



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**

TITULO:

***“PREVALENCIA DEL SINDROME DE COLON IRRITABLE EN LA POBLACION DE 20
A 50 AÑOS DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF 33”***

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DR. URIBE MIRANDA JUAN LUIS
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO DE LA UMF No 33**

AGOSTO DEL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
ASESOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO DE LA UMF No 33

DRA ENRIQUEZ NERI MONICA

**PROFESORA TITUAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO**

DRA. MORELOS CERVANTES MARIA DEL CARMEN

**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO**

DRA. SANCHÉZ CORONA MONICA

**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO**

**DR. URIBE MIRANDA JUAN LUIS
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

*"En este lugar perdemos demasiado tiempo mirando hacia atrás.
Camina hacia el futuro, abriendo nuevas puertas y probando
cosas nuevas, se curioso...porque nuestra curiosidad siempre
nos conduce por nuevos caminos"*

INDICE

Resumen.	. . . . .	. 6
Introducción.	. . . . .	. 7
Antecedentes.	. . . . .	. 8
Material y métodos.	. . . . .	. 15
Resultados.	. . . . .	. 16
Discusión.	. . . . .	. 37
Conclusiones.	. . . . .	. 37
Anexos.	. . . . .	. 38
Bibliografía.	. . . . .	. 43

RESUMEN

Uribe JL, Morelos-Cervantes MC. Prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años del turno matutino de la UMF 33.México (D. F): IMSS; 2010.

Introducción: El síndrome de colon irritable (SCI) se caracteriza por síntomas gastrointestinales recurrentes como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas. El SCI es un diagnóstico común en la práctica clínica, representa 12% de todos los diagnósticos de la consulta de atención primaria y 25 a 50% de las consultas en los servicios de gastroenterología. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años del turno matutino de la UMF 33. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo, muestreo no probabilístico por conveniencia, en pacientes de 20 a 50 años derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta externa de la UMF 33 de ambos sexos del turno matutino, previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario para recabar información sobre características sociodemográficas, posteriormente se aplicó la guía de práctica clínica sobre el SCI de la Asociación Española de Gastroenterología adaptado a los criterios de Roma II. **Resultados.** Se aplicaron 347 encuestas, se encontró que la prevalencia del síndrome de colon irritable en la población en estudio fue de 62%, con mayor prevalencia en mujeres (81%) y subtipo con mayor frecuencia fue con predominio de diarrea (55%). **Conclusiones:** La prevalencia del SCI en la población es alta, justifica continuar implementando criterios diagnósticos y establecer un diagnóstico oportuno e instaurar la terapéutica adecuada.

PALABRAS CLAVE: prevalencia, síndrome de colon irritable, criterios de Roma II

INTRODUCCION

El síndrome de colon irritable (SCI) es una afección esencialmente funcional con alteraciones en la motilidad del órgano y la sensibilidad visceral. Estas alteraciones explican la mayoría de los síntomas que se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas. (1)

Aunque el síndrome de colon irritable es reconocido ampliamente como uno de los trastornos gastrointestinales más comúnmente encontrados, no se dispone de datos confiables acerca de su prevalencia debido a que este trastorno no es documentado, y no se refleja en las estadísticas hospitalarias porque raramente requiere la internación del paciente. El síndrome de colon irritable se ubica paralelamente al resfriado común como causa principal de ausentismo laboral; es la causa más frecuente de derivaciones de pacientes a especialistas gastroenterólogos y representa un 20 a 50 % de estas derivaciones. (2)

El síndrome de colon irritable ocurre con frecuencia en individuos que viven en ciudades industrializadas o en zonas urbanas, sobre todo en mujeres jóvenes, aunque también lo padece uno de cada seis sujetos mayores de 65 años. A pesar que su frecuencia es común en la población general, sólo entre 30 a 50% de quienes tienen sintomatología compatible con el síndrome de colon irritable buscan atención médica. (3)

Por ello la motivación del siguiente trabajo de conocer la prevalencia de SCI, planteándose como objetivo determinar la prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años del turno matutino de la UMF no 33.

ANTECEDENTES

El síndrome de colon irritable (SCI) es una afección esencialmente funcional con alteraciones en la motilidad del órgano y la sensibilidad visceral. Estas alteraciones explican la mayoría de los síntomas. Este padecimiento ya se le tenía en cuenta desde el año 1820; aunque no con su denominación actual. En 1928, Henry Bockus, considerado como el padre de la Gastroenterología moderna, la denomina “colitis mucosa neurogénica”. Un año después Jordan y Keifer utilizan por primera vez el término “colon irritable”. En 1962 se recomienda se le denomine “Síndrome de Colon Irritable”, siendo DeLor en 1966 quien usa por primera vez su denominación actual. En 1978 se llevó a cabo una encuesta con 301 sujetos aparentemente sanos; Heaton y Thompson descubrieron que 5% de los encuestados describió una sintomatología parecida al síndrome de intestino irritable, lo que refleja la prevalencia en forma subclínica de esta entidad nosológica. (1, 2)

Como definición tenemos que, el síndrome de colon irritable se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas. (3)

Hasta hace poco tiempo la mayoría de los médicos no consideraba al colon irritable una enfermedad como tal; la contemplaban simplemente como una manifestación somática del estrés psicológico. Con el acceso a mejores técnicas para estudiar la motilidad gastrointestinal y del colon así como las funciones sensitivas viscerales, junto con el desarrollo de nuevos conceptos sobre la importancia del cerebro en la regulación de la función intestinal, se han realizado importantes progresos para comprender mejor la patogenia de esta enfermedad. A partir de estos avances se obtendrán mejores técnicas terapéuticas. (4)

Aunque el síndrome de colon irritable es reconocido ampliamente como uno de los trastornos gastrointestinales más comúnmente encontrados, no se dispone de datos confiables acerca de su prevalencia debido a que este trastorno no es documentado, no es fatal y no se refleja en las estadísticas hospitalarias porque raramente requiere la internación del paciente. El síndrome de colon irritable se ubica paralelamente al resfriado común como causa principal de ausentismo laboral; es la causa más frecuente de derivaciones de pacientes a especialistas gastroenterólogos y representa un 20 a 50 % de estas derivaciones. (5)

Tanto en Estados Unidos como en Europa, China y Japón, el síndrome de colon irritable afecta entre 14 y 24% de las mujeres y 15 a 19% de los hombres. En la mitad de los pacientes con síndrome de colon irritable, los síntomas inician entre los 30 y 50 años de edad, pero se reconoce también que en un número de pacientes los síntomas comienzan desde la infancia. La aparición de los síntomas después de los 50 años es rara. El síndrome de colon irritable ocurre con frecuencia en individuos que viven en ciudades industrializadas o en zonas urbanas, sobre todo en mujeres jóvenes, aunque también lo padece uno de cada seis sujetos mayores de 65 años. A pesar que su frecuencia es común en la población general, sólo entre 30 a 50% de quienes tienen sintomatología compatible con el síndrome de colon irritable buscan atención médica. (6, 7,16)

La presencia, gravedad y frecuencia del dolor abdominal, así como factores psicológicos, ansiedad por los síntomas estrés o eventos traumáticos, cancerofobia, incapacidad en actividades diarias y la orientación cultural, son factores determinantes en la decisión de buscar atención médica. La ansiedad y depresión, se han reportado con una frecuencia del 40 al 94% entre los pacientes con síndrome de colon irritable, y si bien dichos factores psicológicos son comunes en estos pacientes, hasta el momento se han relacionado con la decisión de buscar atención médica por los sujetos que padecen este trastorno, pero poco se sabe respecto al impacto sobre el número de visitas al médico. (8)

La gran mayoría de los estudios, incluyendo los realizados en México demuestran una mayor prevalencia de síndrome de colon irritable en el género femenino, sin importar los criterios diagnósticos utilizados. Con relación a la edad, la mayor parte de los estudios demuestran que el síndrome de colon irritable afecta predominantemente a adultos jóvenes. La prevalencia en ancianos es inferior a la de la población general. (6, 9)

La manifestación principal del síndrome de colon irritable es dolor y/o malestar abdominal crónico, asociado a alteraciones en el hábito intestinal tales como estreñimiento y/o diarrea y a otros síntomas gastrointestinales como distensión abdominal y sensación de inflamación (96%), evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo. La mayor parte de los pacientes con síndrome de colon irritable refieren una alteración de sus hábitos intestinales de aparición en la adolescencia o en la edad adulta. Solamente una pequeña cantidad de pacientes refieren una irregularidad intestinal toda la vida, el cual, en la mayoría de los casos consiste en periodos alternados de constipación y de diarrea, con predominio de uno de estos dos síntomas. La frecuencia y la naturaleza de cada síntoma es muy variable en cada caso individual pero es considerablemente constante en un paciente dado. La percepción del carácter progresivo de este trastorno puede reflejar el hecho de que muchos de estos pacientes consultan al médico solamente cuando los síntomas se vuelven francamente molestos. Además existen síntomas gastrointestinales que pueden asociarse al síndrome de colon irritable como son: cefalea (25-45%), dolor de espalda (27-81%), fatiga (36-63%), mialgias (29-36%), dispareunia (9-42%), frecuencia urinaria (21-16%) y mareo (11-27%). En relación con el aspecto psicógeno, existe extensa información en la literatura acerca de la asociación entre los síntomas colónicos y las alteraciones psicosociales. De acuerdo con los estudios realizados hasta el momento, los factores psicosociales, más que intervenir en la fisiopatología del padecimiento, participan en la exacerbación o en la persistencia de los síntomas. A pesar de esto, los eventos estresantes de la vida cotidiana se han implicado en el inicio y evolución del cuadro clínico. El estrés y otros factores psicosociales se encuentran presentes en un número considerable de casos. Las observaciones clínicas de los pacientes y de los médicos tratantes indican que los trastornos psicológicos preceden a la exacerbación de los síntomas gastrointestinales. Los niveles elevados de estrés emocional y físico se pueden acompañar de cefalea, mialgias y de otros trastornos relacionados con el estrés. (5, 9,10)

El diagnóstico de síndrome de colon irritable se considera un diagnóstico “positivo” y no de exclusión, lo que significa que se basa en la presencia de síntomas característicos o criterios. Esta tarea no siempre es fácil y debe resistirse la tentación de utilizar el diagnóstico de síndrome de colon irritable como una posibilidad de categorizar un cuadro de diagnóstico dudoso. Dado que no existen biomarcadores en el síndrome de colon irritable se han diseñado a través de los años, criterios clínicos basados en estos síntomas; se han propuesto varios criterios para el diagnóstico del síndrome de colon irritable, pero los más aceptados son los de Manning y los de Roma. (1, 10, 16)

Los criterios de Manning (tabla 1) fueron establecidos en 1978 por Manning y sus colaboradores; estos criterios tienen una sensibilidad de 58 a 81% y una especificidad de 67 a 87%. En 1989, en base a los criterios de Manning, un grupo internacional de expertos estableció los criterios de Roma, que después fueron actualizados en 1999 con el nombre de criterios de Roma II (tabla 2). Los criterios de Roma II tienen un valor predictivo positivo de 100% con una sensibilidad de 65%. Hoy en día los más utilizados son los criterios de Roma II, los cuales están ya validados en nuestra población. Los nuevos criterios de Roma III (tabla 3) han mostrado tener una sensibilidad de 70.7%, una especificidad de 87.8%, y un valor predictivo positivo cercano al 100%, y se encuentran en proceso de traducción y validación en nuestra población. Los criterios completos deben estar presentes por lo menos en los últimos tres meses y los síntomas deben iniciar seis meses previos al diagnóstico. (1, 5, 9)

Criterios de Manning Tabla 1

1. Dolor abdominal que mejora con la deposición
2. Deposiciones blandas en relación con el dolor
3. Mayor número de deposiciones en relación con el dolor
4. Distensión abdominal
5. Presencia de moco en las deposiciones
6. Sensación de evacuación incompleta

Fuente: Abdo JM. Síndrome de intestino irritable. Revista mexicana de algología: 19-22

Criterios de la Roma II Tabla 2

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

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

Apoyan el diagnóstico aunque no son imprescindibles:

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

Fuente: González M. El valor diagnóstico de la investigación limitada en pacientes con síndrome de intestino irritable. Rev Gastroenterol Mex 2004; 69:18-23

Criterios de Roma III Tabla 3

Dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses asociado a 2 o más de lo siguiente:

1. Mejoría de los síntomas al evacuar el intestino
 2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones
 3. Inicia asociado con un cambio en la forma (apariencia) de las evacuaciones
- Estos criterios deben cumplirse en los últimos tres meses, con síntomas que iniciaron al menos > 6 meses previos al diagnóstico.

