

**PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL SINDROME DE  
INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA  
EXTERNA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE SANTANDER, SALUDCOOP EPS , ENTRE MARZO DEL  
2008 Y JUNIO DEL 2009.**

**YANETH ALEXANDRA JAIMES CRISTANCHO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA  
BUCARAMANGA  
2010**

**PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL SINDROME DE  
INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA  
EXTERNA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE SANTANDER , SALUDCOOP EPS , ENTRE MARZO DEL  
2008 Y JUNIO DEL 2009.**

**YANETH ALEXANDRA JAIMES CRISTANCHO**

**DIRECTOR**

**JAIME GOMEZ CORREA**

MD Internista-Gastroenterólogo  
Profesor Departamento de Medicina Interna  
Universidad Industrial de Santander

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA  
BUCARAMANGA  
2010**

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor quisiera agradecer a:

Doctor Jaime Gómez Correa , Médico Internista, Gastroenterólogo, director del proyecto, por su tutoría y acompañamiento durante el desarrollo del estudio.

Doctor Germán Gamarra, Médico Internista Nefrólogo, Epidemiólogo, por su guía y enseñanza.

Doctor Mario Andrés Arenas, Médico Internista, por su colaboración durante el desarrollo y culminación de éste proyecto.

## **DEDICATORIA**

**A mis padres y hermanas**, quienes con su apoyo incondicional y constante, fueron partícipes en la realización de un sueño.

## TABLA DE CONTENIDO

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCION</b>                 | <b>12</b> |
| <b>1. JUSTIFICACION</b>             | <b>13</b> |
| <b>2. PREGUNTA DE INVESTIGACION</b> | <b>14</b> |
| <b>3. MARCO TEORICO</b>             | <b>15</b> |
| <b>4. METODOLOGIA</b>               | <b>23</b> |
| <b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b>         | <b>23</b> |
| <b>4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>    | <b>23</b> |
| <b>4.3 MATERIALES Y METODOS</b>     | <b>23</b> |
| 4.3.1 TIPO DE ESTUDIO               | 23        |
| 4.3.2 POBLACION DE ESTUDIO          | 23        |
| 4.3.3 CRITERIOS DE INCLUSION        | 24        |
| 4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSION        | 24        |
| <b>4.4 ASPECTOS ETICOS</b>          | <b>24</b> |
| <b>4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS</b> | <b>25</b> |
| <b>5. RESULTADOS</b>                | <b>27</b> |
| <b>6. DISCUSION</b>                 | <b>45</b> |
| <b>CONCLUSIONES</b>                 | <b>49</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>                 | <b>51</b> |

## LISTA DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 Comparación características socio-demográficas de los pacientes del Hospital Universitario de Santander y de SALUDCOOP EPS. | 29 |
| Tabla 2 Nivel de escolaridad de acuerdo al sitio de inclusión   | 30 |
| Tabla 3. Cirugías abdominales de los pacientes con SII  | 32 |
| Tabla 4. Frecuencia de grupo sanguíneo en pacientes con SII   | 33 |
| Tabla 5. Manifestaciones extracolónicas de acuerdo al sitio de inclusión  | 33 |
| Tabla 6. Clasificación de la tensión arterial de acuerdo al sitio de inclusión  | 35 |
| Tabla 7. Subtipos de SII de acuerdo al sitio de inclusión   | 36 |
| Tabla 8. Características demográficas por subtipo de SII  | 37 |
| Tabla 9. Lugar de nacimiento, procedencia y estrato según los subtipos síndrome de intestino irritable                              | 38 |
| Tabla 10. Nivel educativo de acuerdo a los subtipos de SII  | 39 |
| Tabla 11. Manifestaciones extracolónicas según los subtipos de SII  | 40 |
| Tabla 12 Índice de masa corporal en los subtipos de SII   | 41 |
| Tabla 13. Clasificación de tensión arterial en los subtipos de SII.   | 42 |
| Tabla 14. Hallazgos de las colonoscopias.   | 43 |
| Tabla 15. Hallazgos de los estudios de colon por enema.   | 44 |

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS**

**56**

## RESUMEN

**TITULO:** PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER , SALUDCOOP EPS , ENTRE MARZO 2008 Y JUNIO 2009.\*

**AUTOR:** Yaneth Alexandra Jaimes Cristancho\*\*

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, Síndrome Intestino Irritable, Depresión, ansiedad

**CONTENIDO:** El SII es una patología de consulta frecuente con deterioro de la calidad de vida, dificultades en su diagnóstico y sin estudios locales que evalúen su prevalencia. **OBJETIVO:** Describir prevalencia y características demográficas de pacientes con SII que asisten a consulta externa de gastroenterología del HUS y SALUDCOOP entre marzo 2008 y junio 2009. **DISEÑO:** Estudio descriptivo, prospectivo. **POBLACION:** Pacientes mayores de edad que asistieron a consulta externa de gastroenterología con dolor abdominal, cumpliendo los criterios de ROMA III. **METODOLOGIA:** Se aplicó un instrumento de recolección a los pacientes que cumplían los criterios de ROMA III, describiéndose características demográficas y clínicas, así como la realización de los test de Zung para ansiedad y depresión. **RESULTADOS:** Se incluyeron 241 pacientes, para una prevalencia de 6.7%, un rango de edad entre 36-53 años, 78% mujeres, con diferencias significativas en estado civil ( 35% unión libre HUS vs 46% solteros SALUDCOOP,  $p < 0,001$ ), estrato socioeconómico ( 44% estrato 2 vs 59% estrato 3,  $p < 0,001$ ) y escolaridad (52% primaria vs 64% secundaria ,  $p < 0,001$ ) entre las dos instituciones, 41.5% de los pacientes tenían depresión y 46.9% ansiedad, siendo la depresión más frecuente en las mujeres (47,3% vs 20,7%;  $p = 0,001$ ), y la ansiedad en los hombres (67,9% vs 41%;  $p = 0,001$ ), 44% presentaban SII tipo diarrea, 36,9% estreñimiento y 19,1% alternante **CONCLUSIONES:** La prevalencia del SII según nuestro estudio fue menor de lo encontrado en la literatura mundial, observándose en su mayoría en mujeres, solteros, sanos sin factores de riesgo cardiovascular, con coexistencia de ansiedad y/o depresión.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Universidad Industrial de Santander, Facultad de Medicina, Medicina Interna, Director: Doctor Jaime Gómez Correa

## ABSTRACT

**TITLE:** PREVALENCE AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN PATIENTS ATTENDING OUTPATIENT GASTROENTEROLOGY SERVICE OF HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, SALUDCOOP EPS, BETWEEN MARCH 2008 AND JUNE 2009 .\*

**AUTHOR:** Yaneth Alexandra Jaimes Cristancho\*\*

**KEY WORDS:** Prevalence, Irritable Bowel Syndrome, Depression, Anxiety

**CONTENT:** IBS is a disease with frequent consultation with impaired quality of life, difficulties in diagnosis and no local studies assessing its prevalence. **OBJECTIVE:** To describe prevalence and demographic characteristics of IBS patients attending outpatient gastroenterology and SaludCoop HUS between March 2008 and June 2009. **DESIGN:** Descriptive, prospective. **POPULATION:** Elderly patients attending outpatient gastroenterology with abdominal pain, fulfilling the ROME III criteria. **METHODOLOGY:** We performed a collection tool for patients who met the Rome III criteria, describing demographic and clinical characteristics, as well as the realization of the Zung test for anxiety and depression. **RESULTS:** We included 241 patients, for a prevalence of 6.7%, an age range between 36-53 years, 78% women, with significant differences in marital status (35% cohabiting unmarried HUS vs 46% SaludCoop,  $p < 0.001$ ), socioeconomic status (44% stratum 2 vs 59% stratum 3,  $p < 0.001$ ) and education (52% primary vs 64% school,  $p < 0.001$ ) between the two institutions, 41.5% patients and 46.9% had depression, anxiety, depression being more common in women (47.3% vs 20.7%,  $p = 0.001$ ), and anxiety in men (67.9% vs 41%,  $p = 0.001$ ), 44% had diarrhea type IBS, 36.9% and 19.1% constipation alternating. **CONCLUSIONS:** The prevalence of IBS in our study was lower than found in the literature, observed mostly in women, single, healthy with no cardiovascular risk factors, with the coexistence of anxiety and depression.

---

\* Graduate Thesis

\*\* Universidad Industrial de Santander, Faculty of Medicine, Internal Medicine. Director: Doctor Jaime Gómez Correa

## INTRODUCCION

El síndrome de intestino irritable se considera un trastorno funcional del tracto gastrointestinal cuyo diagnóstico se basa principalmente en la sintomatología, excluyendo otras patologías orgánicas mediante la realización de pruebas diagnósticas. Es una enfermedad que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes, con gran morbilidad, altos costos y utilización de los servicios de salud.

Existen diversos estudios a nivel mundial que evalúan la prevalencia y características demográficas de estos pacientes, pero sin obtener una uniformidad en los hallazgos.

En nuestro medio no existen estudios que describan la prevalencia basada en los criterios de Roma III , ni las diferentes características clínicas de los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, siendo de gran ayuda para guiar la utilización de medios diagnósticos y terapéutica.

## 1. JUSTIFICACION

Siendo el síndrome de intestino irritable una patología de consulta frecuente, con gran morbilidad y pérdida de días laborables para los pacientes, se considera una enfermedad subdiagnosticada, con una fisiopatología que continua incierta, y no se cuenta actualmente con medicamentos que controlen todos los síntomas, además no existen estudios locales que evalúen la prevalencia, variables y hallazgos clínicos tanto somáticos como psicológicos, relacionados con la presencia de la enfermedad, por lo cual se decide realizar el presente estudio.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de intestino irritable en la consulta externa de gastroenterología del Hospital Universitario de Santander y SALUDCOOP EPS?

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes con síndrome de intestino irritable que asisten al servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital Universitario de Santander y SALUDCOOP EPS?

