



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Intervención Enfermera para mejorar la salud de las
personas con síndrome de intestino irritable.***

Alumno: Victoria Mazón Iglesias

Director: Soledad Ferreras Mencía

Madrid, mayo de 2023

Índice

Resumen	2
Abstract.....	2
Presentación.....	3
Estado de la cuestión.....	4
1. Síndrome Intestino Irritable	4
1.1. Diagnóstico	9
1.2. Clasificación	11
1.3. Incidencia.....	11
1.4. Estilo de vida en las personas con SII	15
Justificación.....	18
Proyecto	19
1. Objetivos.....	19
2. Hipótesis	19
3. Metodología.....	20
1.1. Diseño.....	20
1.2. Sujetos de estudio.....	20
1.3. Variables.....	21
1.4. Instrumentos de medida	24
1.5. Intervención	24
1.5.1. Valoración.....	25
1.5.2. Diagnóstico.....	26
1.5.3. Tratamiento farmacológico	28
1.5.4. Actividad física	29
1.5.5. Nutrición	31
1.6. Procedimiento de recogida de datos.....	34
1.7. Cronograma	37
1.8. Análisis de datos	37
4. Aspectos éticos.....	38
5. Limitaciones del estudio	39
Bibliografía.....	40
Anexos.....	47

Resumen

Introducción. El síndrome del intestino irritable es un problema crónico que afecta en torno al 20% de la población, alterando en gran medida su calidad de vida. La enfermería es una figura esencial en el abordaje de la patología desde la prevención y la promoción de la salud, por lo que se plantea una intervención enfermera para la mejora del síndrome y su evaluación.

Objetivo. Evaluar la efectividad de una consulta de enfermería sobre la mejora de la sintomatología y calidad de vida en pacientes con SII.

Metodología. Estudio cuasi-experimental, longitudinal y con un único grupo control, pre-post. Los sujetos de estudio son pacientes con SII sometidos a una consulta de enfermera, que han sido seleccionados a través de su centro de salud.

Conclusión. Este estudio indicará a la enfermería si las modificaciones en el estilo de vida de los pacientes con SII son eficaces para mejorar la sintomatología y calidad de vida de estos.

Palabras clave: intestino irritable, calidad de vida, sintomatología, SII, prevalencia, colon, sintomatología, estrés, ejercicio.

Abstract

Introduction. The Irritable bowel syndrome is a chronic condition that affects around 20% of the population. Patients who suffer from it have a worse life quality. Nursing plays an essential role in the management of this condition through prevention and health promotion. Therefore, a nursing intervention is proposed to improve the syndrome and its evaluation.

Objective. To evaluate the effectiveness of a nursing consultation on the improvement of symptomatology and quality of life in patients who suffer from irritable bowel syndrome.

Methodology. Consists of a quasi-experimental and longitudinal study with a single control group. The study subjects are patients who suffer from irritable bowel syndrome and will be selected through a nursing consultation by their healthcare center.

Conclusion. This study will indicate to nursing if the changes in the lifestyle of patients with irritable bowel syndrome are effective in improving their symptoms and quality of life.

Keywords: irritable bowel syndrome, quality of life, symptomatology, IBS, prevalence, colon, symptomatology, stress, exercise.

Presentación

El síndrome de intestino irritable es una afección que afecta a un alto porcentaje de la población joven y para el cual no hay un tratamiento sanador ni un plan terapéutico para convivir con él. Si no se toman medidas para educar y realizar un seguimiento exhaustivo a los pacientes, tendrán muy mala calidad de vida desde edades muy tempranas, lo que puede ocasionar otros problemas de salud.

He elegido dicho tema por una vivencia personal. Desde los 12 años he convivido con dolores, cólicos, cambios en el ritmo intestinal, restricción de alimentos, preocupaciones, diagnósticos erróneos, negación de interconsultas, etc. que me impedían seguir con mi vida diaria hasta los 19 años que me diagnostican síndrome de intestino irritable, pero por desgracia recibí únicamente eso, un diagnóstico. Me di cuenta entonces de la falta de atención hacia los pacientes con patologías gastrointestinales y de la importancia que tiene para ellos recibir una atención exhaustiva y personalizada sobre su patología y cómo convivir con ella para mejorar su salud física y psicológica.