Nota: En la práctica clínica estos criterios son un referente, pero su mayor utilidad es para la realización de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y estudios de mecanismos fisiopatológicos.

Fuente: Remes-Troche JM, Bernal R, Valladares MA, Alonso O, Gómez O, Meléndez D. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. Rev Gastroenterol Mex 2009; 74: 58-62

Los subtipos clínicos del síndrome de colon irritable se establecen con base en la consistencia de las heces o el patrón de evacuaciones, siendo estos de cuatro tipos (Tabla 4). (1, 9)

**Subtipos del Síndrome de Colon Irritable de acuerdo al patrón de las evacuaciones
Tabla 4**

1. SCI con estreñimiento (SCI-E): heces sólidas o en escíbalos en $\geq 25\%$ y heces líquidas o semiformadas en $<25\%$ de los movimientos intestinales.
2. SCI con diarrea (SCI-D): heces líquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ y heces sólidas o en escíbalos en $< 25\%$ de los movimientos intestinales.
3. SCI mixto (SCI-M): heces sólidas o en escíbalos $> 25\%$ y líquidas o semiformadas en $> 25\%$ de los movimientos intestinales.
4. SCI no clasificable: anormalidad insuficiente de la consistencia de las heces para cumplir criterios con SCI-E, SCI-D o SCI-M
 - El término “SCI alternante” (SCI-A) se reserva para esos individuos cuyo hábito intestinal varía en el tiempo, por ejemplo, en algunos momentos se clasifican como SCI-E y en evaluaciones subsecuentes se clasifican como SCI-D y viceversa.

Fuente: Remes-Troche JM, Bernal R, Valladares MA, Alonso O, Gómez O, Meléndez D. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. Rev Gastroenterol Mex 2009; 74: 58-62

Con la finalidad de darle mayor objetividad a la evaluación de la consistencia de las heces, se ha propuesto utilizar la escala de forma de las evacuaciones de Bristol. Esta escala permite que exista un acuerdo entre el paciente y el médico (Tabla 5). De acuerdo con esta escala las formas 1 y 2 sugieren estreñimiento y las formas 6 y 7 diarrea. Un estudio realizado en México, se ha considerado que la población normalmente tiene evacuaciones que tienen la forma 3, 4, y 5. (9)

**Escala de forma de las evacuaciones de Bristol
Tabla 5**



Tipo 1: Escíbalos (evacuaciones en “bolitas” duras y separadas).



Tipo 2: En forma de salchicha nodular o “apelotonada”



Tipo 3: En forma de salchicha gruesa con grietas



Tipo 4: En forma de salchicha delgada, de superficie lisa y blanda



Tipo 5: Blandas, fragmentadas de bordes bien definidos



Tipo 6: Pastosas



Tipo 7: Completamente líquidas

Fuente: Remes-Troche JM, Bernal R, Valladares MA, Alonso O, Gómez O, Meléndez D. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. Rev Gastroenterol Mex 2009; 74: 58-62

Para muchos médicos es importante excluir enfermedades orgánicas, susceptibles de tratamiento específico, que puedan causar síntomas compatibles con el síndrome de colon irritable. Cuando así se decide, el empleo de pruebas diagnósticas debe ser prudente para evitar gastos y molestias

innecesarias en estos enfermos. En varios estudios se han empleado diferentes pruebas diagnósticas con la finalidad de detectar padecimientos orgánicos específicos como trastornos tiroideos, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon y recto, diarrea infecciosa, enfermedad celiaca o intolerancia a la lactosa en pacientes con síntomas de síndrome de colon irritable. Debido a que los síntomas predominantes del síndrome de colon irritable son dolor abdominal y alteración en las evacuaciones, todas aquellas enfermedades que se presenten con síntomas similares se deben excluir razonablemente. Algunas de las más frecuentes a considerar, de acuerdo a los síntomas predominantes son:

- Dolor abdominal y diarrea
 - Enfermedades parasitarias (giardiasis y amibiasis)
 - Intolerancia a carbohidratos (lactosa y fructuosa)
 - Alergias alimentarias
 - Colitis microscópicas
 - Endocrinopatías
 - Enfermedad celiaca
 - Sobre población bacteriana
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Neoplasias colorrectales

- Estreñimiento
 - Neoplasias colorrectales
 - Neoplasias extraintestinales (ginecológicas)
 - Endocrinopatías (hipotiroidismo, neuropatía diabética, Addison)
 - Efectos secundarios de medicamentos (calcio antagonistas, antidepresivos tricíclicos, antiácidos, hierro, antidiarreicos, anticonvulsivantes)
 - Enfermedades neuromusculares (Parkinson, Esclerosis, miopatías) (9, 15)

En las primeras visitas médicas, usualmente es posible establecer el diagnóstico de síndrome de colon irritable. El primer paso, y fundamental para iniciar el tratamiento, es explicar al paciente de forma clara y segura el síndrome que padece, así como tranquilizarle, la presencia de los síntomas característicos de este síndrome suscita una importante preocupación por el miedo a padecer un cáncer. Por consiguiente, para establecer una buena relación médico-paciente es básica que el diagnóstico se establezca con claridad. La forma en que se lleva a cabo la evaluación de estos pacientes y la manera en que se explica a los pacientes su enfermedad puede ejercer una importante influencia sobre la reacción de estos individuos frente a su problema, la cooperación de los pacientes y la relación con el médico, lo cual influirá sobre los resultados del tratamiento. El tratamiento implica un esfuerzo de colaboración ente el paciente y el médico. En México se ha demostrado que la combinación del mensaje positivo con la educación acerca del síndrome de intestino irritable, mejora significativamente de manera aguda, la autopercepción sobre la incapacidad en las actividades diarias, independientemente del grado de educación de los pacientes; además los pacientes con síndrome de colon irritable desean obtener mayor educación sobre su enfermedad de la que reciben, lo cual incluye, alimentos que deben evitar, causas, estrategias, medicamentos, conocer si se trata de una enfermedad de por vida y sobre la existencia de estudios de investigación. (5, 11, 16)

Las opciones para el tratamiento del síndrome de colon irritable implican los manejos farmacológicos (con alta respuesta a los placebos >47%) y manejo no farmacológico, este último particularmente en lo que se refiere a dieta y psicoterapia parecen tener los mejores resultados a largo plazo. Se recomienda un tratamiento integral dirigido a la mejoría global de los síntomas y de la calidad de vida del paciente y con un adecuado perfil de seguridad. (12, 14)

Los tratamientos no farmacológicos para el manejo del síndrome de colon irritable incluyen modificaciones simples en el estilo de vida, como cambios dietéticos, ejercicio y cambios en los hábitos defecatorios pueden ayudar a ciertos pacientes. Las dietas de exclusión son usadas

rutinariamente en algunos pacientes pero requieren de un dietista dedicado y la evidencia de este tipo de manejo sigue siendo motivo de conflictos. Las terapias de relajación y un psicólogo dedicado se han utilizado en algunos estudios, mostrando una reducción en la sintomatología y las visitas al médico. Varias son las terapias psicológicas que se han utilizado en el síndrome de colon irritable, éstas han mostrado efectividad en la reducción de la sintomatología de los pacientes con síndrome de colon irritable. Las terapias de retroalimentación junto con las terapias de relajación han mostrado cierto grado de beneficio, pero dichos estudios no han sido bien establecidos en cuanto a su metodología, y la ventaja demostrada se puede deber a la relación entre el terapeuta y los pacientes. El papel de la terapia cognitivo-conductual y la hipnoterapia no han sido bien definidos, aunque ciertos estudios sugieren una cierta respuesta en la mejoría de los síntomas. (12, 14)

Los síntomas a los cuales va dirigido el tratamiento farmacológico son: dolor o malestar abdominal, estreñimiento, diarrea, ansiedad y depresión, el medicamento ideal será aquel que proporcione acción global de los síntomas; se pueden considerar dos categorías de fármacos:

1. Tratamiento dirigido para aliviar el dolor abdominal (fármacos antiespasmódicos) o alteración en los hábitos intestinales (fármacos antidiarreicos o laxantes)
2. Tratamiento central (antidepresivos) dirigidos a pacientes con síntomas asociados a trastornos afectivos (ansiedad y depresión) (4, 12, 14)

En los pacientes con variedad de estreñimiento (SCI-E) la principal medida es implementar una dieta alta en fibra. El aumento en el rango de consumo de fibra en la dieta, incluyendo aquellas procedentes de cereales, frutas y vegetales, han demostrado un aumento en el peso de las evacuaciones y aceleran el tránsito intestinal; el consumo de fibra deberá adecuarse al hábito previo del paciente a su ingesta y acompañarla de agua suficiente, de lo contrario puede ocasionar empeoramiento de la distensión, el dolor y aun del estreñimiento. Se han considerado que los suplementos de fibra y agentes formadores de bolo (solubles: isphaghula, policarbolfilo de calcio, *psyllium*; insolubles: salvado, maíz) son fundamentales en el SCI-E, aunque su efectividad en el manejo global del síndrome de colon irritable es controversial, por el momento esto fármacos no se recomiendan como tratamiento del síndrome de colon irritable sino sólo como coadyuvantes. (12, 13, 14)

Los pacientes que tengan la variedad de diarrea el síndrome de colon irritable (SCI-D) se asocian a un incremento en el tránsito del intestino delgado y del colon proximal, lo cual va responder al uso de opiáceos. El único antidiarréico que se ha evaluado en el síndrome de colon irritable es la loperamida, un derivado sintético de los opioides sin efectos sobre el sistema nervioso central; una revisión sistemática del Colegio Americano de Gastroenterología determinó que la loperamida mejora la consistencia y disminuye la frecuencia de las evacuaciones, la loperamida puede mejorar el tono del esfínter anal interno. En un estudio clínico doble ciego, controlado con placebo, de 13 semanas de duración, la loperamida mejoró significativamente la frecuencia de las deposiciones, la consistencia de las heces y la urgencia defecatoria. Se han realizado estudios en los cuales pacientes cuya vida social se ha visto seriamente alterada por la diarrea, pueden obtener una sensación de seguridad mediante el uso de un antidiarréico antes de situaciones estresantes. (5, 11, 12, 14)