### 3. MARCO TEORICO

El síndrome del intestino irritable, descrito por primera vez por William Powel en 1812, ha recibido múltiples denominaciones a través de los años, como “colon espástico, colon mucoso, colitis mucosa” entre otros, pero según el Dr. William Otero, se considera un trastorno gastrointestinal crónico y recurrente, en el que se presenta dolor o malestar abdominal así como una alteración del hábito intestinal cursando con diarrea o estreñimiento; sin observarse alteraciones clínicas ni paraclínicas (1,2,3)

Este síndrome tiene una incidencia pico entre los 30 y 40 años, pero la edad de inicio puede variar, siendo muy poco usual en mayores de 50 años. La Asociación Colombiana de Gastroenterología, ha detectado que nuestro país tiene una prevalencia entre 10-15%, similar a la observada en países industrializados como Estados Unidos, con una relación 3:1, es decir, mayor en mujeres, siendo el subtipo más frecuente el estreñimiento. (1,2,3)

Esta entidad puede impactar desfavorablemente en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, afectando su vida laboral, familiar y personal, de igual manera lleva a una utilización excesiva de servicios sanitarios y disminución de la capacidad productiva, con la consecuente pérdida económica. Este síndrome se constituye en un motivo importante de consulta en el servicio de gastroenterología, representando cerca de un 28% del total de las evaluaciones médicas, superando el de las consultas por hipertensión arterial, asma y enfermedad coronaria. En las diferentes revisiones de la literatura se ha detectado que la depresión o ansiedad

coexisten en cerca de un 40-60% en los pacientes con síndrome de intestino irritable. (3,7)

Entre las características a tener en cuenta de éste síndrome, es que existe alternancia entre períodos asintomáticos y crisis, las cuales pueden ser precipitadas por el alcohol, el consumo de ciertos alimentos o el estrés. Estudios colombianos han detectado que es frecuente identificar varios síntomas extracolónicos y en algunas ocasiones extradigestivos como: alteración del sueño, cefalea, dispepsia, pirosis, fatiga, regurgitación, fibromialgias, alteraciones menstruales, dolor lumbar. (3,6,13)

Drossman and col, describió que dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas tenemos: (8,9)

1. “Dolor abdominal o malestar que suele ser cólico, de localización variable y su intensidad suele modificarse con la deposición o los flatos.
2. Diarrea que suele ser diaria, postprandial, semilíquida o líquida, acompañada de urgencia defecatoria
3. Estreñimiento que se caracteriza por heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre, suele acompañarse de distensión abdominal.”

En 1978 se publicaron los primeros criterios diagnósticos basados en los síntomas, (5,6), teniendo varias revisiones y modificaciones a través de los años, pero el diagnóstico actualmente se basa en los criterios de ROMA III: (9,12,13):

1. “Dolor abdominal recurrente o disconfort al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses con 2 o más de las siguientes características:
  - a. Mejoría con la defecación
  - b. Inicio asociado con cambios en la frecuencia de las deposiciones
  - c. Inicio asociado con cambios en la forma o apariencia de deposiciones”

El Dr. William Otero, advierte que se debe tener en cuenta la ausencia de signos y síntomas de alarma: “historia familiar de cáncer de colon, edad de inicio >50años, anemia, síntomas nocturnos, diarrea refractaria, sangrado rectal, pérdida de peso, fiebre, historia de enfermedad inflamatoria intestinal, masa abdominal palpable”. (3)

Ya que no existe prueba o manifestación clínica que sea específica para establecer un diagnóstico certero, ésta patología es considerada de exclusión después de realización de gran número de pruebas de laboratorio, estudios endoscópicos y de imágenes que eliminen la sospecha de patología orgánica de base. Pero la evidencia reciente ha demostrado que si un paciente cumple los criterios de Roma III y no tiene características de alto riesgo de enfermedad orgánica, existe una alta probabilidad pretest de llegar al diagnóstico sólo basado en los síntomas. (15,20,23)

Una revisión llevada a cabo en la Clínica Mayo por el Dr. Foxx-Orenstein, “el diagnóstico del SII basado en los síntomas es durable”. En un estudio longitudinal llevado a cabo en el cual se revaloraron 75 pacientes a los 10-13 años después de un diagnóstico inicial de SII basado en los criterios de ROMA, pocos de éstos pacientes recibieron diagnósticos alternativos en éste período. En otros estudios con seguimiento de 3-5 años, el desarrollo de enfermedad orgánica ocurrió en menos del 7% de los pacientes que inicialmente se diagnosticaron con síndrome de Intestino Irritable. (15)

Según lo descrito por los diferentes autores, se definen varios subtipos del síndrome de intestino irritable mediante los siguientes síntomas: (3)

1. Menos de 3 deposiciones por semana
2. Más de 3 deposiciones por día
3. Deposiciones duras o en bolas

4. Deposiciones blandas o líquidas
5. Esfuerzo excesivo durante la defecación
6. Urgencia defecatoria
7. Sensación de evacuación incompleta
8. Presencia de moco durante las deposiciones
9. Sensación de malestar o distensión abdominal

Subtipo de predominio diarrea: (3,9)

1. Uno o más síntomas enumerados como 2-4-6 y ninguno 1-3-5 , están presentes dos o más síntomas enumerados 2-4-6 y uno de 1-5.

Predominio estreñimiento: (3,9)

1. Uno o más síntomas enumerados como 1-3-5 y ninguno 2-4-6, están presentes dos o más de los síntomas 1-3-5 y uno de 2-4-6.

Subtipo alternante: (3,9)

1. Cuando no ocurre ninguna de las combinaciones anteriores

En los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable que se siguen por largo tiempo, se observa que la mayoría mejoran de su sintomatología, un 30-50% permanecen estables, mientras que un 2-18% empeoran, encontrándose antecedentes de cirugía, depresión y ansiedad como factores de riesgo para el empeoramiento. (6)

Por ser ésta patología de difícil manejo, se requiere un diagnóstico objetivo y establecer una adecuada relación médico-paciente, con el fin de disminuir al máximo la persistencia de los síntomas, la polifarmacia, y el uso indiscriminado de medicamentos.

## **FISIOPATOLOGIA**

Considerado el síndrome de intestino irritable un trastorno funcional, sus mecanismos fisiológicos son pobremente entendidos, por lo cual su patogénesis ha sido tradicionalmente basado en el “modelo biopsicosocial”, en el cual se considera que sus múltiples características clínicas están influenciadas por procesos psicológicos. (5,10)

Muchos estudios han reportado diferentes factores implicados en su génesis entre los cuales tenemos: (5,10)

1. Motilidad intestinal: Existe una motilidad intestinal basal aumentada, con retención de gas, relacionándose con la intensidad de los síntomas. Se considera el principal factor fisiopatológico de éste síndrome. (26,27)
2. Hipersensibilidad visceral: Los pacientes perciben como molesto no solo la distensión sino también los propios movimientos intestinales. Hasta un 70% de los pacientes pueden tener disminuido el umbral de sensibilidad visceral. (26,27)
3. Agentes infecciosos: Se ha encontrado en estudios prospectivos que el antecedente de gastroenteritis infecciosa en la infancia, sexo femenino, edad joven, uso de antibióticos para la infección, podría explicar cerca del 6-17% de los casos de Síndrome de intestino irritable. Entre los mecanismos fisiopatológicos observados se describen: incremento en la concentración de células mastocíticas, incremento en la permeabilidad intestinal, incremento en la producción mucosa de células enterocromafines, e incremento de linfocitos T en mucosa intestinal. (24,28)

4. Factores genéticos: La evidencia sugiere que el SII puede tener polimorfismos de genes seleccionados como causa de ésta patología, pero la base genética no se ha establecido aún, se considera que se necesitan factores ambientales para su desarrollo. (10)
5. Serotonina: Existe el eje cerebro-intestino, el cual coordina la relación entre el músculo del tracto gastrointestinal, el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso central y el sistema nervioso entérico. El SII se caracteriza por una alteración en la coordinación de éstos sistemas, llevando a falla de la percepción sensorial y dismotilidad. Se ha observado que la serotonina juega un papel muy importante en la regulación de la sensibilidad y motilidad del sistema gastrointestinal, ya que el 95% de la serotonina del cuerpo está en el tracto digestivo, 3% en el cerebro, 2 % en las plaquetas, facilitando de ésta manera la comunicación entre el sistema nervioso entérico y sus efectores. (14)
6. Morbilidad psicológica: La mayoría de los pacientes con SII refieren exacerbación de su sintomatología en episodios de estrés, en el cual se liberan hormonas que afectan el funcionamiento sensoriomotriz del colon produciendo la inflamación y desorden de la motilidad. Dentro de las alteraciones psicopatológicas más comunes en los pacientes con SII son: somatización, trastornos afectivos, ansiedad y cancerofobia. (5,7)
7. Abuso físico y sexual: Cerca de un 44 % de la mujeres afectadas con SII refieren antecedente de abuso físico y sexual. (3)
8. Otros: Se ha demostrado que durante el período menstrual, aumenta la percepción de los síntomas y el estado psicológico de las mujeres con diagnóstico de SII. También se han relacionado alteraciones de la función tiroidea y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, con disminución de la motilidad gastrointestinal. (3,14,33)
9. Influencias ambientales: En el modelo biopsicosocial descrito por Angel, se considera que existe una relación entre los factores sociales, psicosociales

y biológicos que influyen en el desarrollo y percepción de la enfermedad, con sus diferencias entre géneros, así como el impacto en su tratamiento. (10)

10. Sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado: Detectado en un 78-84% de los pacientes con SII, se ha considerado un número aumentado de bacterias en el intestino delgado, como un factor potencial para la etiología del SII. (3)

## **TRATAMIENTO**

En cuanto al tratamiento se ha observado que una adecuada relación médico-paciente lleva a una disminución de la sintomatología, reducción en la cantidad de visitas, así como una mayor satisfacción del paciente. Hay que tener en cuenta que para que esto sea posible se debe explicar muy bien al paciente las características de la enfermedad, escucharlo atentamente e incluirlo en la elección del tratamiento. (3)