Como paciente y futura profesional creo que el cuidado y seguimiento de los pacientes con síndrome de intestino irritable es responsabilidad de la enfermería ya que cuenta con los conocimientos y herramientas para valorar a dichos pacientes y tomar las medidas adecuadas como realizar un seguimiento exhaustivo basado en la nutrición, eliminación, estado anímico, actividad física, etc. y una de sus funciones es prevenir, promover y proteger la salud de los individuos, familias y la comunidad.

Este trabajo no se podría haber llevado a cabo sin la formación ni valores recibidos estos cuatro años de carrera, ni sin el apoyo y paciencia de mis allegados durante la realización de este.

Quisiera expresar mi gratitud hacia mi tutora, Soledad Ferreras Mencía, por orientarme y acompañarme durante el largo e incierto proceso de elaboración del trabajo. Hacia todos aquellos profesores de la universidad y enfermeros de prácticas que me han acogido y han contribuido a mi aprendizaje más allá de las técnicas enfermeras. Hacia mis amigos por su paciencia, apoyo emocional y comprensión durante mis épocas de incertidumbre, de estrés y de aislamiento en exámenes. Y por encima de todo, hacia mis padres, por invertir en mi formación, confiar en mí y ser mi apoyo incondicional. Por ellos soy la persona que soy hoy en día y he llegado hasta aquí.

Gracias.

Estado de la cuestión

Se describirá el síndrome del intestino irritable haciendo hincapié en su clínica, etiología, diagnóstico, clasificación, incidencia, factores de riesgo y su afectación a la vida diaria de los pacientes.

Se ha elaborado una búsqueda bibliográfica a través de: encuentr@, uniteca, ibecs, SciELO, enfermería21, Enferteca, Google académico y Dialnet; utilizando como palabras clave: SII, colon irritable, estrés, cerebro-intestino, FODMAP, cortisol, nutrición, microbiota, dispareunia, psicología, probióticos, etiología. Se realizó la búsqueda entre noviembre de 2022 y marzo de 2023.

1. Síndrome Intestino Irritable

El síndrome del intestino irritable anteriormente llamado colon irritable es un trastorno gastrointestinal funcional y crónico. (Niño Virtudes, 2019b)

Su sintomatología se caracteriza por dolor abdominal tipo cólico o punzante, pudiendo estar localizado en la zona infraumbilical izquierda, en el colon sigmoideo, o irradiado. Se acompaña de otros síntomas tales como cambios en el hábito intestinal (frecuencia, consistencia de las heces, tamaño), distensión abdominal, náuseas, reflujo gástrico, pirosis, dolor pélvico, dispareunia, dismenorrea o alteraciones en la micción. (Niño Virtudes, 2019a)

Se asocia etiológicamente a factores psicológicos como estrés o ansiedad, ya que hay una interacción entre el cerebro y el intestino bidireccional en la cual el SNC puede alterar el correcto funcionamiento intestinal, y a su vez, dichos cambios repercuten en la salud mental, pudiendo provocar ambos la existencia del otro, es decir la disfunción del sistema nervioso central puede provocar el síndrome, así como dicho síndrome puede provocar los efectos psicológicos. También se asocia a malabsorción, infecciones ya que según los estudios encontrados tras una gastroenteritis aguda una persona puede desarrollar SII en un 30%, hipersensibilidad visceral, trastornos en la motilidad, factores genéticos y alteraciones de la microbiota, como la disbiosis: cambio de exceso o disminución en la biodiversidad de la microbiota intestinal, la cual se cree podría ser una de las causas del síndrome debido a la alteración de las bacterias defensivas de nuestro organismo, y por lo tanto tratando dicha alteración se trataría el síndrome intestinal.

Se asocia a la hiperpercepción del dolor visceral y al aumento de la permeabilidad en la mucosa intestinal, que provoca la notoria inflamación.

Cabe destacar que no existe causa específica identificable para dicha patología. (Niño Virtudes, 2019c) (García Patricia et al., 2021).