Cuando en el Síndrome de colon irritable predomina el estreñimiento, se suelen emplear agentes formadores de masa o laxantes suaves. Los agentes que aumentan el bolo intestinal se utilizan a veces como suplemento de la dieta rica en fibra, especialmente en los pacientes que no toleran el salvado de trigo. Los laxantes deben utilizarse como último recurso terapéutico del estreñimiento, en cuyo caso son preferibles los laxantes suaves (osmóticos o salinos) a los estimulantes, debido a los mayores efectos secundarios de estos últimos. Por el momento no se puede recomendar el uso de suplementos de fibra y agentes formadores de bolo en el tratamiento del síndrome de colon irritable sino sólo como coadyuvante. (11, 14)

En el tratamiento de síndrome de colon irritable se utilizan con frecuencia los antiespasmódicos. Se han evaluado diversos agentes, pero la mayor parte de los ensayos han suscitado críticas debido a las limitaciones metodológicas. En nuestro país se ha utilizado una combinación de bromuro de pinaverio y simeticona la cual, ha demostrado mejoría del dolor abdominal y calidad de vida, así como la consistencia de las evacuaciones en SCI-E y SCI-M y frecuencia en SCI-E y SCI-D. Otra combinación disponible en México es el citrato de alverina con simeticona que ha demostrado superioridad sobre la trimebutina en la mejoría del dolor abdominal. (11, 14)

Existe un gran componente psicológico en el síndrome de colon irritable, incluyendo síntomas de depresión, ansiedad, fobias y somatización, los antidepresivos tienen varios mecanismos de acción los cuales, son efectivos en el tratamiento del síndrome de colon irritable. Los antidepresivos tricíclicos (TC), inhibidores de la recaptura de la serotonina (IRS) e inhibidores de la recaptura de la serotonina-adrenalina (IRSN) han demostrado ser promisorios en el tratamiento del síndrome de colon irritable. Los antidepresivos TC tienen la mayor evidencia de efectividad sobre la remisión completa de los síntomas y mejoría del dolor abdominal. La amitriptilina es la más utilizada en nuestro medio; reduce la activación de la corteza perigenual (límbica), anterior del giro cingulado y la corteza parietal durante la presencia de situaciones de estrés como el dolor, debe utilizarse en dosis no antidepresivas con ajustes desde rango de 2.5 a 100 mg/día. Los estudios con IRS son pequeños y han mostrado alguna efectividad en el síndrome de colon irritable. La paroxetina comparada con dieta mejoró el bienestar general, dolor e inflamación. La fluoxetina por su parte mejora el malestar abdominal, disminuye la sensación de inflamación abdominal, aumenta la frecuencia y disminuye la consistencia de las evacuaciones. (11, 12, 15)

El síndrome de colon irritable es un diagnóstico común en la práctica clínica, pues representa 12% de todos los diagnósticos de la consulta de atención primaria y 25 a 50% de las consultas en los servicios de gastroenterología. Se estima que la prevalencia en Estados Unidos, Europa y Asia es de 10 a 20%. En Latinoamérica, la prevalencia oscila entre 9 y 18%. Esta variabilidad de las frecuencias se puede explicar por la diferencia en las muestras examinadas y por el uso de diferentes criterios para definir el síndrome de colon irritable. (16, 17)

En 1997, el Comité de Prácticas de la Asociación Americana de Gastroenterología reportó que la prevalencia de síndrome de colon irritable era de 5 a 25%, rango que varía según los criterios utilizados para establecer el diagnóstico. En la actualidad, con respecto a la prevalencia del síndrome de colon irritable en México existen 3 trabajos. Uno realizado con voluntarios universitarios e el Distrito Federal en el que, utilizando un cuestionario con los criterios de Roma II, se encontró una prevalencia de 35.5% (IC 95% 30.4-41.0). Otro estudio, que utilizó el mismo cuestionario, se realizó en población abierta del Estado de Tlaxcala y mostró una prevalencia de síndrome de colon irritable de 16.0% (IC 95% 12.9-19.5) y uno más en población abierta de la ciudad de Veracruz, la cual reportó una prevalencia de 16.7%. Por otra parte, algunos investigadores estiman que la prevalencia en México, de síndrome de colon irritable, en la población abierta es de 18%, como sucede en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México, porcentaje establecido en el seguimiento durante tres años de 347 consultas en las que se encontraron 80 casos que cumplían con los criterios para diagnosticar síndrome de intestino irritable, lo que equivale a 23.5%. Debido a esto, es de gran importancia determinar cual es la prevalencia del SCI en la población derechohabiente de la UMF no 33, y además identificar en que sexo existe mayor prevalencia y cual es el subtipo de mayor frecuencia, y de esta manera, otorgar un diagnóstico oportuno e iniciar una terapéutica adecuada, y de esta manera orientar al personal médico encargado de la atención en el primer nivel acerca de esta patología que resulta ser muy frecuente en la práctica clínica. (6, 10)

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” del IMSS, del Distrito Federal que se encuentra en la delegación Azcapotzalco a derechohabientes que acudieron a la consulta externa con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años.

Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo realizado a 347 derechohabientes del IMSS, de ambos sexos, del turno matutino.

Se aplico el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología, adoptada a los criterios de Roma II sobre los distintos síntomas y se siguió la clave final para conocer el diagnóstico. Estos síntomas debieron estar presentes por lo menos 12 semanas (al menos un día por semana) del último año.

De la misma manera se aplicó el cuestionario del índice de la Asociación Mexicana de agencias de investigación de Mercados y opinión Pública AMAI. Hasta ahora conocido como la regla de 13x6 que clasifica a los hogares en 6 niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables para recabar información sobre las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico

Para realizar el análisis de datos, se concentraron en tablas de Excel para su ordenación y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, previo consentimiento informado de los pacientes de 20 a 50 años incluidos en el estudio.

RESULTADOS

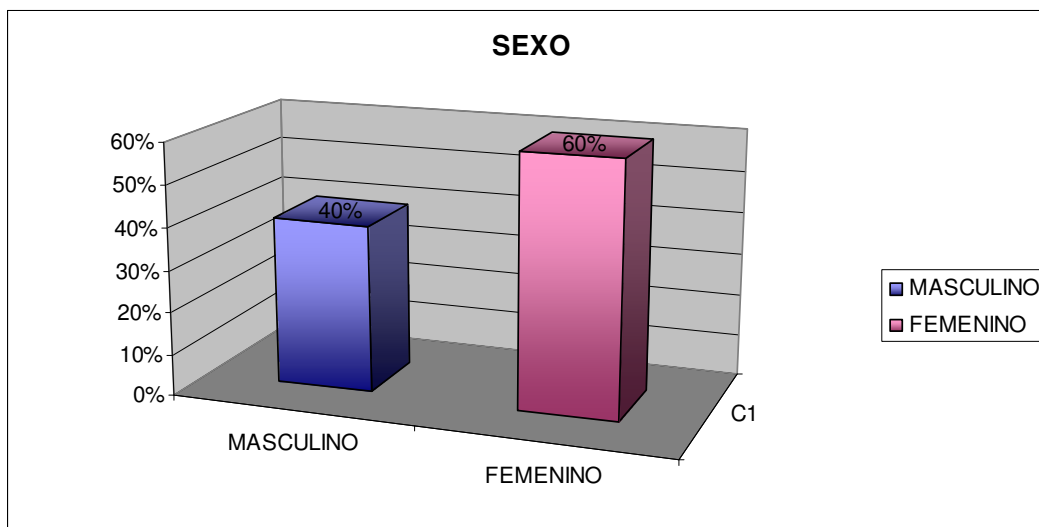
Se encuestaron un total de 347 pacientes de 20 a 50 años de edad de ambos sexos, que acudían a la consulta externa de la UMF no 33 El Rosario, y contaban con los criterios de inclusión establecidos, y estos fueron los resultados que se obtuvieron:

De las 347 personas encuestadas, 139 pertenecían al sexo masculino lo cual representó un 40% y las otras 208 personas encuestadas fueron del sexo femenino lo cual representó un 60% (Tabla y Gráfica 1).

Distribución según el sexo		
Tabla 1		
Masculino	139	40%
Femenino	208	60%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 1



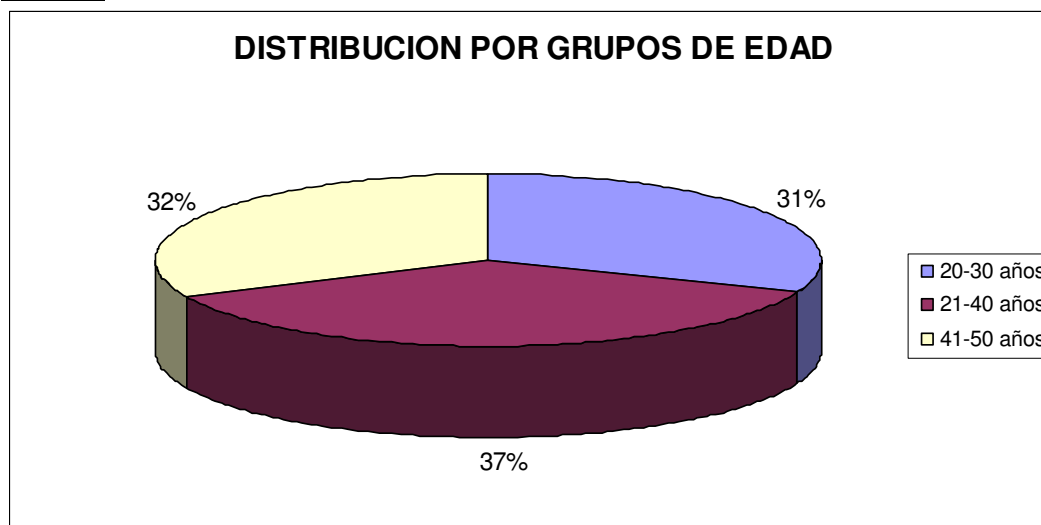
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En cuanto a la edad, en el grupo de 20 a 30 años se registraron 107 personas (31%), del grupo de edad de 31 a 40 años se registraron 129 (37%) y del grupo de 41 a 50 años se registraron 111 pacientes (32%). (Tabla y Gráfica 2)

Distribución por grupos de edad Tabla 2		
20 a 30 años	107	31%
31 a 40 años	129	37%
41 a 50 años	111	32%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 2



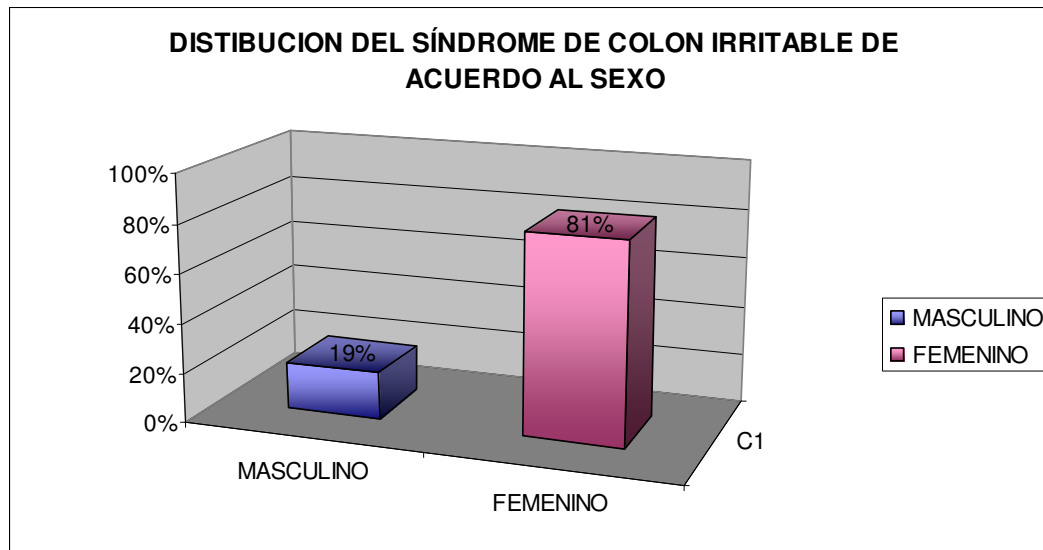
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Al aplicar el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología a los pacientes encuestados, los resultados obtenidos fue que de los 347 pacientes encuestados, 215 resultaron positivos para el diagnóstico de síndrome de colon irritable, de los cuales 174 fueron del sexo femenino (81%) y 41 pacientes del sexo masculino (19%). (Tabla y Gráfica 3).