De los diferentes medicamentos existentes, ya sea agonista o antagonista de receptores, no existe hasta el momento ninguno que modifique el curso de la enfermedad o mejore la totalidad de la sintomatología intestinal y extraintestinal que se presenta en el Síndrome de intestino irritable, algunos pacientes presentan mejoría transitoria debido a que el efecto placebo varía entre el 16-75% de los casos. (4,16,23,34)

Se han llevado a cabo diversas intervenciones de forma empírica que pueden mejorar la calidad de vida y la sintomatología en algunos pacientes con SII, como una dieta balanceada, realización de ejercicio, así como dejar tiempo suficiente y adecuado para la defecación, pero sin una evidencia científica de base. (4,16,23,34)

En cuanto a la alimentación se ha observado que la fibra soluble mejora el estreñimiento asociado al SII, de igual manera se han reportado estudios sin resultados concluyentes, en cuanto dieta exenta de sorbitol, alcohol, trigo, cafeína, grasas, huevos, los frutos secos y leche. (3)

Dentro de los medicamentos utilizados para aliviar los síntomas se encuentran los laxantes indicados en los pacientes con estreñimiento, además el dolor se disminuye con los espasmolíticos y los antidepresivos tricíclicos a bajas dosis. También se ha observado que los probióticos mejoran la sintomatología del S.I.I. (3)

La mayoría de los pacientes tienen manifestaciones leves, solo cerca de un 5% son severas, requiriendo tratamiento multidisciplinario con gastroenterólogo y psicólogos expertos en programas educativos y terapia cognitivo-conductual. (3)

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir la prevalencia y las características demográficas de los pacientes con síndrome de intestino irritable que asisten al servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital Universitario de Santander y SALUDCOOP EPS, de marzo del 2008 a junio del 2009.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Evaluar la frecuencia de los subtipos de Síndrome de Intestino Irritable.

Establecer las manifestaciones extracolónicas más frecuentes.

Identificar alteraciones del estado de ánimo en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

Describir hallazgos de estudios imagenológicos

### **4.3 MATERIALES Y METODOS**

#### **4.3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo, prospectivo

#### **4.3.2 POBLACION DE ESTUDIO**

La población de estudio consistió en pacientes mayores de edad que asistieron a la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Santander y SALUDCOOP EPS, entre el 1 de marzo del 2008 y el 1 de junio del 2009, con cuadro clínico de dolor abdominal en quienes se estableció el diagnóstico de síndrome de intestino irritable según los criterios de ROMA III, aplicándose el instrumento de recolección de datos, por el médico que realizaba

la consulta (gastroenterólogo, residente de medicina interna, residente de cirugía general, a quienes se instruyó previamente acerca del instrumento de recolección).

#### **4.3.3 CRITERIOS DE INCLUSION**

- a. Mayor de edad -18 años-
- b. Pacientes que asistan a consulta externa de gastroenterología por dolor abdominal y cumplan los criterios de ROMA III

#### **4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- a. Antecedente de cáncer de colon
- b. Presencia de signos de alarma: hematoquezia, pérdida de peso >10kg en un mes, historia familiar de cáncer de colon, anemia, diarrea crónica (más de 3 deposiciones diarias líquidas o semilíquidas continuas por más de 4 semanas) .
- c. Antecedente de cirugía de colon
- d. Antecedente de quimioterapia o/y radioterapia
- e. Antecedente de hemorragia de vías digestivas
- f. Tratamiento farmacológico múltiple

#### **4.4 ASPECTOS ETICOS**

El diseño planteado para éste estudio, no requirió consentimiento informado, ya que no se realizaron procedimientos invasivos, por lo que respetó los principios de autonomía, beneficencia y justicia recolectados en el informe de Belmont.

Se acogió a la resolución #008430 de 1993 , artículo 11 del Ministerio de Salud, el cual consideró investigación de riesgo mínimo.

Los datos recolectados y analizados en el estudio se mantuvieron en confidencialidad y fueron conocidos únicamente por los investigadores.

#### **4.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS**

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al servicio de consulta externa de gastroenterología del HUS y de SALUDCOOP que cumplían con los criterios de ROMA III para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, sin síntomas de alarma, los datos recolectados en el instrumento fueron incluidos en una base de datos en formato de Microsoft Office Excel 2003, y posteriormente analizados usando el software STATA 9.0. Se incluyeron variables como edad, género, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, ocupación, estrato socioeconómico, seguridad social, antecedentes personales, la aplicación de los criterios de ROMA III, subtipos de síndrome de intestino irritable, manifestaciones extracolónicas, tensión arterial, frecuencia cardíaca, índice de masa corporal, examen abdominal, descripción (en quienes se realizó) de colonoscopia, rectosigmoidoscopia, colon por enema, y se aplicaron las escalas de tamizaje de Zung para depresión y ansiedad.

En cuanto a la escala de tamizaje de depresión de Zung, se implementó la escala validada en Bucaramanga en el año 2005, en donde se utilizan 20 ítems, cada uno con un puntaje diferente, se realizó la sumatoria de éstos, el puntaje final se multiplicó por 1.25, obteniéndose puntuaciones entre 25 y 100, donde 50 puntos o más sugirieron depresión. Para la escala de tamizaje de ansiedad de Zung se utilizó la escala validada por la Universidad del Valle en el 2009, donde se utilizó la misma metodología de puntuaciones descritas en la escala de depresión. Se utilizaron éstas escalas con el riesgo de obtener sesgos en el momento del análisis de los datos (38,39). Se aplicó la escala en el momento de la consulta, los

datos se analizaron posteriormente y si se obtenía un resultado positivo, se advertía al médico tratante para manejo en próxima consulta.

Posteriormente, se revisaron los resultados de colonoscopia, rectosigmoidoscopia, colon por enema solicitados a los pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable incluidos en el estudio, solicitados durante la consulta.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central (media y mediana), de posición (cuartiles) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos) para variables de naturaleza cuantitativa y proporciones para variables de naturaleza cualitativa. Las variables con distribución no normal se expresaron como medianas con sus rangos intercuartiles y se analizaron con el Rank-sum de Wilcoxon. Las variables con distribución normal se expresaron como media con su desviación estándar y se analizaron con el *t*-test de Student. Las variables continuas se evaluaron con la prueba de Shapiro –Wilk y las variables categóricas se describieron como proporciones y se analizaron mediante la prueba  $\chi^2$ .

## 5. RESULTADOS

Durante el período de estudio, los servicios de gastroenterología atendieron un total de 4731 consultas. De éstas, 1255 fueron atendidas en el Hospital Universitario de Santander (HUS) y 3476 en Saludcoop EPS. Del total de consultas, 319 fueron diagnosticados con SII (84 en el HUS y 235 en Saludcoop). La prevalencia general fue de 6,7%, sin diferencias de acuerdo al sitio de inclusión (6,7% en el HUS vs 6,8% en Saludcoop;  $p = 0,93$ ). Al evaluar los criterios de ROMA III, se encontró que sólo 241 cumplían con el diagnóstico de SII (34 en el HUS y 207 en Saludcoop). Todos los pacientes cumplían con el criterio principal (dolor abdominal), el cual es un requisito obligado para el diagnóstico de SII. De los criterios secundarios, el más frecuente fue la sensación de mejoría con la defecación (72,2%), seguido del cambio en la frecuencia de las deposiciones (71,8%) y el cambio en la apariencia de las deposiciones (65,6%). Sólo los 241 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos para SII fueron incluidos en el análisis.

### **Características sociodemográficas:**

La mediana de edad de los pacientes con SII fue de 43 años, con rango intercuartil (RIC) 36-53 años; edad mínima de 19 años y máxima de 88 años. La mayoría de los pacientes eran mujeres (78,0%). El 42,3% de los pacientes eran solteros, 36,9% casados, 16,6% vivían en unión libre, 2,5% se encontraban separados y 1,7% eran viudos. El lugar de nacimiento se registró en 235 (97,5%) de los pacientes, siendo la mayoría naturales de Bucaramanga (80,4%). De los pacientes restantes 3% eran del Área Metropolitana de Bucaramanga (Floridablanca, Girón, Piedecuesta) y 16,6% de otros municipios de Santander. El lugar de procedencia

se registró igualmente en 235 (97,5%) de los pacientes. La mayoría de los pacientes procedían de Bucaramanga (83,4%), el 3,8% eran procedentes del área metropolitana y 12,8% procedían de otros municipios de Santander. Los datos sobre el estrato socioeconómico estuvieron disponibles en todos los pacientes. El 8,3% residían en estrato 1, en estrato 2 el 29%, en estrato 3 el 51,4%, en estrato 4 el 7,9%, en estrato 5 el 0,4% y en estrato 6 el 0,4%. Adicionalmente, 2,5% vivían en zonas sin estrato socioeconómico establecido. Comparando los pacientes incluidos en el HUS con los incluidos en Saludcoop EPS, no se encontraron diferencias en edad (43,5 años, RIC 35-51 vs 43 años, RIC 36-53;  $p = 0,87$ ) ni en distribución por géneros (73,5% mujeres en el HUS vs 78,7% mujeres en Saludcoop;  $p = 0,50$ ). Sin embargo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en estado civil ( $p < 0,001$ ), sitio de nacimiento ( $p < 0,001$ ), lugar de procedencia ( $p = 0,001$ ) y estrato socioeconómico ( $p < 0,001$ ). La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los pacientes del HUS y de Saludcoop.