La microbiota es un conjunto de microorganismos o bacterias alojados en el intestino. La flora intestinal está formada por numerosas bacterias que se pueden dividir en bacterias productoras de ácido láctico como lactobacillus, bifidobacterias, Streptococcus, enterococos; bacterias de putrefacción como staphylococcus, Escherichia Coli, bacteroides; y otros microorganismos, como cándida. Su función es metabólica, fermentando carbohidratos, produciendo ácidos grasos, sintetizando vitaminas B y K, controlando la proliferación de células epiteliales, etc.; protectora de agentes patógenos mediante la estimulación del sistema inmune produciendo anticuerpos y la resistencia a la colonización gracias a la capa secretora y de moco epitelial que inhibe el crecimiento de hongos y bacterias dañinas; e inmunológica influyendo en el desarrollo de los componentes humorales del sistema inmune y modulando la producción de citoquinas.

La microflora del colon está compuesta por anaerobios, clostridios, enterobacterias, bacteroides, bifidobacterias, etc. En el SII la diversidad de la flora es indeterminada, pudiendo haber cambios en el número y composición de la misma. No existen estudios que evidencien su constitución, únicamente el estudio de las heces de pacientes con dicha afectación por Balsari en 1980 donde se demostró una disminución en las especies de lactobacillus, bifidobacterias y coliformes. (Gómez Mario & Acero Fanny, 2011)

La comunicación desde el intestino al cerebro se mantiene mediante: el nervio vago y las neuronas espinales aferentes, mediadores inmunes o citoquinas, hormonas intestinales y moléculas de señalización derivadas de la microbiota intestinal. Al contrario, las señales del cerebro al intestino se transmiten mediante neuronas del sistema nerviosa autónomo y factores neuroendocrinos.

En condiciones normales dichas señales alcanzan regiones subcorticales del cerebro, el hipotálamo y el tallo cerebral. Sin embargo, en condiciones anómalas pueden alcanzar la corteza cerebral, produciendo los síntomas característicos del síndrome.

En la Figura 1, se expone la relación normal y alterada entre el intestino y el cerebro.