Distribución del SCI de acuerdo al sexo		
Tabla 3		
Masculino	41	19%
Femenino	174	81%
Total	215	100%

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 3

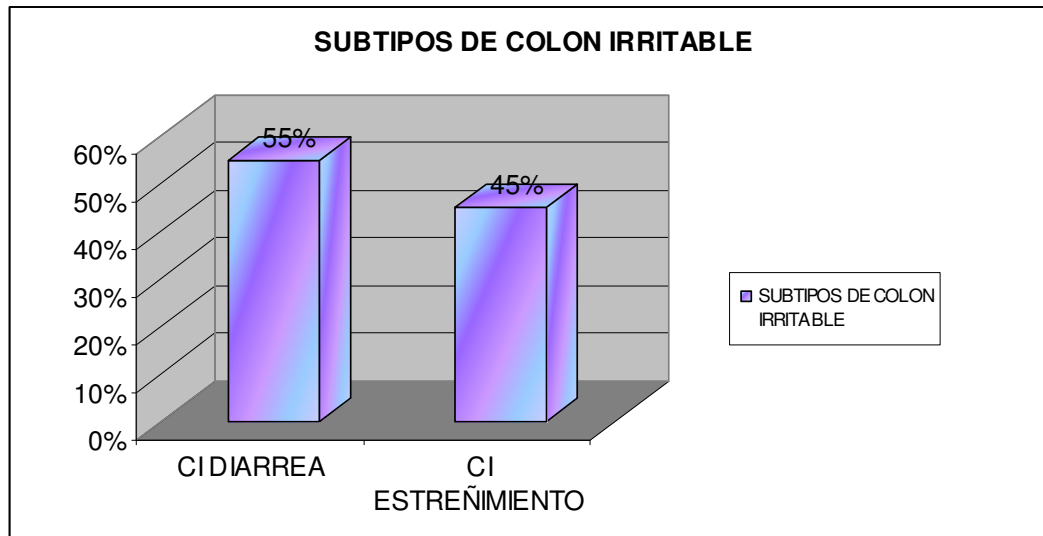


Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

En cuanto a los diferentes subtipos de SCI, el resultado fue que el subtipo con mayor frecuencia fue el de SCI con predominio de diarrea, con un total de 118 casos (55%) y del SCI con predominio de estreñimiento solo se reportaron 97 casos (45%). (Tabla y Gráfica 4)

Subtipos de Síndrome de Colon Irritable		
Tabla 4		
SCI predominio diarrea	118	55%
SCI predominio estreñimiento	97	45%
Total	215	100%
Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 4



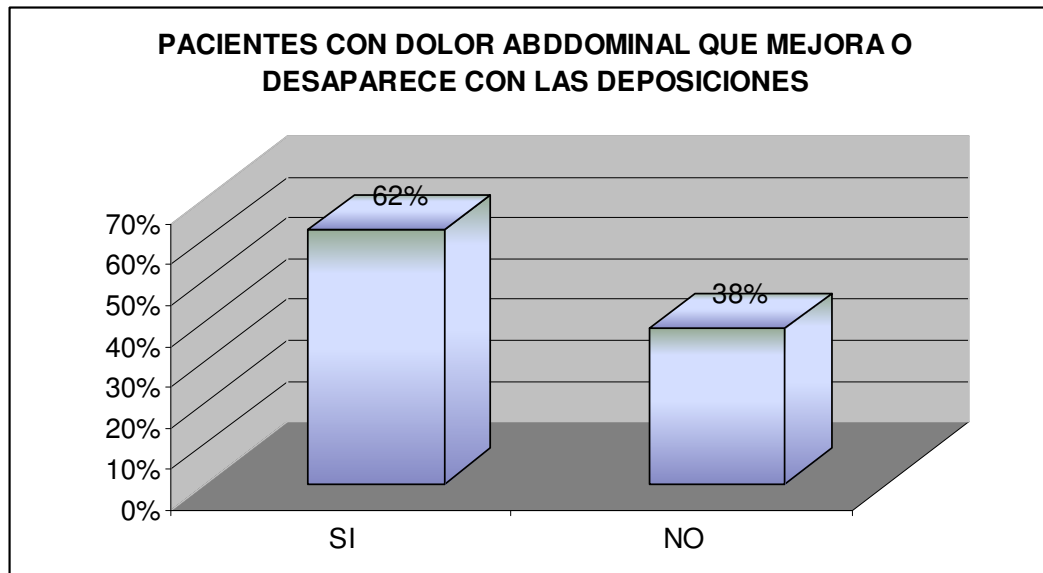
Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

Dentro de los síntomas inespecíficos que se reportaron al aplicar el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el SCI de la Asociación Española de Gastroenterología, se encontró que de los 347 pacientes encuestados con dolor abdominal, 215 presentaron mejoría o desaparición del dolor con las deposiciones (62%) (Tabla y Gráfica 5).

Pacientes con dolor abdominal que mejora o desaparece con las deposiciones Tabla 5		
Con mejoría	215	62%
Sin mejoría	132	38%
Total	347	100%

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 5

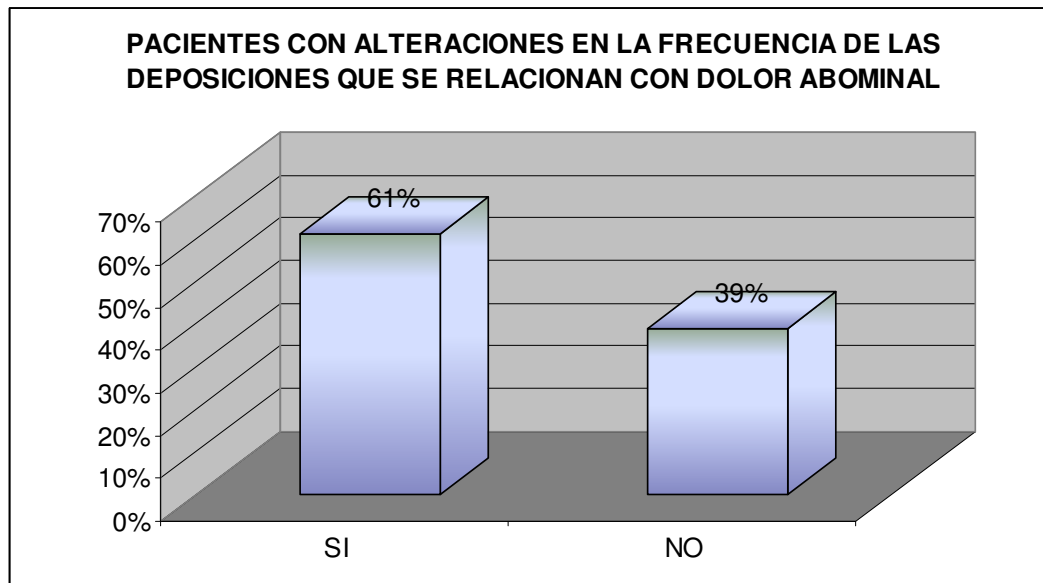


Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

De los 347 pacientes encuestados, al aplicar el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el SCI de la Asociación Española de Gastroenterología se encontró que 212 (61%) tienen alteraciones en la frecuencia de las deposiciones relacionadas con el dolor (Tabla y Gráfica 6).

Pacientes con alteraciones en la frecuencia de las deposiciones que se relacionan con dolor abdominal		
Tabla 6		
Con alteraciones	212	61%
Sin alteraciones	135	39%
Total	347	100%
Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 6

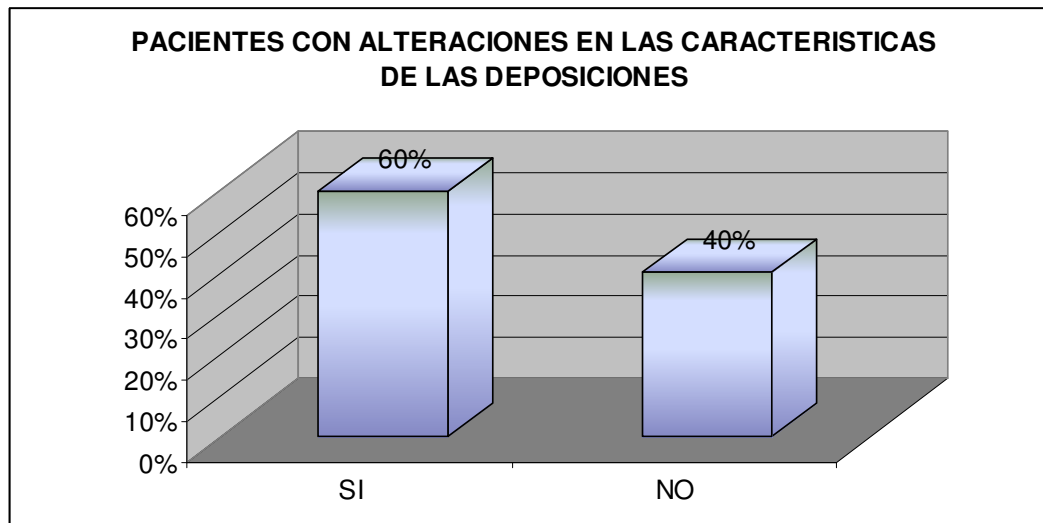


Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

Al aplicar el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el SCI de la Asociación Española de Gastroenterología a los 347 pacientes encuestados, se encontró que 208 personas (60%) reportaron alteraciones en las características de las deposiciones, las 139 personas restantes no presentaron alteraciones en las características de las deposiciones. (Tabla y Gráfica 7).