**Tabla 1 Comparación características socio-demográficas de los pacientes del Hospital Universitario de Santander y de SALUDCOOP EPS.**

|                        | Hospital Universitario de Santander | SALUDCOOP EPS | P       |
|------------------------|-------------------------------------|---------------|---------|
|                        | n =34                               | n =207        |         |
| Edad (años)*           | 43,5 (35-51)                        | 43 (36-53)    | 0,87    |
| Género                 |                                     |               | 0,50    |
| Femenino (%)           | 73,5                                | 78,7          |         |
| Masculino (%)          | 26,5                                | 21,3          |         |
| Estado civil           |                                     |               | < 0,001 |
| Soltero (%)            | 17,6                                | 46,4          |         |
| Casado (%)             | 26,5                                | 38,6          |         |
| Unión libre (%)        | 35,3                                | 13,5          |         |
| Separado (%)           | 14,7                                | 0,5           |         |
| Viudo (%)              | 5,9                                 | 1             |         |
| Lugar de nacimiento    | n = 34                              | n = 201       | < 0,001 |
| Bucaramanga (%)        | 50                                  | 85,6          |         |
| AMB (%)                | 5,9                                 | 2,5           |         |
| Otros municipios (%)   | 44,1                                | 11,9          |         |
| Lugar de procedencia   | n = 34                              | n = 201       | 0,001   |
| Bucaramanga (%)        | 61,7                                | 87,1          |         |
| AMB (%)                | 11,8                                | 2,5           |         |
| Otros municipios (%)   | 26,5                                | 10,4          |         |
| Estrato socioeconómico | n = 34                              | n = 207       | < 0,001 |
| Sin estrato (%)        | 11,8                                | 1             |         |
| Estrato 1 (%)          | 41,2                                | 2,9           |         |
| Estrato 2 (%)          | 44,1                                | 26,6          |         |
| Estrato 3 (%)          | 2,9                                 | 59,4          |         |
| Estrato 4 (%)          | 0                                   | 9,1           |         |
| Estrato 5 (%)          | 0                                   | 0,5           |         |

|  |   |     |  |
|--|---|-----|--|
| Estrato 6 (%)  | 0 | 0,5 |  |
| AMB: Área metropolitana de Bucaramanga (Floridablanca, Girón, Piedecuesta) |   |     |  |
| * Datos presentados como mediana (rango intercuartil)                      |   |     |  |

El nivel de escolaridad se estableció en todos los pacientes, siendo el 0,8% analfabetas, 5,4% sólo sabían leer y escribir, 19,1% habían estudiado hasta completar la primaria, 60,2% hasta completar la secundaria y 14,5% tenían estudios profesionales. La información sobre la ocupación se registró en 240 (99,6%) de los pacientes. La ocupación más frecuente fué labores del hogar (49,6%), seguida de la de empleado (17,1%) y comerciante (6,2%). Al analizar de acuerdo al género, la ocupación más común en las mujeres fue labores del hogar (62,2%), seguida de empleadas (13,8%); mientras que en los hombres, la más frecuente fue la de empleado (28,8%), seguida de los comerciantes (17,3%), con diferencia estadísticamente entre los géneros en la distribución de frecuencia de las ocupaciones ( $p < 0,001$ ). Los pacientes del HUS tenían un nivel educativo menor al de los pacientes de Saludcoop (Tabla 2;  $p < 0,001$ ).

**Tabla 2 Nivel de escolaridad de acuerdo al sitio de inclusión**

|   | Hospital Universitario de Santander | Saludcoop EPS |
|---|-------------------------------------|---------------|
|   | n = 34                              | n = 207       |
| Analfabetas (%)   | 5,9                                 | 0             |
| Solo leen y escriben (%)                                | 2,9                                 | 5,8           |
| Primaria completa (%)                                   | 52,9                                | 13,5          |
| Secundaria completa (%)                                 | 35,3                                | 64,3          |
| Profesionales (%)                                       | 2,9                                 | 16,4          |
| p < 0,001 para la comparación entre las dos poblaciones |                                     |               |

En todos los pacientes se obtuvo la información correspondiente a la afiliación a entidades promotoras de salud (EPS). De los 34 pacientes reclutados en el HUS, 17,6% sisben, 32,3% solsalud, 8,8% asmetsalud, 17,6% comfenalco, 2,9% caprecom, 20,6% emdisalud/coosalud.

**Antecedentes:**

Dentro de los antecedentes patológicos, se encontró que 13,3% de los pacientes presentaban hipertensión arterial y 5,4% diabetes mellitus. No se encontraron diferencias por género en el antecedente de hipertensión arterial ( $p = 0,63$ ) ni en el de diabetes mellitus ( $p = 0,14$ ). Al comparar los pacientes del HUS con los de Saludcoop, tampoco se encontraron diferencias significativas en hipertensión arterial (8,8% HUS vs 14% Saludcoop;  $p = 0,41$ ) ni en diabetes mellitus (5,9% HUS vs 5,3% Saludcoop;  $p = 0,89$ ).

El 41,7% de los pacientes habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominales. En la tabla 3 se muestran los tipos de cirugía en orden de frecuencia. No se encontró diferencia en el antecedente de cirugía abdominal entre los pacientes de HUS y los de Saludcoop (47,1% vs 40,8%;  $p = 0,49$ ), no obstante, la frecuencia de los diversos tipos de cirugía sí difirió significativamente entre las dos poblaciones ( $p = 0,014$ ). En los pacientes del HUS la intervención más frecuente fue el pomey (31,2%), y en segundo lugar la histerectomía (12,5%) y la colecistectomía (12,5%), mientras que en los pacientes de Saludcoop la intervención más frecuente fue la histerectomía (30,9%) seguido de la cesárea (14,3%) y el pomey (13,1%).

**Tabla 3. Cirugías abdominales de los pacientes con SII**

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Histerectomía (%)     | 28 |
| Pomeroy (%)           | 16 |
| Cesárea (%)           | 13 |
| Colecistectomía (%)   | 11 |
| Herniorrafia (%)      | 7  |
| Apendicectomía (%)    | 7  |
| Laparotomía (%)       | 5  |
| Quiste de ovario (%)  | 4  |
| Laparoscopia (%)      | 4  |
| Cistopexia (%)        | 2  |
| Embarazo ectópico (%) | 1  |
| Úlcera gástrica (%)   | 1  |
| Bypass gástrico (%)   | 1  |

En los hábitos tóxicos, 3,3% de los pacientes refirieron tabaquismo. Los datos sobre grupo sanguíneo se obtuvieron en 212 (88%) pacientes. La tabla 4 muestra los resultados en orden de frecuencia. No se halló diferencia estadísticamente significativa en los grupos sanguíneos entre mujeres y hombres ( $p = 0,15$ ). La comparación de los grupos sanguíneos de los pacientes del HUS con los de Saludcoop mostró diferencias significativas ( $p = 0,031$ ). En ambas poblaciones el grupo O positivo fue el más frecuente, sin embargo, en los pacientes del HUS el segundo lugar de frecuencia lo ocupó el grupo AB negativo, mientras que en Saludcoop el segundo puesto fue para el grupo A positivo.

**Tabla 4. Frecuencia de grupo sanguíneo en pacientes con SII**

|                 |      |
|-----------------|------|
| O positivo (%)  | 53,3 |
| A positivo (%)  | 25   |
| AB negativo (%) | 6,6  |
| B positivo (%)  | 6,1  |
| O negativo (%)  | 4,7  |
| B negativo (%)  | 1,9  |
| AB positivo (%) | 1,4  |
| A negativo (%)  | 0,9  |

**Manifestaciones extracolónicas:**

Todos los pacientes aportaron información sobre síntomas extracolónicos. La dispepsia fue la manifestación más frecuente (44,8%), seguida de la cefalea (20,3%), el dolor lumbar 19,5%, el regurgitación (18,3%), las alteraciones del sueño (15,8%), la pirosis (14,9%), las mialgias (12,9%) y la fatiga (12%). Sólo el dolor lumbar mostró diferencia entre géneros, siendo más frecuente en los hombres (30,2% vs 16,5%;  $p = 0,026$ ). La frecuencia de todas las manifestaciones extracolónicas fue significativamente superior en los pacientes del HUS (Tabla 5).

**Tabla 5. Manifestaciones extracolónicas de acuerdo al sitio de inclusión**

|                            | Hospital Universitario de Santander | Saludcoop EPS | P       |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------|---------|
|                            | n = 34                              | n = 207       |         |
| Dispepsia (%)              | 67,6                                | 41,1          | 0,004   |
| Regurgitación (%)          | 52,9                                | 12,6          | < 0,001 |
| Dolor lumbar (%)           | 47,1                                | 15            | < 0,001 |
| Pirosis (%)                | 47,1                                | 9,7           | < 0,001 |
| Fatiga (%)                 | 47,1                                | 6,3           | < 0,001 |
| Alteraciones del sueño (%) | 44,1                                | 11,1          | < 0,001 |

|              |      |      |         |
|--------------|------|------|---------|
| Cefalea (%)  | 41,2 | 16,9 | 0,001   |
| Mialgias (%) | 41,2 | 8,2  | < 0,001 |

### **Trastornos del estado de ánimo**

Aplicando las escalas de Zung para depresión y ansiedad se encontró que 41,5% de los 241 pacientes presentaban depresión y 46,9% presentaban ansiedad. El 12,9% de los pacientes presentaban ambos trastornos. La depresión fue más frecuente en las mujeres (47,3% vs 20,7%;  $p = 0,001$ ), mientras que la ansiedad fue más común en los hombres (67,9% vs 41%;  $p = 0,001$ ). En los pacientes del HUS fue más frecuente la depresión que en los de Saludcoop (64,7% vs 37,7%;  $p = 0,003$ ), pero no hubo diferencia en la frecuencia de ansiedad (55,9% vs 45,4%;  $p = 0,26$ ).

### **Examen físico:**

Los datos del examen físico se registraron en 240 (99,6%) pacientes. Se encontró que el peso de los pacientes tenía una mediana de 64 Kg (RIC 58-73) y la talla una mediana de 1,6 m (RIC 1,55-1,67). Al calcular el índice de masa corporal (IMC) se encontró una mediana de 24,6 Kg/m<sup>2</sup> (RIC 22,6-27,4). Agrupando los pacientes de acuerdo a los puntos de corte establecidos para el IMC (según la OMS), hallamos que 1,7% tenían bajo peso, 53,7% se encontraban el rango normal, 33,7% tenían sobrepeso y 10,8% estaban en el rango de obesidad (grado 1 el 7,9%, grado 2 el 2,1% y grado 3 el 0,8%). No se halló diferencia significativa en el IMC entre mujeres y hombres ( $p = 0,40$ ). Al comparar los paciente del HUS con los de Saludcoop sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en los pacientes con bajo peso (8,8% HUS vs 0,5% Saludcoop;  $p < 0,001$ ).