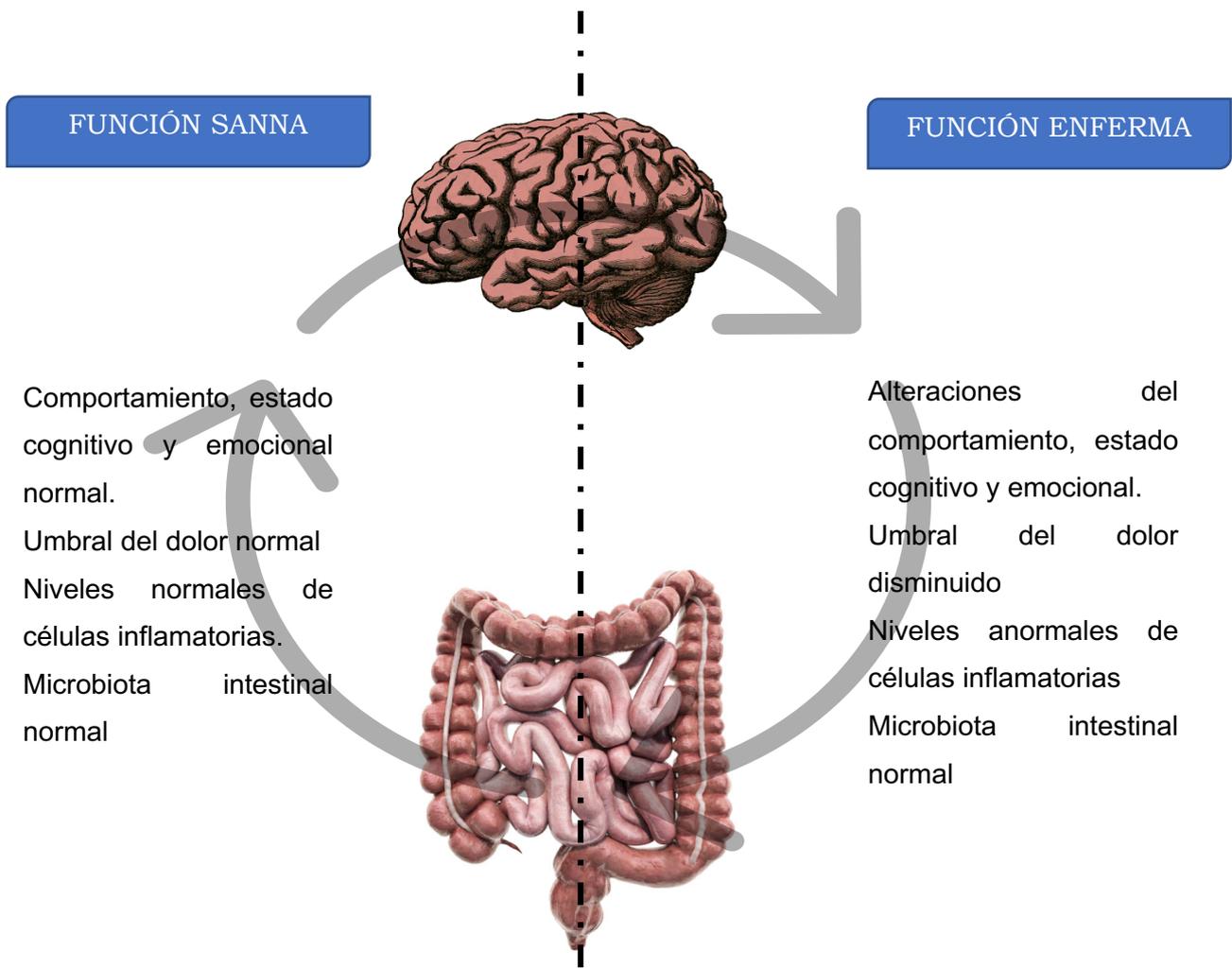


Figura 1: Relación intestino – cerebro en pacientes sanos frente a pacientes enfermos.
 Fuente: adaptado de (Cryan John & Dinan Timothy, 2012)

El sistema digestivo contiene el sistema nervioso entérico desde el esófago hasta el ano, que está formado por el plexo Auerbach, cuyas motoneuronas controlan la motilidad del tracto, y el plexo Meissner, cuyas motoneuronas controlan las secreciones del tubo digestivo, y es regulado por el sistema nervioso autónomo a través del sistema simpático, disminuyendo la secreción y motilidad del tubo, y del sistema parasimpático, aumentando la secreción y motilidad del tracto.

Por lo tanto, las emociones pueden enlentecer las digestiones, al activar las neuronas simpáticas que hacen sinapsis con las neuronas entéricas.

Los neurotransmisores son sustancias químicas responsables de la transmisión de información en el cerebro y causantes de las funciones mentales de nuestro organismo. Dichas sustancias se obtienen de los nutrientes de nuestra alimentación formando los neurometabolitos que se alteran al alterarse la microbiota y modifican nuestra función cerebral. Estos neurotransmisores son: serotonina, dopamina, GABA.