Pacientes con alteraciones en las características de las deposiciones		
Tabla 7		
Con alteraciones	208	60%
Sin alteraciones	139	40%
Total	347	100%
Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 7



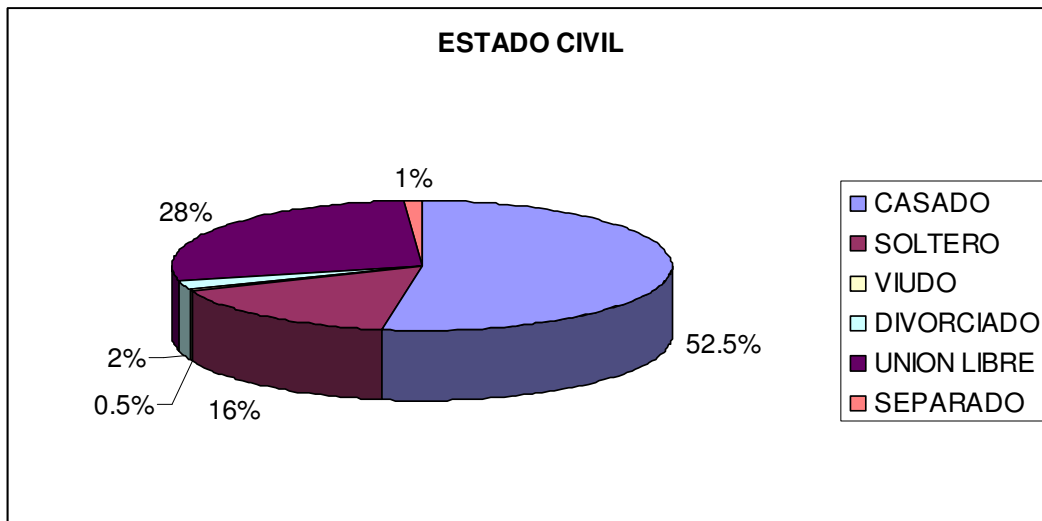
Fuente: Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología aplicada en la Consulta Externa de la UMF no. 33 El Rosario

El estado civil de los 347 pacientes encuestados se distribuyó de la siguiente manera: en el grupo de pacientes casados se registraron 182 personas (52.5%), del grupo de pacientes solteros se registraron 54 personas (16%), en el grupo de personas viudas se registraron 2 personas (0.5%), dentro del grupo de pacientes divorciados solo se registraron 8 personas (2%), en el grupo de unión libre fueron registrados 97 personas (28%) y en el grupo de personas separadas solo se registraron 4 casos (1%). (Tabla y Gráfica 8).

Estado Civil Tabla 8		
Casado	182	52.5%
Soltero	54	16%
Viudo	2	0.5%
Divorciado	8	2%
Unión Libre	97	28%
Separado	4	1%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 8



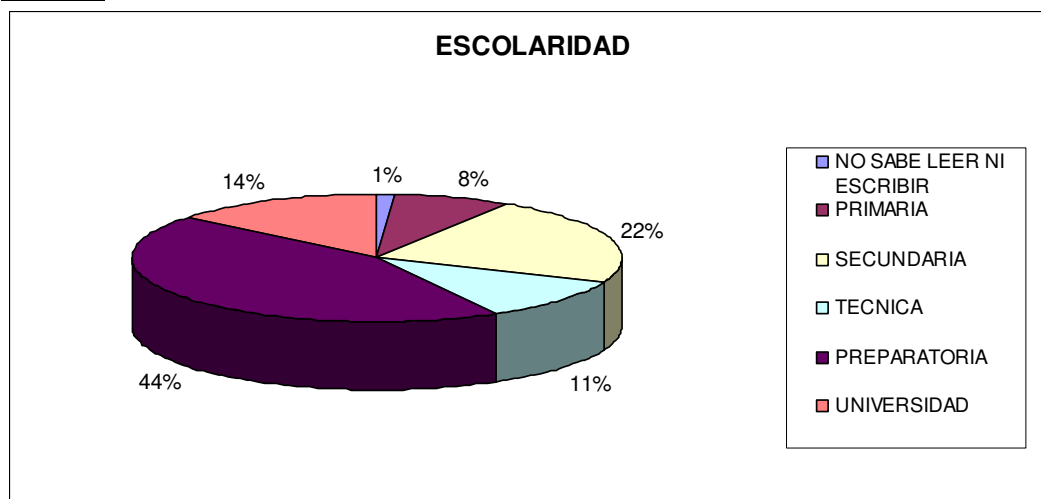
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

El nivel de escolaridad de los 347 pacientes encuestados se distribuyó de la siguiente manera: en el grupo de personas que no saben leer ni escribir se encontraron 5 personas (1%), en el grupo de primaria se registraron 25 pacientes (8%), en el grupo de personas con secundaria se reportaron 75 pacientes (22%), dentro del grupo de carrera técnica se reportaron 39 personas (11%), en el grupo de personas con preparatoria se reportaron 153 personas (44%) y en el grupo de universidad se registraron 50 casos (14%). (Tabla y Gráfica 9).

Escolaridad Tabla 9		
No sabe leer ni escribir	5	1%
Primaria	25	8%
Secundaria	75	22%
Carrera Técnica	39	11%
Preparatoria	153	44%
Universidad	50	14%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 9



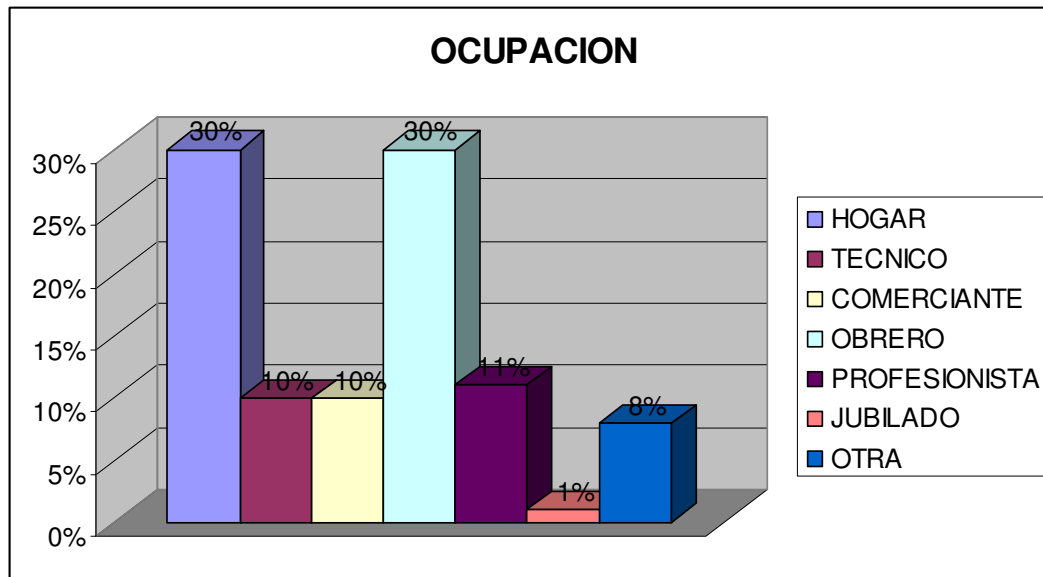
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En cuanto a la ocupación de los 347 pacientes encuestados, se obtuvieron los siguientes resultados: en el grupo de personas que se dedican al hogar se registraron 105 personas (30%), en el grupo de ocupación técnica se registraron 35 pacientes (10%), en el grupo de personas de ocupación comerciante reportaron 35 pacientes (10%), en el grupo de personas que trabajan como obreros se reportaron 104 casos (30%), en el grupo de personas profesionistas se reportaron 38 pacientes (11%), dentro del grupo de jubilados o pensionados se reportaron 5 personas (1%) y en el grupo de personas que se dedicaban a otra ocupación se reportaron 25 casos (8%). (Tabla y Gráfica 10).

Ocupación Tabla 10		
Hogar	105	30%
Técnico	35	10%
Comerciante	35	10%
Obrero	104	30%
Profesionista	38	11%
Jubilado o pensionado	5	1%
Otra	25	8%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 10



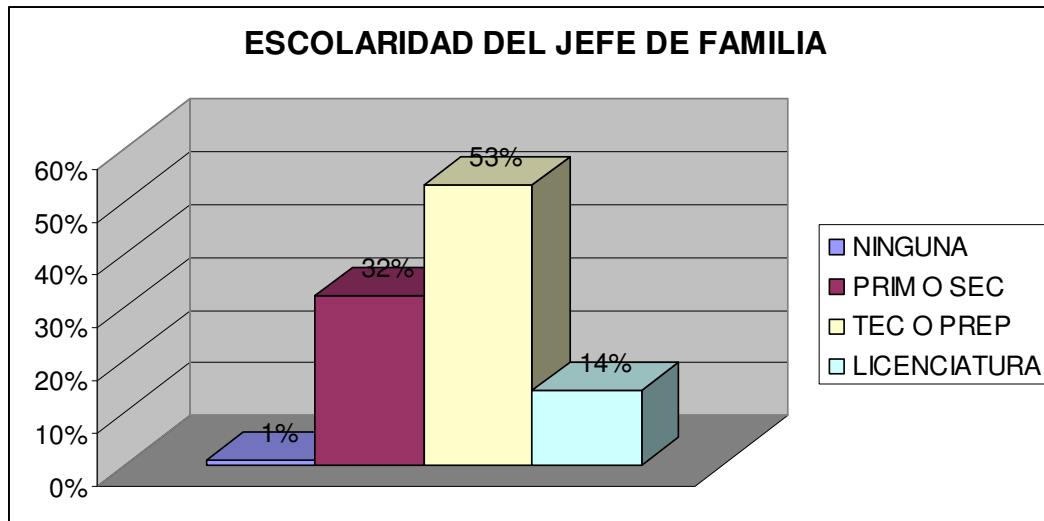
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En el apartado del nivel de escolaridad del jefe de familia, de los 347 pacientes encuestados los resultados se distribuyeron de la siguiente manera: en el grupo de ningún grado de escolaridad se reportaron 3 personas (1%), en el grupo de primaria o secundaria se reportaron 110 personas (32%), en el grupo de carrera técnica o preparatoria se reportaron 184 personas (53%) y el grupo de licenciatura se reportaron 50 personas (14%). (Tabla y Gráfica 11).

Escolaridad del Jefe de Familia Tabla 11		
Ninguno	3	1%
Primaria o secundaria	110	32%
Carrera técnica o preparatoria	184	53%
Licenciatura	50	14%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 11

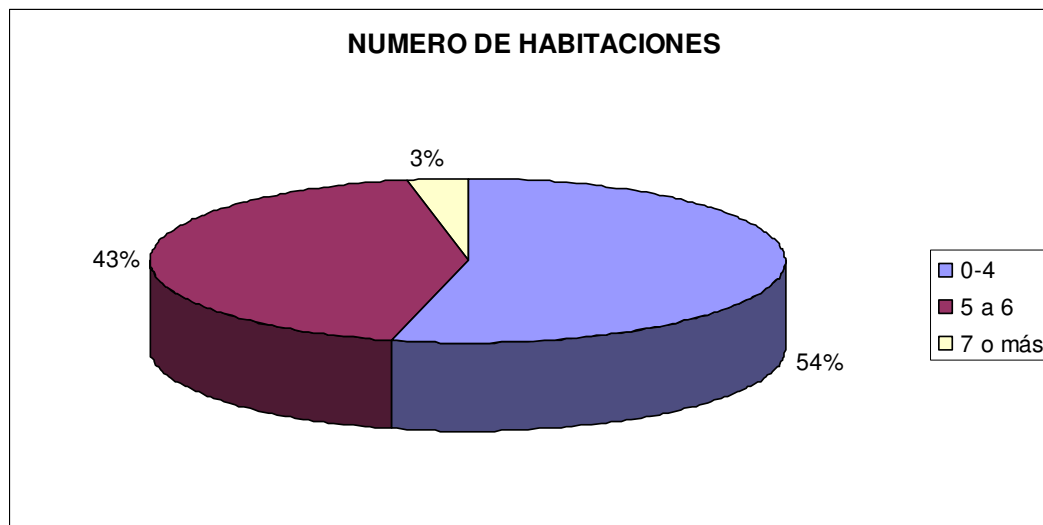


Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Las habitaciones con las que cuentan los hogares de los 347 pacientes encuestados, sin incluir baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas, la distribución fue de la siguiente manera: de 0 a 4 habitaciones, 186 (54%), de 5 a 6 habitaciones, 148 (43%) y de 7 o mas, 13 casos (3%). (Tabla y Gráfica 12).