En los signos vitales, la frecuencia cardiaca tuvo una mediana de 76 latidos por minuto (RIC 72-80). Todos se encontraban dentro de rango normal. La tensión

arterial sistólica tuvo una mediana de 120 mmHg (RIC 110-120) y la diastólica de 80 mmHg (RIC 70-80). Al clasificar los pacientes sin antecedente de hipertensión arterial (86,7%) de acuerdo a los puntos de corte estandarizados (Chobanian, AV, Bakris, GL, Black, HR, Cushman, WC. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289:2560), se encontró que sólo 22,6% estaban dentro del rango normal, 69,7% en rango de prehipertensión, 7,2% en rango de hipertensión estadio 1 y 0,5% de estadio 2. No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en la clasificación de las tensiones arteriales ( $p = 0,24$ ). Como se aprecia en la tabla 6, los pacientes del HUS tenían mejores cifras tensionales que los de Saludcoop.

**Tabla 6. Clasificación de la tensión arterial de acuerdo al sitio de inclusión**

|   | Hospital Universitario de Santander | Saludcoop EPS |
|---|-------------------------------------|---------------|
|   | n = 31                              | n = 177       |
| Normal (%)  | 58,1                                | 16,4          |
| Prehipertensión (%)                                     | 35,5                                | 75,7          |
| Hipertensión estadio 1 (%)                              | 6,4                                 | 7,3           |
| Hipertensión estadio 2 (%)                              | 0                                   | 0,6           |
| p < 0,001 para la comparación entre las dos poblaciones |                                     |               |

El examen abdominal fue anormal en 94 pacientes, 73 mujeres (38,8%) y 21 hombres (39,6%;  $p = 0,92$ ). El hallazgo anormal fue dolor a la palpación en 79,8% y distensión 20,2%. En la comparación por géneros, el dolor se presentó en 78,1% de las mujeres y 85,7% de los hombres y la distensión en 21,9% de las mujeres y 14,3% de los hombres, sin diferencia significativa entre los géneros ( $p = 0,44$ ).

### Subtipos de SII:

Al aplicar la clasificación por subtipos, se halló que 44% de los pacientes presentaban SII tipo diarrea, 36,9% presentaban SII tipo estreñimiento y el restante 19,1% presentaba SII alternante. No hubo diferencia estadística en la frecuencia de los subtipos entre los pacientes incluidos en el HUS y los incluidos en Saludcoop ( $p = 0,091$ ; Tabla 7).

**Tabla 7. Subtipos de SII de acuerdo al sitio de inclusión**

|  | Hospital Universitario<br>de Santander | Saludcoop<br>EPS |
|--|--|------------------|
|  | n = 34                                 | n = 207          |
| Tipo diarrea (%)                                     | 47,1                                   | 43,5             |
| Tipo estreñimiento (%)                               | 47,1                                   | 35,3             |
| Alternante (%)                                       | 5,8                                    | 21,2             |
| p = 0,091 para la comparación de las dos poblaciones |  |                  |

No se encontró diferencia en la edad de los pacientes por subtipo de SII, sin embargo, si hubo diferencia estadísticamente significativa en la distribución por géneros ( $p = 0,001$ ), con un mayor porcentaje de mujeres en los paciente con SII tipo estreñimiento y menor en aquellos con SII tipo diarrea. No se encontraron diferencias significativas entre los subtipos según el estado civil ( $p = 0,61$ ). Las características demográficas de los subtipos de SII se resumen en la tabla 8.

**Tabla 8. Características demográficas por subtipo de SII**

|   | Tipo diarrea | Tipo estreñimiento | Alternante   | P     |
|---|--------------|--------------------|--------------|-------|
|   | n = 106      | n = 89             | n = 46       |       |
| Edad (años)*  | 43 (34-51)   | 45 (37-54)         | 43,5 (37-52) | 0,62  |
| Género  |              |                    |              | 0,001 |
| Femenino (%)  | 67,9         | 91                 | 76,1         |       |
| Masculino (%)   | 32,1         | 9                  | 23,9         |       |
| Estado civil  |              |                    |              | 0,61  |
| Soltero (%)   | 43,4         | 39,3               | 45,6         |       |
| Casado (%)  | 31,1         | 42,7               | 39,1         |       |
| Unión libre (%)                                       | 20,8         | 14,6               | 10,9         |       |
| Separado (%)  | 3,8          | 1,1                | 2,2          |       |
| Viudo (%)   | 0,9          | 2,3                | 2,2          |       |
| * Datos presentados como mediana (rango intercuartil) |              |                    |              |       |

La distribución de los subtipos de SII por lugar de nacimiento no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,08$ ), mientras en que si las hubo en la distribución por sitio de procedencia ( $p = 0,02$ ). La distribución por estrato socioeconómico fue comparable entre los tres subtipos ( $p = 0,18$ ). La tabla 9 muestra el lugar de nacimiento, procedencia y el estrato socioeconómico según los subtipos de SII.

**Tabla 9. Lugar de nacimiento, procedencia y estrato según los subtipos síndrome de intestino irritable**

|  | Tipo diarrea | Tipo estreñimiento | Alternante | P    |
|--|--------------|--------------------|------------|------|
| Lugar de nacimiento  | n = 102      | n = 87             | n = 46     | 0,08 |
| Bucaramanga (%)  | 84,3         | 74,7               | 82,6       |      |
| AMB (%)  | 0            | 6,9                | 2,2        |      |
| Otros municipios (%)   | 15,7         | 18,4               | 15,2       |      |
| Lugar de procedencia   | n = 102      | n = 87             | n = 46     | 0,02 |
| Bucaramanga (%)  | 85,3         | 80,5               | 84,8       |      |
| AMB (%)  | 0            | 9,2                | 2,2        |      |
| Otros municipios (%)   | 14,7         | 10,3               | 13         |      |
| Estrato socioeconómico   | n = 106      | n = 89             | n = 46     | 0,18 |
| Sin estrato (%)  | 1,9          | 3,4                | 2,2        |      |
| Estrato 1 (%)  | 7,5          | 12,4               | 2,2        |      |
| Estrato 2 (%)  | 25,5         | 34,8               | 26,1       |      |
| Estrato 3 (%)  | 57,6         | 42,7               | 54,3       |      |
| Estrato 4 (%)  | 7,5          | 5,6                | 13         |      |
| Estrato 5 (%)  | 0            | 1,1                | 0          |      |
| Estrato 6 (%)  | 0            | 0                  | 2,2        |      |
| AMB: Área metropolitana de Bucaramanga (Floridablanca, Girón, Piedecuesta) |              |                    |            |      |

El nivel educativo de los pacientes con tipo estreñimiento fue menor al de los otros dos subtipos como se muestra en la tabla 10 ( $p = 0,002$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la comparación de los subtipos de acuerdo a la

profesiones de los pacientes ( $p = 0,33$ ). Tampoco se halló diferencia en la afiliación a las EPS ( $p = 0,38$ ).

**Tabla 10. Nivel educativo de acuerdo a los subtipos de SII**

|   | Tipo diarrea | Tipo estreñimiento | Alternante |
|---|--------------|--------------------|------------|
|   | n = 106      | n = 89             | n = 46     |
| Analfabetas   | 0            | 2,2                | 0          |
| Solo leen y escriben  | 0            | 11,2               | 6,5        |
| Primaria completa   | 16           | 27                 | 10,9       |
| Secundaria completa   | 66           | 50,6               | 65,2       |
| Profesionales   | 18           | 9                  | 17,4       |
| $p = 0,002$ para la comparación de los tres subtipos de SII |              |                    |            |

### **Antecedentes**

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los subgrupos de SII en la frecuencia de los antecedentes de hipertensión arterial (16% en tipo diarrea, 7,9% en tipo estreñimiento, 17,4% en alternante;  $p = 0,16$ ) y diabetes mellitus (6,6% en tipo diarrea, 4,5% en tipo estreñimiento, 4,3% en alternante;  $p = 0,76$ ). El antecedente de cirugía abdominal fue similar entre los subtipos (44,3% en tipo diarrea, 42% en tipo estreñimiento, 34,8% en tipo alternante;  $p = 0,54$ ), así como la frecuencia de los diversos tipos de cirugía ( $p = 0,17$ ). El antecedente de tabaquismo tampoco difirió entre los subtipos (3,8% en tipo diarrea, 4,5% en tipo estreñimiento, 0 en alternante;  $p = 0,36$ ). Así mismo, la comparación de los subtipos según grupo sanguíneo no reveló diferencias significativas ( $p = 0,10$ ).

### Manifestaciones extracolónicas

En la tabla 11 se resumen los síntomas extracolónicos presentados en cada subtipo de SII. La manifestación más frecuente en todos los subtipos fue la dispepsia. La segunda más frecuente en los pacientes con SII tipo diarrea fue el regurgitación. En los pacientes con tipo estreñimiento la segunda manifestación más frecuente fue la cefalea. El dolor lumbar ocupó el segundo lugar en frecuencia en los pacientes con SII alternante. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos en la frecuencia de cefalea ( $p = 0,006$ ), dolor lumbar ( $p = 0,021$ ) y alteraciones del sueño ( $p = 0,023$ ).