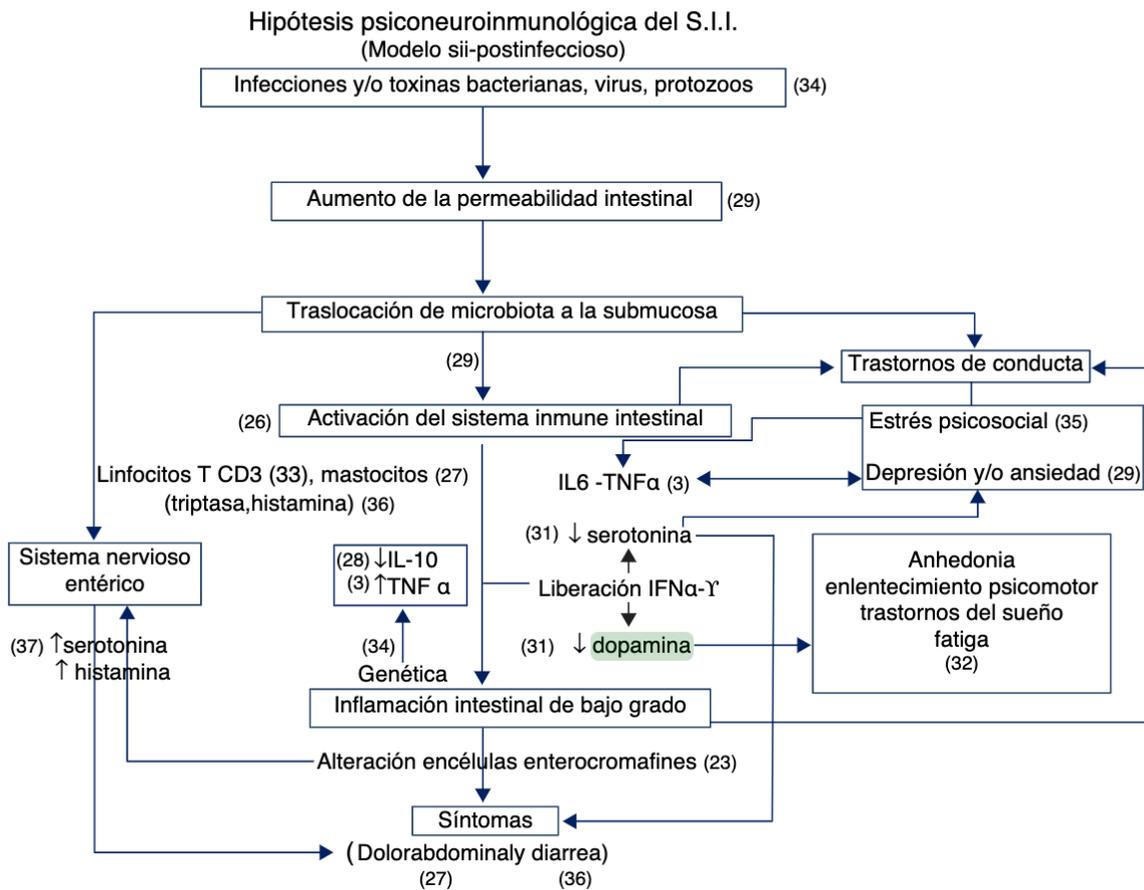


Figura 2: Hipótesis psiconeuroinmunológica del SII. Fuente: (Sebastián Juan José & Sebastián Beatriz, 2015)

Según la hipótesis de la Figura 2, tras ciertas infecciones bacterianas, toxinas bacterianas, virus o protozoos se produciría un aumento de la permeabilidad intestinal, facilitando el paso de la microbiota de la mucosa a la submucosa. De manera que se activaría el sistema inmune liberando citoquinas inflamatorias, dando como resultado la característica inflamación intestinal. Podría ser responsable de las variaciones de conducta en pacientes con SII.

El estrés permanente activa al eje hipotalámico-pituitario-adrenal, lo que supone un aumento en la producción de la hormona liberadora de corticotropina (CRF) que viaja del hipotálamo a la hipófisis provocando la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACH). Dicha hormona viaja por la sangre hasta las glándulas adrenales del riñón, donde se libera **cortisol**. El cortisol actúa en sensaciones de estrés o amenaza en las que el cuerpo requiere energía para combatirlo, provocando: taquicardia para favorecer el transporte de sangre y nutrientes al cuerpo, taquipnea, sudoración, temblor, problemas digestivos, boca seca, bloqueo mental, sensación de ahogo, inhibición de la inflamación y la secreción de insulina para liberar glucosa y proteínas a la sangre.

El estrés puede producirse en situaciones de amenaza reales, físicas o percibida mentalmente en las que se libera cortisol de manera constante siendo perjudicial para el organismo al modificar la respuesta del sistema inmunológico e inflamatorio.

Sus síntomas característicos pueden ser problemas para conciliar el sueño, sensación de agotamiento por la mañana, irritabilidad, ansiedad, ataques de pánico, dermatitis, trastornos gastrointestinales, alopecia, problemas de tiroides, parestesias, trastornos en la fertilidad, depresión, problemas de concentración, atención o memoria, ya que afecta al hipocampo, zona de los recuerdos.

