2
93	,24702	1
94	,24702	1
95	,86887	2
96	,86887	2
97	,59585	2
98	,86887	2
99	,87723	2
100	,87723	2
101	,87723	2
102	,82545	2
103	,82545	2
104	,82545	2
105	,69443	2
106	,91082	2
107	,82545	2
108	,54391	2
109	,54391	2
110	,54391	2