**Tabla 11. Manifestaciones extracolónicas según los subtipos de SII**

|                            | Tipo diarrea | Tipo estreñimiento | Alternante | P     |
|----------------------------|--------------|--------------------|------------|-------|
|                            | n = 106      | n = 89             | n = 46     |       |
| Cefalea (%)                | 17           | 30,3               | 8,7        | 0,006 |
| Dolor lumbar (%)           | 12,3         | 28,1               | 19,6       | 0,021 |
| Alteraciones del sueño (%) | 15,1         | 22,5               | 4,3        | 0,023 |
| Fatiga (%)                 | 13,2         | 15,7               | 2,2        | 0,064 |
| Dispepsia (%)              | 37,7         | 53,9               | 43,5       | 0,075 |
| Mialgias (%)               | 11,3         | 16,8               | 8,7        | 0,33  |
| Pirosis (%)                | 17           | 17                 | 6,5        | 0,20  |
| Regurgitación (%)          | 18,9         | 20,2               | 13         | 0,58  |

### Trastornos del ánimo

De acuerdo a los puntajes de las escalas de Zung, la depresión fue significativamente más frecuente en pacientes con tipo estreñimiento (56,2%) que en los pacientes con tipo diarrea (34%) y alternante (30,4%;  $p = 0,002$  para la comparación de los tres subtipos de SII). La diferencia en la frecuencia de

ansiedad entre pacientes con tipo diarrea (51,9%), tipo estreñimiento (40,4%) y alternante (47,8%) no alcanzó significancia estadística ( $p = 0,28$ ).

### Examen físico

Al comparar los subtipos de SII según los puntos de corte para el IMC, se observó que los pacientes con tipo diarrea tendían a presentar mayores porcentajes de sobrepeso (39%) y obesidad (15,2%) que los pacientes con tipo estreñimiento (sobrepeso 31,5%; obesidad 9%), en tanto que los pacientes con SII alternante presentaban el mayor porcentaje de pacientes en rango normal (69,6%). No obstante, estas tendencias no alcanzaron significancia estadística ( $p = 0,054$ ). En la tabla 12 se muestra la distribución de los subtipos de SII de acuerdo a los puntos de corte para el IMC.

**Tabla 12 Índice de masa corporal en los subtipos de SII**

|   | Tipo diarrea | Tipo estreñimiento | Alternante |
|---|--------------|--------------------|------------|
|   | n = 105      | n = 89             | n = 46     |
| Bajo peso (%)   | 2,9          | 1,1                | 0          |
| Normal (%)  | 42,9         | 58,4               | 69,6       |
| Sobrepeso (%)   | 39           | 31,5               | 26,6       |
| Obesidad (%)  | 15,2         | 9                  | 4,3        |
| p = 0,054 para la comparación de los tres subtipos de SII |              |                    |            |

La tabla 13 muestra la comparación por subtipos según la clasificación de la tensión arterial de los pacientes sin antecedente de hipertensión arterial. Los pacientes con SII alternante presentaron el mayor porcentaje de hipertensión (15,8%), con prehipertensión en un 71.6% en el tipo diarrea

**Tabla 13. Clasificación de tensión arterial en los subtipos de SII.**

|   | Tipo diarrea | Tipo estreñimiento | Alternante |
|---|--------------|--------------------|------------|
|   | n = 88       | n = 82             | n = 38     |
| Normal (%)  | 25           | 24,4               | 13,2       |
| Prehipertensión (%)   | 71,6         | 67                 | 71         |
| Hipertensión estadio 1 (%)                                  | 2,3          | 8,5                | 15,8       |
| Hipertensión estadio 2 (%)                                  | 1,1          | 0                  | 0          |
| p = 0,04 para la comparación entre los tres subtipos de SII |              |                    |            |

El examen abdominal fue anormal en 35,8% de los pacientes con SII tipo diarrea, 40,4% en tipo estreñimiento y 43,5% en alternante, sin diferencia estadísticamente significativa entre los subtipos ( $p = 0,63$ ). El hallazgo anormal tampoco fue diferente entre los subtipos ( $p = 0,48$ ), siendo dolor en 76,3%, 86,1% y 75% de los pacientes con tipo diarrea, tipo estreñimiento y alternante, respectivamente.

#### **Estudios diagnósticos:**

De los 241 pacientes con SII, 154 (51%) fueron estudiados con imágenes diagnósticas, teniendo reportes normales en un 59% (91) de los pacientes y anormales en un 41% (63) de los pacientes, entre los resultados anormales tenemos diverticulosis en un 23.8% (15), colitis ulcerativa un 3% (2) y pólipos en un 1.5% (1). Del total de éstos 123 (51%) fueron estudiados por medio de colonoscopia. La mediana de la edad de estos pacientes fue de 42 años (RIC 35-52), sin diferencia significativa con respecto a los que no fueron estudiados (mediana de 45 años, RIC 37-55;  $p=0,089$ ). No se encontró diferencia estadística en el porcentaje de pacientes estudiados con colonoscopia entre mujeres y hombres (50% vs 54,7%;  $p=0,54$ ). El estudio mediante colonoscopia fue significativamente menos frecuente en los pacientes del HUS que en los de

Saludcoop (29,4% vs 54,6%;  $p=0,006$ ). No hubo diferencia en la frecuencia de realización de colonoscopia entre los subtipos de SII (53,8% en tipo diarrea, 51,7% en tipo estreñimiento, 43,5% en alternante;  $p = 0,50$ ). La tabla 14 resume los hallazgos reportados en las colonoscopias. No se hallaron diferencias en los resultados entre géneros ( $p = 0,066$ ), entre sitios de inclusión ( $p = 0,99$ ), ni entre subtipos ( $p = 0,16$ ).

**Tabla 14. Hallazgos de las colonoscopias.**

|                              | n = 123 |
|------------------------------|---------|
| Normal (%)                   | 61      |
| Hemorroides (%)              | 21,9    |
| Enfermedad diverticular (%)  | 10,6    |
| Colitis (severa/crónica) (%) | 1,6     |
| Dolisigmoides (%)            | 1,6     |
| Dolicocolon (%)              | 1,6     |
| Polipos (%)                  | 0,8     |
| Colon espástico (%)          | 0,8     |

Solo 3 pacientes (1,2%) fueron estudiados mediante rectosigmoidoscopia, 2 mujeres (1,1%) y 1 hombre (1,9%;  $p = 0,63$ ). Dos de estos pacientes presentaban SII tipo estreñimiento (2,2%) y el otro tipo diarrea (0,9%;  $p = 0,50$ ). Uno de los estudios se realizó en el HUS y los otros 2 en Saludcoop. Uno de los estudios evidenció microulceras amebianas, otro mostró hemorroides y restante fue reportado como normal.

Fueron estudiados con colon por enema 28 pacientes (11,6%). De éstos, 23 mujeres (12,2%) y 5 hombres (9,4%), diferencia que no alcanzó significancia

estadística ( $p = 0,57$ ). La mediana de edad de los pacientes estudiados mediante colon por enema (49,5 años, RIC 41,5-56) fue significativamente mayor ( $p = 0,037$ ) que la de los no estudiados (43 años, RIC 35-53). No hubo diferencia ( $p = 0,98$ ) en el porcentaje de pacientes estudiados mediante colon por enema en el HUS (11,7%) y en Saludcoop (11,6%). Tampoco se halló diferencia en la realización del estudio de acuerdo a los subtipos de SII (8,5% en tipo diarrea, 14,6% en tipo estreñimiento, 13% en alternante;  $p = 0,39$ ). La tabla 15 muestra los hallazgos reportados. No se hallaron diferencias en los resultados entre géneros ( $p = 0,79$ ), entre sitios de inclusión ( $p = 0,62$ ), ni entre subtipos ( $p = 0,88$ ).

**Tabla 15. Hallazgos de los estudios de colon por enema.**

|                                 | n = 28 |
|---------------------------------|--------|
| Normal (%)                      | 57,1   |
| Dolicocolon (%)                 | 14,3   |
| Dolicosigmoides (%)             | 14,3   |
| Divertículos (%)                | 7,1    |
| Hipersegmentación del colon (%) | 3,6    |
| Reducción del lumen (%)         | 3,6    |

## 6. DISCUSION

En el presente estudio se condujo un trabajo prospectivo en donde se quiso evaluar la prevalencia del SII, en pacientes que asistieron a la consulta externa de gastroenterología, encontrándose un 6.7%, cifra por debajo de la prevalencia mundial (28%) (3), y de la encontrada en los pocos estudios en Colombia (14%) (3,40). En estos casos juega un papel importante la cobertura en salud, así como los factores socioculturales, pudiéndose pensar que los pacientes tienen poca oportunidad o no se preocupan de acudir a consulta con especialista, quedándose en los primeros niveles de atención sin poder recibir una evaluación más adecuada para su patología, además éste estudio se llevó a cabo en instituciones de salud de tercer nivel, a donde remiten pacientes con patologías complicadas de difícil manejo, quedándose el resto de pacientes en otros niveles de atención, también es importante tener en cuenta las diferencias entre los encuestadores que, aunque entrenados previamente y utilizando el mismo cuestionario para SII, tienen un componente de variabilidad interobservador e intersujeto, ante el grado inevitable de subjetividad que representan los criterios. En cuanto a las características sociodemográficas, encontramos en su mayoría pacientes de edad media, con un rango intercuartil entre 36-53 años, con mayor porcentaje de mujeres, similar a las estadísticas mundiales (3,40). Es importante describir que la mayoría de los pacientes analizados en el estudio eran solteros, con diferencia en las dos instituciones incluidas, con un mayor porcentaje de solteros en Saludcoop y de unión libre en el HUS, en contraste con lo hallado a nivel mundial en donde el ser casado constituye el estado civil más frecuente en los pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable (41), también se observó que en general los pacientes habían completado estudios de secundaria, con mayor

porcentaje en Saludcoop, y de primaria en el HUS , difiriendo de lo encontrado en la literatura en donde existe mayor prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con bajo nivel educativo (41).