Relacionando el estrés con el SII, sus principales efectos son alteraciones en la motilidad y secreción gastrointestinal, aumento en la percepción visceral, disminución de la capacidad regenerativa de la mucosa gastrointestinal y su flujo sanguíneo, y alteraciones de la microflora y microbiota intestinal. (Tusell Mercè,)

Para poder saber si el paciente se encuentra bajo estrés o medir cuánto de estresado está un paciente debemos conocer las dimensiones del estrés. La dimensión ambiental se centra en los sucesos vitales estresores, la psicológica se basa en la experiencia subjetiva y respuesta emocional frente a los agentes de estrés, y la biomédica se enfoca en la fisiología implicada en el afrontamiento de las cuestiones vitales.

La Escala de Estrés Percibido, propuesta por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983, nos permite medir la respuesta psicológica a los estresores, aquellas situaciones, estímulos o condiciones que generan estrés. Se observa en la figura 3 que está compuesta por 10 cuestiones de 5 opciones de respuesta de frecuencia cada una, de manera que se obtiene una calificación de mayor estrés percibido a mayor puntuación.(Cozzo & Reich, 2016)

Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Figura 3: Escala Estrés Percibido–10 y puntuación de las opciones de respuesta. Fuente:

(Campo Adalberto et al., 2014)

1.1. Diagnóstico

Su diagnóstico se realiza por exclusión, realizando diferentes pruebas complementarias que descarten patologías orgánicas, así como diferentes cuestionarios y escalas.

En 1970 se definieron los primeros criterios diagnósticos por Manning, los cuales se obtuvieron al comparar a pacientes con dolores abdominales y patología orgánica de aquellos que a pesar de padecer dolores abdominales no presentaban ninguna enfermedad orgánica. Siguiendo los criterios de Manning debe presentar dolor abdominal frecuente, continuo o recidivante, es decir más de 6 episodios en 1 año, asociado a más de una de estas características:



Figura 4: Criterios diagnósticos de Manning. Fuente: adaptado de (Bixquert Jiménez, 2001) (Spiller et al., 2007) (Solorza, 2002)

En 1990 se publicaron los criterios ROMA I, siendo actualizados en 1999 a ROMA II, ROMA III en 2006 y finalmente, a ROMA IV en 2016. Siguiendo los criterios Roma IV (Figura 1.) se determina la duración de los síntomas durante los últimos 3 meses y deben haberse iniciado los síntomas entre los 6 meses anteriores al diagnóstico. Describen el síndrome como aquel cuyos síntomas son dolor abdominal recurrente, mínimo 1 vez a la semana, relacionado con:

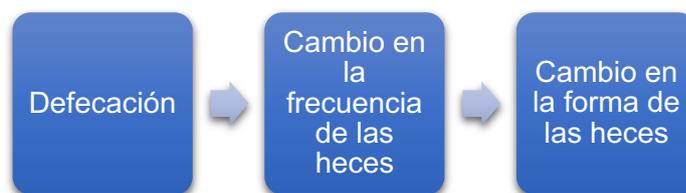


Figura 5: Criterios ROMA IV. Fuente: adaptado de (Satrústegui Ollaquindia Leyre et al., 2021)

La escala de heces de Bristol, figura 6, es una tabla muy visual planteada para clasificar las heces en 7 tipos. De tal manera que los tipos 1 y 2 representan heces duras, de estreñimiento, los tipos 3 y 4 heces blandas y los tipos 5, 6 y 7 heces líquidas, de diarrea.

Dicha tabla ayuda a clasificar los síntomas del paciente en los diferentes tipos de síndrome. (Heaton y Lewis 1997)

TIPO 1		Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad.
TIPO 2		Como una salchicha compuesta de fragmentos.
TIPO 3		Con forma de morcilla con grietas en la superficie
TIPO 4		Como una salchicha, lisa y blanda
TIPO 5		Trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente.
TIPO 6		Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa.
TIPO 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida.