Número de habitaciones Tabla 12		
0 a 4 habitaciones	186	54%
5 a 6 habitaciones	148	43%
7 o mas habitaciones	13	3%
Total	347	100%
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 12



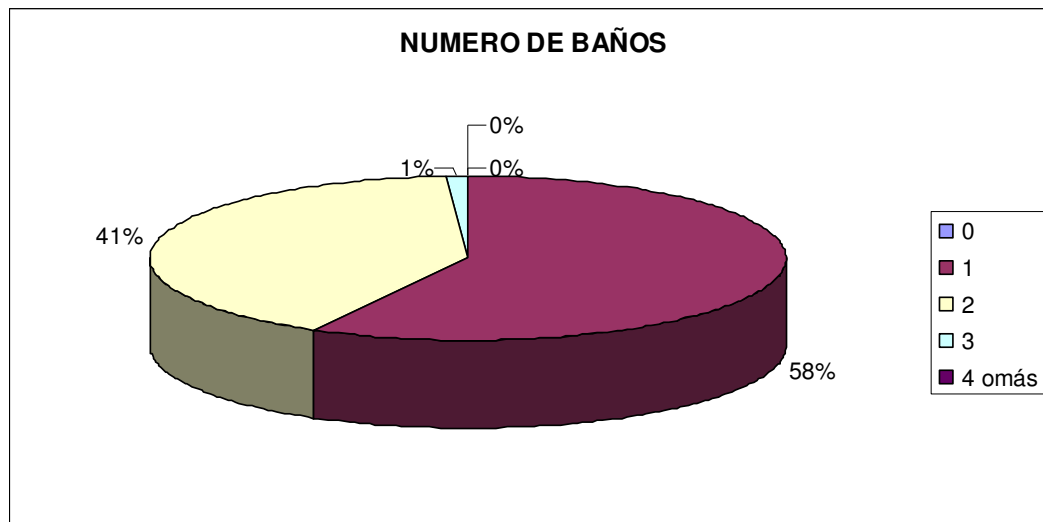
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En cuanto al número de baños con los que cuentan las casas de los 347 pacientes encuestados, la distribución fue de la siguiente manera, en el grupo de 0 no se reportó ningún registro, en el grupo de 1 baño se registraron 200 (58%), en el grupo de 2 baños se reportaron 144 (41%), en el grupo de 3 baños, se registraron 3 (1%) y el grupo de 4 o mas baños, tampoco hubo ningún registro. (Tabla y Gráfica 13).

Número de baños Tabla 13		
0 baños	0	0%
1 baño	200	58%
2 baños	144	41%
3 baños	3	1%
4 o mas baños	0	0%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 13



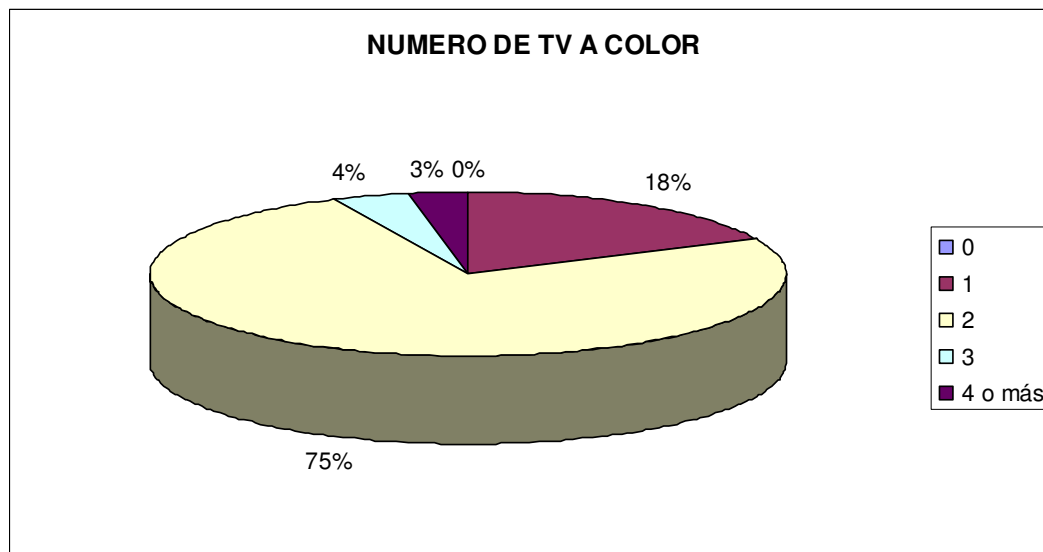
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En cuanto a las TV a color con las que cuentan los 347 pacientes encuestados, en el grupo de 0 no se presentó ningún registro (0%), en el grupo de 1 televisor se registraron 61 casos (18%), en el grupo de 2 televisiones se registraron 262 casos (75%), en el grupo de 3 televisiones se registraron 15 casos (4%) y en grupo de 4 o más televisiones se registraron 9 casos (3%). (Tabla y Gráfica 14).

Número de TV a color		
Tabla 14		
0 televisiones	0	0%
1 televisión	61	18%
2 televisiones	262	75%
3 televisiones	15	4%
4 televisiones	9	3%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 14



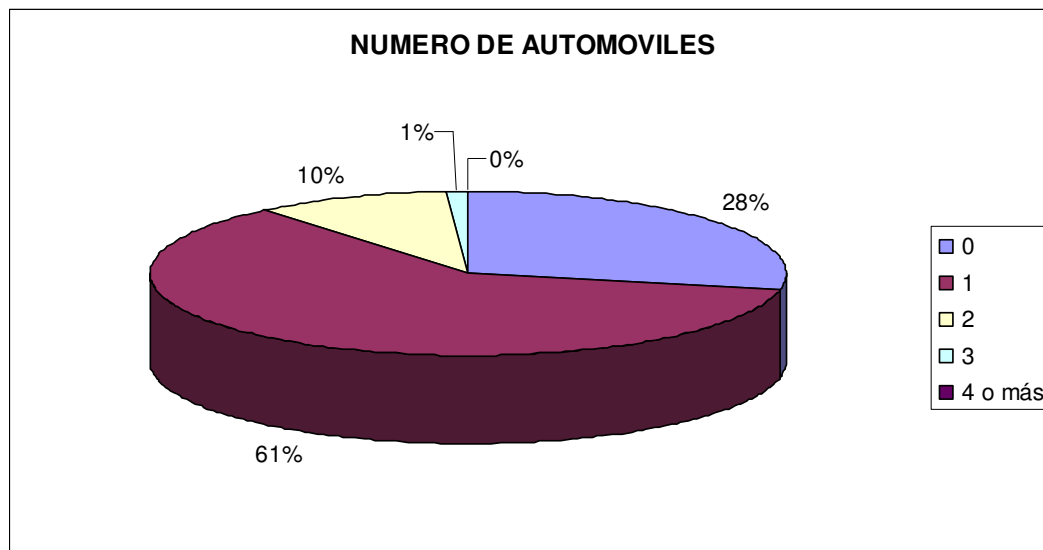
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

La distribución del número de automóviles con los que cuentan los 347 pacientes encuestados se realizó de la siguiente manera: en el grupo de ningún automóvil se reportaron 98 casos (28%), en el grupo de 1 automóvil se registraron 215 casos (61%), en el grupo de 2 automóviles se registraron 31 casos (10%), en el grupo de 3 automóviles se registraron 3 casos (1%) y en el grupo de 4 o más automóviles no hubo ningún registro (0%). (Tabla y Gráfica 15).

Número de automóviles		
Tabla 15		
0 automóviles	98	28%
1 automóvil	215	61%
2 automóviles	31	10%
3 automóviles	3	1%
4 o más automóviles	0	0%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 15



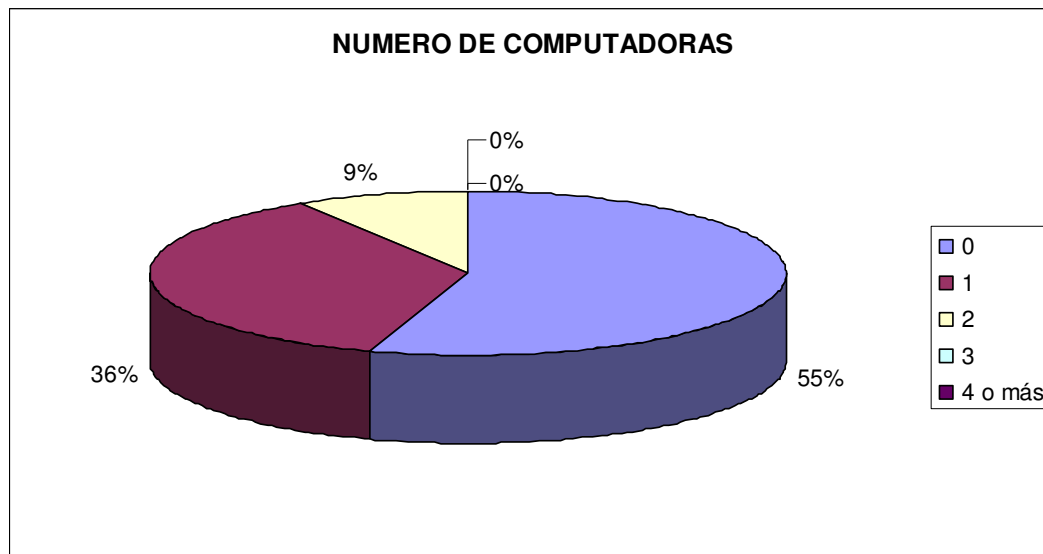
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

El número de computadoras con las que cuentan los 347 pacientes encuestados los resultados fueron los siguientes, del grupo de 0 computadoras 192 casos (55%), en el grupo de 1 computadora se registraron 126 (36%), en el grupo de 2 computadoras se registraron 29 (9%), en el grupo de 3 computadoras y en el grupo de 4 o mas computadoras no hubo ningún registro. (Tabla y Gráfica 16).