En cuanto a los antecedentes patológicos, se encontró pacientes en su gran mayoría sanos sólo un 13.3% hipertensos y 5.4% diabéticos, llamando la atención un 3.3% con tabaquismo, contrario a lo hallado en la literatura (6), según la cual el ser fumador puede estar asociado con el síndrome de intestino irritable en mayor porcentaje. Los pacientes con síndrome de intestino irritable tienen alto porcentaje de intervenciones quirúrgicas antes de establecerse el diagnóstico adecuado, entre las principales tenemos la histerectomía seguida de la colecistectomía, estando en concordancia con lo hallado en nuestro estudio en donde la histerectomía ocupa el primer lugar dentro de los antecedentes quirúrgicos de los pacientes evaluados.

En cuanto a las manifestaciones extracolónicas, aunque difieren en prevalencia en los diferentes estudios, encontramos en el nuestro que la más frecuente es la dispepsia, seguida de cefalea y dolor lumbar teniendo éste mayor porcentaje entre los hombres, además se observó diferencias significativas entre las dos instituciones evaluadas, con predominio de éstas manifestaciones en los pacientes del HUS, por lo cual es importante tenerlas en cuenta durante la evaluación integral del paciente con sintomatología gastrointestinal.

En el examen físico, encontramos pacientes con un adecuado índice de masa corporal, con sólo un 10.8% de obesidad, tensión arterial dentro de la normalidad , sólo un 7.2 % de hipertensos y 39% de los casos con alteración en el examen abdominal, siendo el hallazgo más frecuente el dolor a la palpación durante el examen médico seguido de la distensión. En relación a los subtipos del síndrome de intestino irritable, en nuestro estudio encontramos una mayor presencia de

diarrea, seguida de estreñimiento y un mínimo porcentaje de subtipo alternante, que difiere de la literatura mundial en donde prevalece éste último (42), pero sin hallar diferencias en cuanto a género, en donde el estreñimiento es más frecuente en mujeres y la diarrea en hombres.

Al aplicar las escalas de Zung para ansiedad y depresión, encontramos un 41,5% de pacientes con depresión y 46.5% con ansiedad, siendo más frecuente la depresión entre mujeres y la ansiedad entre los hombres, además de ser más frecuente el estreñimiento en los pacientes con depresión y la diarrea en los paciente con ansiedad, sin diferencias en cuanto a los hallazgos a nivel mundial, aunque debemos tener presente que en la literatura encontrada utilizaron otras escalas para evaluar éstos parámetros, como los criterios diagnósticos del DSM IV, Beck Depression Inventory (BDI) y el Beck Anxiety Inventory (BDI), siendo importante resaltar que a pesar de esto, se encontraron resultados similares. Es importante resaltar que se utilizaron las escalas de Zung para ansiedad y depresión en éste estudio por ser escalas autoaplicables, fáciles de diligenciar, no es necesario comprar los formatos ( no están sujetas a derechos de autor) y es la más conocida en nuestro país.

Un 59% de los pacientes fueron estudiados con imágenes diagnósticas, 51% con colonoscopia de los cuales 61% fueron normales, seguida por hemorroides, enfermedad diverticular y colitis pero en mínimo porcentaje, se realizó rectosigmoidoscopia en el 1.2% de los pacientes y el 11.6% con colon por enema con hallazgo normal en el 57.1% de los casos, llamando la atención que estos estudios se llevaron a cabo en su mayoría en pacientes menores de 45 años y sin síntomas de riesgo.

Finalmente, se encontró que de los 84 pacientes del HUS diagnosticados con SII, sólo 34 pacientes (40%) se pudieron incluir en el estudio por cumplir los criterios de ROMA III y en SALUDCOOP de 235 pacientes sólo 207 (88%) se incluyeron

en el estudio, llamando la atención que en el HUS, en menos de la mitad de los pacientes se aplicaron los criterios diagnósticos, por lo cual es necesario reforzar en los médicos en formación la aplicación éstos criterios para guiar los estudios diagnósticos y tratamiento de los pacientes.

## CONCLUSIONES

La prevalencia general del síndrome de intestino irritable según nuestro estudio fue del 6.7% , menor de lo encontrado en la literatura mundial (28%).

En nuestro medio el síndrome de intestino irritable se caracteriza por presentarse en pacientes de edad media entre 36-53 años, en su mayoría mujeres, solteros y de estrato socioeconómico 2 y 3, completando estudios de secundaria, sanos sin factores de riesgo cardiovascular.

Entre las manifestaciones extracolónicas la dispepsia fue la más frecuente, seguida de cefalea y dolor lumbar, observándose ésta en mayor porcentaje entre los hombres por lo cual es importante en los pacientes diagnosticados con SII identificarlas para realizar un manejo integral de la patología.

Se encontró en nuestro estudio una mayor prevalencia del síndrome de intestino irritable subtipo diarrea, seguido de estreñimiento y en menor proporción el alternante.

Debido a la coexistencia entre un 40-50% de ansiedad y/o depresión en los pacientes diagnosticados con SII, es importante evaluar éstas características durante la consulta, para incluir la ayuda psiquiátrica o psicológica, como parte del manejo del paciente.

Es importante insistir en la correcta utilización de los criterios de ROMA III para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable, por parte del personal médico, con el fin de guiar la correcta utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos.

Para evaluar la verdadera prevalencia del síndrome de intestino irritable en nuestro medio, sería recomendable la realización de estudios en el primer nivel de atención, para evaluar la aplicación de los criterios de Roma III, ya que es en ésta instancia el primer contacto del paciente en la aproximación diagnóstica de ésta patología.

Se pensó al iniciar el estudio que la prevalencia sería elevada, pero encontramos lo contrario y esto se puede explicar por la ligereza médica de sobrediagnosticar los pacientes que aquejan de distensión, meteorismo e incluso dispepsia como síndrome de intestino irritable sin cumplir realmente los criterios de Roma III.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fisher R, Brenda, Horwitz. The irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2001; 344: 24.
2. Otero W. Síndrome de intestino irritable: Diagnóstico y tratamiento. Revisión concisa. *Rev. Gastroenterol. Perú*, 2005; 25: 189-197.
3. Otero W, Gómez M. Síndrome de intestino irritable. *Rev. Col. Gastroenterol.* 2005 ; 20: 72-83.
4. Jalwalla J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000; 133: 136-147.
5. Nicholl B, Halder S, Thompson D. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome- Results of a large prospective population-based study. *PAIN* 2007; 137: 147-155
6. Han S, Lee Y, Chang Y, Yang S. Prevalence of irritable bowel syndrome in Korea: population-based survey using the Rome II criteria. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2006; 21:(11): 1687-1692.
7. Kovacs Z, Kovacs F. Depressive and anxiety symptoms, coping strategies in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Psychiatria Hungria* 2007; 22(3): 212-21.
8. Houghton L, Lea R, Agrawal A, Reilly B, Whorwell PJ .Relationship of abdominal bloating to distention in irritable bowel syndrome and effect of bowel habit. *Gastroenterology* 2006 ;131(4):1003-1010.
9. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006;130:1377–1390.

10. Talley N. Environmental vs genetic risk factors for irritable bowel syndrome: Clinical and therapeutic implications. *Reviews in Gastroenterological Disorders* 2005; 5:82-88.
11. Guthrie E, Rubinson A. Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64(2): 129-38.
12. Wilson, Roberts L. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey . *British Journal of General Practice* 2004; 54(504): 490-1.
13. Browning SM. American College of Gastroenterology Functional Gastrointestinal Disorders Task Force. Evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:S1–S5.
14. Karling P, Norrback Kf, Adolfsson R. Gastrointestinal symptoms are associated with hypothalamic-pituitary-adrenal axis suppression in healthy individuals. *Journal of Gastroenterology* 2007 ; 42 (11): 1294-301.
15. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108–2131.
16. Mertz H. Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 319: 2136-46.
17. Pederson. Irritable bowel syndrome: a co twin control analysis . *The American Journal of Gastroenterology* 2007; 102 (10): 2220 -2229 .
18. Hasler. Irritable bowel syndrome and bloating. *Clinical Gastroenterology* 2007; 21 (4): 689-707.
19. Folks D. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Current Psychiatry reports* 2004 ; 6(3): 210-5.
20. Filippo C. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. *Gastroenterology Clinics of North America* 2005; 34: 189-204.

21. Karling P. No difference in symptoms of irritable bowel syndrome between healthy subjects and patients with recurrent depression in remission. *Neurogastroenterology and motility* 2007; 19 (11): 896-904.
22. Bamias G. Physiology in Medicine, New concepts in the pathophysiology of inflammatory bowel disease. *Ann Intern Med* 2005; 143: 895-904.
23. Spiller R, Aziz Q. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007; 56 : 1770-1798
24. Alice S. Infectious causation of chronic disease: examining the relationship between giardia lamblia infection and irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*. 2007 ; 14; 13(34): 4574-4578.
25. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:S7–S26.
26. Locke GR III. Natural history of irritable bowel syndrome and durability of the diagnosis. *Rev Gastroenterol Dis*. 2003;3:S12–S17.
27. Barbara G, De Giorgio R, Stanghellini V, Cremon C, Salvioli B, Corinaldesi R. New pathophysiological mechanisms in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1–9.
28. Dunlop SP, Jenkins D, Neal KR, Spiller RC. Relative importance of enterochromaffin cell hyperplasia, anxiety, and depression in postinfectious IBS. *Gastroenterology* 2003;125:1651–1659.
29. Glia A, Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:1083–1089.
30. El Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1171–1185.
31. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther*. 2002;24:675–689.

32. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. 2000;119:654–660.
33. Mach T. The brain-gut axis in irritable bowel syndrome—clinical aspects. *Med Sci Monit*. 2004;10:RA125–RA131.
34. Martin R, Barron JJ, Zacker C. Irritable bowel syndrome: toward a cost-effective management approach. *Am J Manag Care*. 2001; 7:S268–S275.
35. Zanten SV. Diagnosing irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Dis*. 2003;3:S12–S17.
36. Talley NJ. When to conduct testing in patients with suspected irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Disord*. 2003;3:S18–S24.
37. Adeniji OA, Barnett CB, Di Palma JA. Durability of the diagnosis of irritable bowel syndrome based on clinical criteria. *Dig Dis Sci*. 2004;49:572–574.
38. De la Ossa S, Martínez Y. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colomb Med*. 2009; 40: 71-77.
39. Campo A, Díaz L. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 1: 54-65.
40. Gómez D, Rojas L. Síndrome de intestino Irritable: una perspectiva actualizada. *Medunab*. 2008; 11:50-60.
41. Khoshkrood-Mansoori B. Irritable bowel síndrome: a population based study. *J. gastrointestin liver Dis*. 2009; 4: 413-418.
42. Miwa H. Prevalence of irritable bowel syndrome in Japan: Internet survey using Rome III criteria. *Patient preference and adherence*. 2008: 143-147.

# **ANEXOS**

## ANEXO A FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMATO N. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER , SALUDCOOP EPS , ENTRE MARZO 2008 Y JUNIO 2009**

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION

1. NOMBRE : \_\_\_\_\_
2. EDAD : \_\_\_\_\_ AÑOS
3. IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_
4. GENERO : H \_\_\_ (1) M \_\_\_ (0)
5. NATURAL : \_\_\_\_\_
6. PROCEDENCIA : \_\_\_\_\_
7. ESTADO-CIVIL: SOLTERO \_\_\_ (0) CASADO \_\_\_ (1) UNION LIBRE \_\_\_ (3) VIUDO \_\_\_ (4) SEPARADO \_\_\_ (5)
8. ESCOLARIDAD : NINGUNO \_\_\_ (0) LEE Y ESCRIBE \_\_\_ (1) PRIMARIA \_\_\_ (2) SECUNDARIA \_\_\_ (3) PROFESIONAL \_\_\_ (4)
9. PROFESION: \_\_\_\_\_ 10.
- ESTRATO SOCIOECONOMICO : 1(1) \_\_\_ 2(2) \_\_\_ 3(3) \_\_\_ 4(4) \_\_\_ 5(5) \_\_\_ 6(6) \_\_\_
11. EPS \_\_\_\_\_
12. DIRECCION : \_\_\_\_\_
13. TELEFONO : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

1. Patológicos:
  - a- Hipertensión arterial: SI (1) \_\_\_ NO (0) \_\_\_
  - b- Diabetes mellitus: SI (1) \_\_\_ NO (0) \_\_\_
  - c- Hemorragia de vías digestivas: SI (1) \_\_\_ NO (0) \_\_\_
  - d- Cáncer de Colon: SI (1) \_\_\_ NO (0) \_\_\_
2. Quirúrgicos:
  - a. Cirugía abdominal : SI (1) \_\_\_ NO (0) \_\_\_
  - b. Otras : Cuál \_\_\_\_\_
3. Psiquiátricos: SI (1) \_\_\_ NO (0) \_\_\_

4. Radioterapia y/o quimioterapia: SI (1)\_\_\_NO(0)\_\_\_  
 5. Farmacológicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 6. Toxicológicos:  
 a- Fumador: SI (1)\_\_\_NO(0)\_\_\_  
 7. Grupo sanguíneo:\_\_\_\_\_

### CRITERIOS ROMA III

1. Dolor abdominal recurrente o disconfort al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses SI\_\_(1) NO\_\_(0)  
 con 2 o más de las siguientes características:  
 a. Mejoría con la defecación :  
 SI\_\_(1) NO\_\_(0)  
 b. Inicio asociado con cambios en la frecuencia de las deposiciones :  
 SI\_\_(1) NO\_\_(0)  
 c. Inicio asociado con cambios en la forma o apariencia de deposiciones :  
 SI\_\_(1) NO\_\_(0)

### CLASIFICACION EN SUBTIPOS

1. Menos de 3 deposiciones por semana : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 2. Más de 3 deposiciones por día : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 3. Deposiciones duras o en bolas : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 4. Deposiciones blandas o líquidas : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 5. Esfuerzo excesivo durante la defecación : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 6. Urgencia defecatoria : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 7. Sensación de evacuación incompleta : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 8. Presencia de moco durante las deposiciones : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 9. Sensación de malestar o distensión abdominal : SI\_\_(1) NO\_\_(0)

### SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMAS

1. Inicio de los síntomas (dolor abdominal) mayor de 50 años : SI\_\_(1) NO\_\_(0)  
 2. Pérdida de peso >10kg en un mes : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 3. Presencia de sangre en heces: SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 4. Historia familiar de cáncer colorrectal: SI\_\_(1)NO\_\_(0) DESCONOCE\_\_(2)  
 5. Síntomas (dolor abdominal y/o diarrea)nocturnos: SI\_\_(1)NO\_\_(0)

### MANIFESTACIONES EXTRACOLONICAS:

1. Dispepsia ( dolor o malestar abdomen superior) : SI\_\_(1)NO\_\_(0)  
 2. Pirosis ( ardor en el pecho): SI\_\_(1)NO\_\_(0)

- |   |                  |
|---|------------------|
| 3. Regurgitación (agrieras) :                     | SI__ (1)NO__ (0) |
| 4. Mialgias ( dolor muscular):                    | SI__ (1)NO__ (0) |
| 5. Alteraciones del sueño (no poder dormir bien): | SI__ (1)NO__ (0) |
| 6. Dolor lumbar (lumbago):                        | SI__ (1)NO__ (0) |
| 7. Cefalea ( dolor de cabeza) :                   | SI__ (1)NO__ (0) |
| 8. Fatiga crónica ( cansancio):                   | SI__ (1)NO__ (0) |

**EXAMEN FISICO :**

PESO: \_\_\_\_kg TALLA \_\_\_\_cms IM \_\_\_\_ TA \_\_\_\_mmHg FC \_\_\_\_xminuto  
 Examen abdominal: Normal \_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

**IMAGEN DIAGNOSTICA:** Colonoscopia \_\_Recto \_\_Colon por enema \_\_  
 Reporte \_\_\_\_\_

**ESCALA DE ZUNG DEPRESION**

Le rogamos contestar a cada una de las veinte preguntas marcando la respuesta que considere **es la correcta para usted DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (15 DÍAS)**.

| PREGUNTAS   | NUNCA | A<br>VECES | MUCHAS<br>VECES | SIEMPRE |
|---|-------|------------|-----------------|---------|
| 1. ¿Se siente triste y deprimido?                   |       |            |                 |         |
| 2. ¿Se siente mejor en las mañanas?                 |       |            |                 |         |
| 3. ¿Ha tenido ganas de llorar o ha llorado?         |       |            |                 |         |
| 4. ¿Ha dormido mal, se despierta temprano?          |       |            |                 |         |
| 5. ¿Está comiendo como siempre?                     |       |            |                 |         |
| 6. ¿Ha notado que ha perdido peso?                  |       |            |                 |         |
| 7. ¿Ha tenido estreñimiento, constipación?          |       |            |                 |         |
| 8. ¿Ha tenido palpitaciones?                        |       |            |                 |         |
| 9. ¿Se ha sentido cansado sin razón aparente?       |       |            |                 |         |
| 10. ¿Ha tenido su mente tan despejada como siempre? |       |            |                 |         |
| 11. ¿Se le hace fácil hacer las cosas como antes?   |       |            |                 |         |
| 12. ¿Se ha sentido inquieto, intranquilo?           |       |            |                 |         |
| 13. ¿Se ha sentido más irritable que de costumbre?  |       |            |                 |         |
| 14. ¿Le ha sido fácil tomar decisiones?             |       |            |                 |         |
| 15. ¿Se ha sentido útil y necesario?                |       |            |                 |         |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 16. ¿Ha disfrutado con sus actividades cotidianas?  |  |  |  |  |
| 17. ¿Disfruta de la compañía de un hombre/mujer?    |  |  |  |  |
| 18. ¿Tiene confianza en el futuro?                  |  |  |  |  |
| 19. ¿Encuentra agradable vivir?                     |  |  |  |  |
| 20. ¿Cree que los demás descansarían con su muerte? |  |  |  |  |

PUNTAJE:

NO DEPRESION <50 PUNTOS

DEPRESION ≥50 PUNTOS

## ESCALAS ZUNG ANSIEDAD

Le rogamos contestar a cada una de las veinte preguntas marcando la respuesta que considere **es la correcta para usted DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA (SIETE DÍAS)**.

| PREGUNTAS  | NUNCA | A<br>VECES | MUCHAS<br>VECES | SIEMPRE |
|--|-------|------------|-----------------|---------|
| 1. ¿Me siento más ansioso y nervioso de lo normal?                 |       |            |                 |         |
| 2. ¿Siento miedo sin ver razón para ello?                          |       |            |                 |         |
| 3. ¿Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor?        |       |            |                 |         |
| 4. ¿Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar?         |       |            |                 |         |
| 5. ¿Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder?        |       |            |                 |         |
| 6. ¿Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan?   |       |            |                 |         |
| 7. ¿Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda? |       |            |                 |         |
| 8. ¿Me siento débil y me canso con facilidad?                      |       |            |                 |         |
| 9. ¿Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente?     |       |            |                 |         |
| 10. ¿Siento que mi corazón late con rapidez?                       |       |            |                 |         |
| 11. ¿Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento?        |       |            |                 |         |
| 12. ¿Tengo períodos de desmayo o algo así?                         |       |            |                 |         |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 13. ¿Puedo respirar bien, con facilidad?                                     |  |  |  |  |
| 14. ¿Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies? |  |  |  |  |
| 15. ¿Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones?          |  |  |  |  |
| 16. ¿Tengo que orinar con mucha frecuencia?                                  |  |  |  |  |
| 17. ¿Mis manos las siento secas y cálidas?                                   |  |  |  |  |
| 18. ¿Siento que mi cara enrojece y me ruborizo?                              |  |  |  |  |
| 19. ¿Puedo dormir con facilidad y descansar bien?                            |  |  |  |  |
| 20. ¿Tengo pesadillas?   |  |  |  |  |

PUNTAJE  
NORMAL  
ANSIEDAD

<50 PUNTOS  
≥50 PUNTOS