Número de computadoras en casa Tabla 16		
0 computadoras	192	55%
1 computadora	126	36%
2 computadoras	29	9%
3 computadoras	0	0%
4 o mas computadoras	0	0%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 16

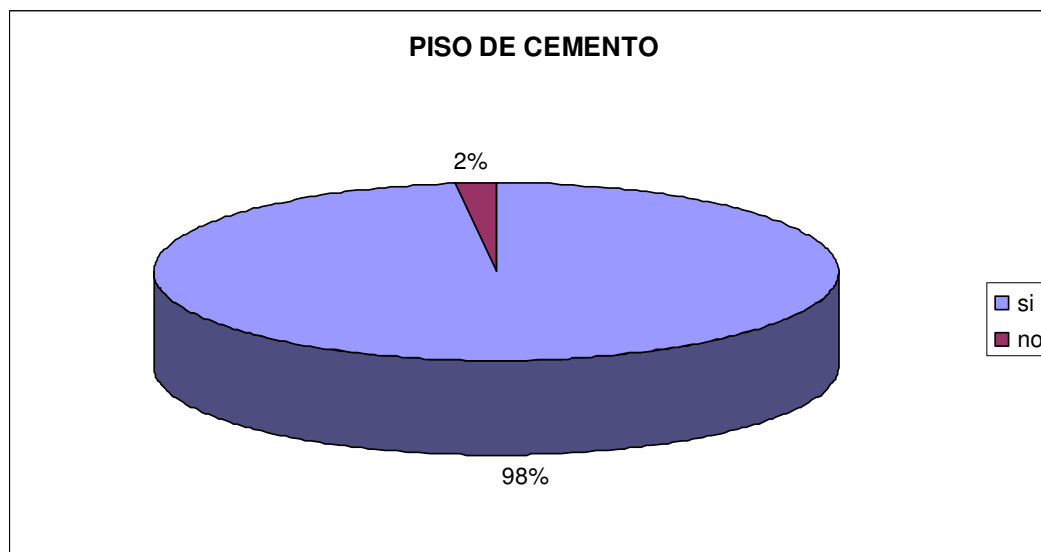


Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En el apartado de las características del piso de los hogares de los 347 pacientes encuestados, en cuanto a si estaba construido a base de cemento, se obtuvieron los siguientes resultados, en el grupo que respondió de manera afirmativa se registraron 341 casos (98%) y en el grupo que respondieron de manera negativa solo se registraron 6 casos (2%). (Tabla y Gráfica 17).

Pisos de cemento en los hogares Tabla 17		
Si	341	98%
No	6	2%
Total	347	100%
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 17

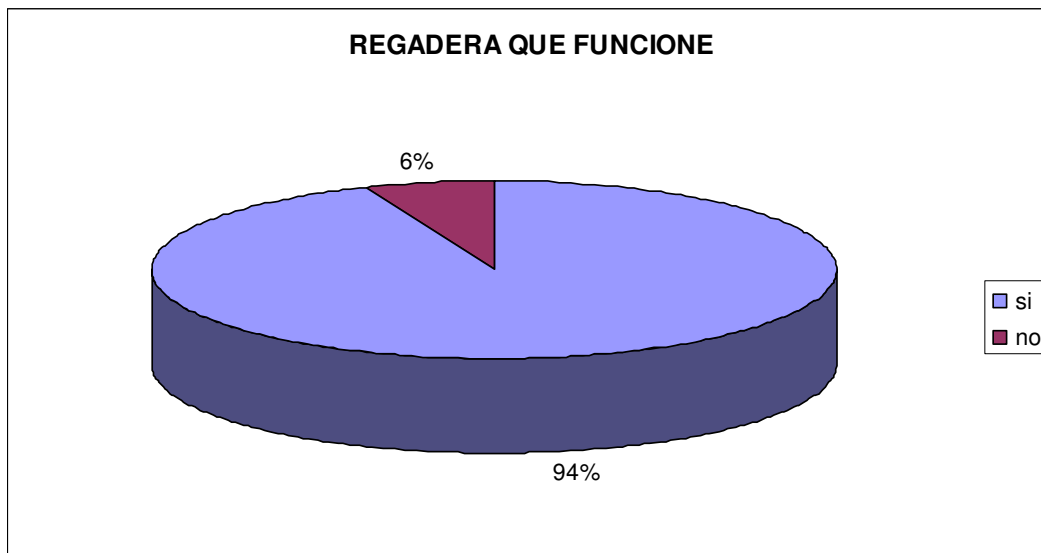


Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Dentro de los 347 pacientes encuestados, en el apartado de si se contaba con regadera que funcionara, 327 personas respondieron afirmativamente y solo 20 personas contestaron de manera negativa (6%). (Tabla y Gráfica 18).

Número de regaderas que funcionen		
Tabla 18		
Si	327	94%
No	20	6%
Total	347	100%
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 18

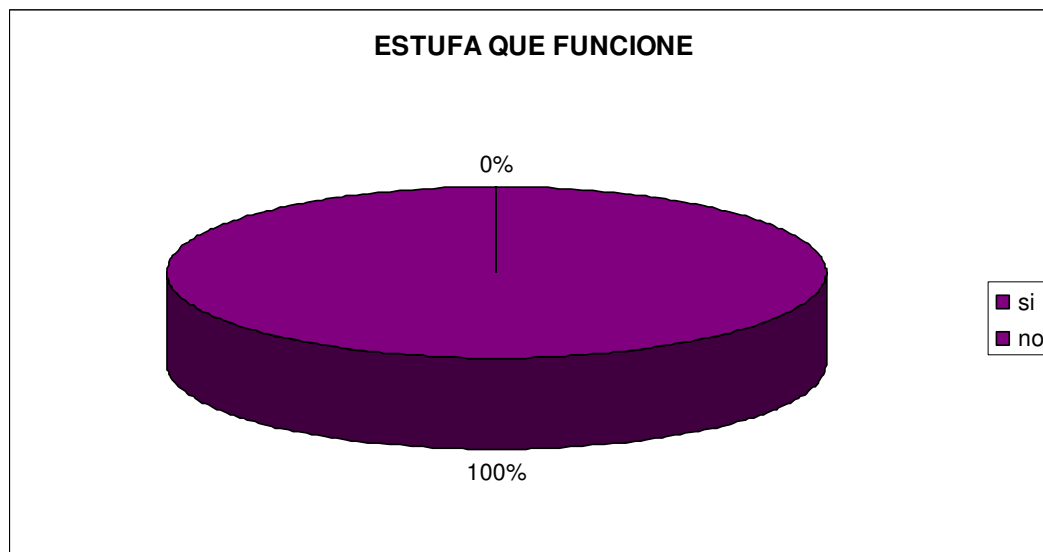


Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En el apartado de si se cuenta con estufa que funcione, los 347 pacientes encuestados respondieron de manera afirmativa (100%), ninguna personas respondió de manera negativa. (Tabla y Gráfica 19).

Número de estufas que funcionen Tabla 19		
Si	347	100%
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario		

Gráfica 19



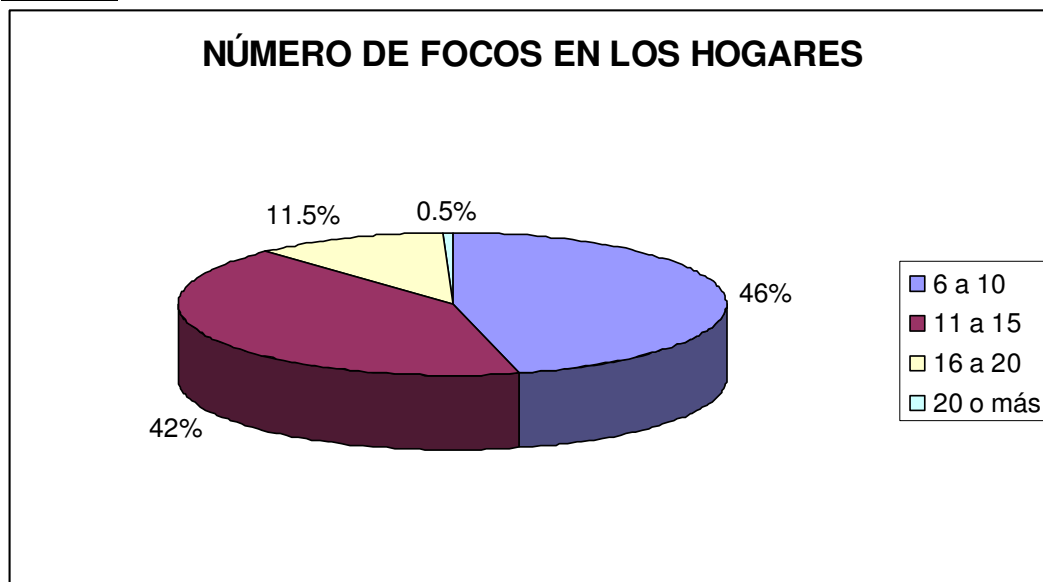
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En cuanto al número de focos en los hogares con los que cuentan los 347 pacientes encuestados, la distribución se hizo de la siguiente manera: en el grupo de 0 a 10 focos se registraron 160 encuestados (46%), en el grupo de 11 a 15 focos se registraron 146 casos, en el grupo de 16 a 20 focos se registraron 39 casos (11.5%) y en el grupo de mas de 20 focos solo se registraron 2 casos (0.5%). (Tabla y Gráfica 20).

Número de focos en los hogares Tabla 20		
0 a 10 focos	160	46%
11 a 15 focos	146	42%
16 a 20 focos	39	11.5%
Mas de 20 focos	2	0.5%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 20



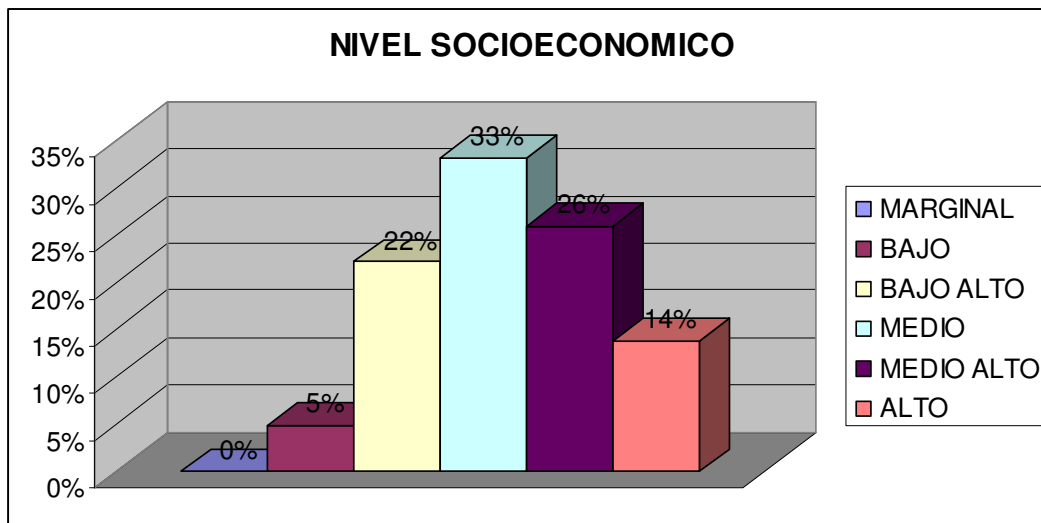
Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

En base a los datos obtenidos al aplicar la encuesta AMAI a los 347 pacientes encuestados, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto al nivel socioeconómico de la población encuestada: en el grupo de nivel socioeconómico marginal, no se reporto ningún registro (0%), en el nivel socioeconómico bajo se reportaron 17 casos (5%), en el grupo de nivel socioeconómico bajo-alto se registraron 77 casos (22%), en el grupo de nivel socioeconómico medio hubieron 115 casos (33%), en el grupo de nivel socioeconómico medio-alto se reportaron 90 casos (26%) y en el grupo de nivel socioeconómico alto se registraron 48 casos (14%). (Tabla y gráfica 21).

Nivel Socioeconómico Tabla 21		
Marginal	0	0%
Bajo	17	5%
Bajo-alto	77	22%
Medio	115	33%
Medio-alto	90	26%
Alto	48	14%
Total	347	100%

Fuente: Encuesta AMAI realizada en la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no. 33 El Rosario

Gráfica 21



DISCUSION

En la realización del este estudio se determinó cual es la prevalencia de Síndrome de Colon Irritable en pacientes de 20 a 50 años de edad que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF no 33 El Rosario, esto se logró mediante la aplicación el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología, adoptado a los criterios de Roma II, de la misma manera se evaluaron diferentes variables sociodemográficas mediante la aplicación de el índice de la Asociación Mexicana de agencias de investigación de Mercados y opinión Pública AMAI, hasta el momento conocido como la regla de 13x6, clasificando a los hogares en 6 niveles diferentes a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables. Al realizar la encuesta de la Asociación Española de Gastroenterología sobre el SCI se encontró que la prevalencia del síndrome de colon irritable en la población en estudio fue de 62%, a diferencia de otros estudios similares realizados en México donde se reportó una prevalencia del 35% en una población equivalente al presente estudio.

En cuanto a los diferentes subtipos, se encontró que el subtipo con mayor fue frecuencia fue el de SCI con predominio de diarrea, con un 55% y del SCI con predominio de estreñimiento solo reportó un 45%, a diferencia de lo establecido por la literatura en donde se reporta una mayor prevalencia del subtipo con predominio de estreñimiento.

En la mayor parte de los estudios reportados en la literatura, observamos un alta prevalencia del síndrome de colon irritable en el sexo femenino, al realizarse este estudio, se encontró que el patrón respecto al sexo es igual, ya que la prevalencia del síndrome de colon irritable en el sexo femenino fue del 81%, en comparación con el sexo masculino donde solo hubo una prevalencia del 19%.

Como pudimos observar, al aplicar la encuesta del índice de la Asociación Mexicana de agencias de investigación de Mercados y opinión Pública AMAI, pudimos obtener distintas variables acerca de las características sociodemográficas de la población en estudio, y de esta manera se pudo obtener cual era el nivel socioeconómico de los pacientes encuestados, encontrando que el nivel socioeconómico de mayor prevalencia fue el nivel medio, lo cual concuerda con el tipo de pacientes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF no 33 El Rosario, lo que pudimos observar fue que lo se reportó ningún caso de alguna persona que perteneciera al grupo socioeconómico marginal, con lo que se puede concluir que la población en estudio se encuentra ubicada en zona geográfica urbana, con lo que la población tiene acceso a diferentes servicios básicos.

En el cuestionario de la Asociación Española de Gastroenterología se reportan algunos síntomas inespecíficos los cuales, no se toman en cuenta como diagnóstico del síndrome de colon irritable, encontrándose que de los pacientes analizados en este estudio con dolor abdominal, el 62% de presentan mejoría o desaparición del dolor con las deposiciones, el 61% reportaron alteraciones en la frecuencia de las deposiciones y el 60% reportaron tener alteraciones en las características de las deposiciones; la mejora o desaparición del dolor abdominal es el síntoma que en más estudios se ha reportado, lo cual concuerda con los datos obtenidos en esta investigación.

CONCLUSIONES

En el ámbito nacional encontramos que la prevalencia del síndrome de colon irritable es alta ya que es un diagnóstico común en la consulta de atención primaria, así como sus diferentes subtipos que se pueden presentar. La prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años de edad del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 33 “El Rosario” es del 62%, siendo mas frecuente en el sexo femenino, y con mayor prevalencia el SCI con predominio de diarrea. Esta alta prevalencia en nuestra población justifica continuar implementando los criterios diagnósticos establecidos por la ROMA II para esta patología en nuestra población, con el fin de llegar a un diagnóstico oportuno e instaurar la terapéutica adecuada, también demuestra extender investigaciones acerca del síndrome de colon irritable, analizando diferentes factores de riesgo y alternativas en el tratamiento, con el fin de brindar una atención oportuna a los pacientes con este síndrome.

De la misma manera sería de gran utilidad la aplicación los criterios diagnósticos establecidos por la ROMA II a una población más amplia en cuanto a los rangos de edad, no solo tomando en cuenta los pacientes de 20 a 50 años de edad, sino también a sujetos de mayor edad o incluso de menor edad, con el fin de obtener una prevalencia más real de esta patología en la población derechohabiente que acude a la UMF no 33 “El Rosario”, e incluso establecer si existe una relación entre el nivel socioeconómico de la población y al prevalencia del Síndrome de Colon Irritable.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **Prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años del turno matutino de la UMF No 33** registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar la prevalencia del síndrome de colon irritable en la población de 20 a 50 años del turno matutino de la UMF No 33.

Se me ha explicado que mi participación consistirá responder de manera completa un cuestionario ex profeso con datos personales y laborales y el índice Asociación Mexicana de agencias de investigación de Mercados y opinión Pública AMAI. Así como el cuestionario de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable de la Asociación Española de Gastroenterología, adoptado a los criterios de Roma II.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más completa de la prevalencia del síndrome de colon irritable en el turno matutino de la UMF No 33. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del encuestado

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

CLAVE 2810-003-002

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**

ENCUESTA AMAI PARA VALORAR NIVEL SOCIOECONOMICO

LEA DETENIDAMENTE CADA PREGUNTA Y MARQUE CON UNA CRUZ, LA OPCIÓN DE RESPUESTA QUE CONSIDERE MÁS PERTINENTE PARA SU CASO.

1. Edad del paciente_____

>20

21-49

<50

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado
- Soltero
- Viud0
- Divorciado
- Unión Libre
- Separado

3. ¿Cuál fue el último año de estudios que usted completó?

- No sabe leer ni escribir
- Primaria
- Secundaria
- Técnico.
- Preparatoria.
- Universidad.

4. ¿Cuál es su ocupación?

- Hogar
- Técnica
- Comerciante
- Obrero
- Profesionista
- Jubilado o pensionado

5. Pensando en el Jefe de Familia de su hogar, ¿Hasta que año de la escuela estudio?
- a) Ninguno
 - b) Primaria o secundaria completa o incompleto
 - c) Carrera Técnica, preparatoria completa o incompleta
 - d) Licenciatura completa o incompleto
6. ¿Cuál es el total de piezas y/o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.
- a) 0-4
 - b) 5-6
 - c) 7 o más
7. ¿Cuántos baños completos y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?
- a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4 o más
8. ¿Cuántas TV a color tiene en su hogar que funcionen?
- a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4 o más
9. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?
- a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4 o más
10. ¿Cuenta su hogar con Computadora Personal propia que funcione?
- a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4 o más
11. ¿El piso de su hogar es de cemento?
- a) sí
 - b) no

12. ¿Cuenta su hogar con regadera que funcione?

- a) sí
- b) no

13. ¿Cuenta su hogar con estufa que funcione?

- a) sí
- b) no

14. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

- a) 6-10
- b) 11-15
- c) 16-20
- d) +20

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**

CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

LEA DETENIDAMENTE CADA PREGUNTA Y MARQUE CON UNA CRUZ, LA OPCIÓN DE RESPUESTA QUE CONSIDERE MÁS PERTINENTE PARA SU CASO.

1. ¿Ha sentido a menudo (durante al menos 3 semanas en los últimos 3 meses, por lo menos un día a la semana) molestias o dolor en el abdomen?

- No o pocas veces (saltar a la pregunta 5) Sí

2. ¿Su dolor o sus molestias mejoran o desaparecen después de las deposiciones?

- No o pocas veces Sí

3. Cuando las molestias o el dolor empiezan, ¿tiene algún cambio en su número habitual de deposiciones (ya sean más o menos)?

- No o pocas veces Sí

4. Cuando las molestias o el dolor empiezan, ¿sus excrementos son más blandos o más duros de lo habitual?

- No o pocas veces Sí

5. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas al menos un cuarto (1/4) de las veces (ocasiones o días) en los últimos 3 meses? (marque todos los que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 3 deposiciones por semana (0-2) | <input type="checkbox"/> Mucosidades en la deposición |
| <input type="checkbox"/> Más de 3 deposiciones al día (4 o más) | <input type="checkbox"/> Abdomen lleno, distendido o hinchado |
| <input type="checkbox"/> Heces duras o en bolas | <input type="checkbox"/> Sensación de que las heces no pueden pasar (bloqueadas) cuando realiza una deposición |
| <input type="checkbox"/> Heces blandas, pastosas o líquidas | <input type="checkbox"/> Tener que correr al baño para una deposición |
| <input type="checkbox"/> Retortijones durante la deposición | |
| <input type="checkbox"/> Sensación de vaciado incompleto tras una deposición | |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de apretar alrededor del ano o la vagina para tratar de sacar los excrementos y poder completar la deposición | |

6. En los últimos 3 meses, ¿sus heces han sido blandas, pastosas o líquidas en más del 75% (3/4) de sus deposiciones?

- No o pocas veces Sí

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdo JM. Síndrome de intestino irritable. *Revista mexicana de algología*: 19-22.
2. Soriano C, Zolezzi A. Intestino irritable: Cuadro clínico y diagnóstico. *Diagnóstico* 2003; 42.
3. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable. IMSS 2009.
4. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL. *Harrison principios de medicina interna*. 16ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México 2006: 1971-5.
5. Sleisenger MH, Foraltran JS. *Enfermedades gastrointestinales. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. 3ª ed. Medica Panamericana. Argentina 1985: 1069-89.
6. Lopez-Colombo A, Rivera JF, Sobrino S, Suárez E. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. *Epidemiología y fisiopatología. Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74: 56-7.
7. Rodríguez A, Ascencio L, Trinidad Altamirano J. Respuesta al tratamiento con bromuro de pinaverio en un grupo de pacientes con síndrome de colon irritable y diversos grados de neurosis. *Med Int Mex* 2005; 21: 426-30.
8. Reséndiz-Figueroa FE, Ortiz-Garrido OM, Pulido D, Arcila-Martínez D, Schmulson M. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre los aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2008; 73: 3-10.
9. Remes-Troche JM, Bernal R, Valladares MA, Alonso O, Gómez O, Meléndez D. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74: 58-62.
10. Córdova VH, Ibarrola JL, Hegewisch MA, Argüelles P, Vargas M, de la Torre MC, et al. Frecuencia de síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la ciudad de México. *Med Int Mex* 2006; 24 (2): 120-4.
11. Mearín F. Tratamiento farmacológico del síndrome del intestino irritable: una necesidad no cubierta. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30 (3):130-7
12. Gunn MC, Cavin AA, Mansfield JC. Management of irritable bowel syndrome. *Postgrad Med J* 2003; 79: 154-8.
13. Brito Lugo P. Síndrome de intestino irritable: tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72: 62-3.
14. Schmulson MJ, Noble A, Valenzuela VM, De Ariño M, Guillermo LA, Ramos FA. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74: 63-70.
15. Leyva R, Olvera P, Alvarez MM, Alcántar EL. Síndrome de intestino irritable en el adulto que acude a una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (5): 473-9.
16. González M. El valor diagnóstico de la investigación limitada en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69:18-23.
17. Tort S, Balboa A, Marzo M, Carrillo R, Mínguez M, Valdeperez J, et al. Guía de práctica sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*. 2006; 29(8): 467-521.