Figura 6: Escala de Bristol. Fuente: adaptado de (Mearin et al., 2017)

Según la encuesta realizada a varios gastroenterólogos españoles sobre la práctica a seguir en pacientes con el síndrome, un buen método diagnóstico sería la realización de pruebas complementarias como: análisis de sangre, estudio de hormonas tiroideas, coprocultivo, anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa para valorar la celiaquía, colonoscopia, ecografía, enema opaco, tránsito intestinal baritado, gastroscopia y manometría anorrectal. (Almansa et al., 2011)

1.2. Clasificación

Numerosos autores clasifican el SII según el hábito intestinal, partiendo de los criterios de Manning y Roma, como se muestra a continuación:

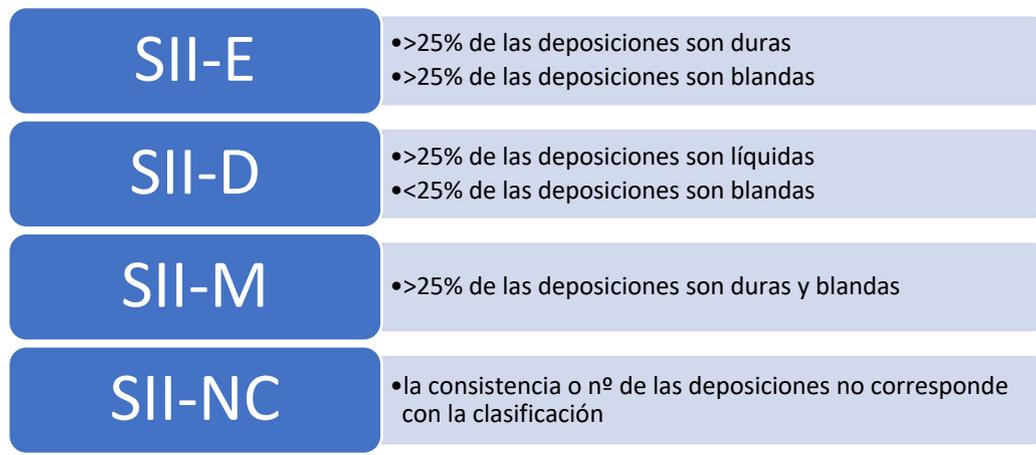


Figura 7: Clasificación síndrome intestino irritable. Fuente: adaptado de (Castañeda-Sepúlveda Rafael, 2010)

Un estudio en México especificó qué porcentaje de su población tenía SII, diferenciándolos por subtipos, padeciendo el 50% de la población SII-E, el 28,2% SII-D y el 21,8% SII-M, habiendo tan solo un 1% con SII-NC (Sánchez Jaime et al., 2017)

Sin embargo, muchos de los pacientes experimentan cambios entre los cinco subtipos a lo largo del tiempo, por lo que dicha clasificación no sería del todo exacta ni clara para estudiar los síntomas y realizar un seguimiento.

1.3. Incidencia

La prevalencia e incidencia del SII son difíciles de cuantificar de manera clara. Su prevalencia mundial es diversa según distintos artículos desde 7% hasta 20%, siendo más común con un 65% en mujeres que, en hombres, debido en gran medida a la diferencia de las hormonas sexuales. (Andrews et al., 2005) (Wilson et al., 2004)

La prevalencia de SII según las diferentes partes del mundo ordenadas de mayor a menor grado es: Asia, Latinoamérica, Brasil, México, Europa, Canadá, Australia y Estados Unidos. Según el nivel de escolaridad suele presentarse usualmente en aquellos usuarios con niveles primarios de estudios, seguido de universitarios, con nivel de estudios secundarios y bachillerato. Por último, según la edad es más frecuente en adultos mayores de 35 años, especialmente entre los 35 y 44 años, y menor frecuente en menores de 34 años.

(Valerio et al., 2010)

1.3.1. Afectación de la vida diaria

Un estudio de 2018 reveló la duración media de 4 años que deben esperar los pacientes para recibir su diagnóstico, siendo muy complicado el acceso a una buena atención y tratamiento.

Dicho síndrome afecta y dificulta en muchos aspectos la vida diaria de los pacientes.

El dolor es una figura clave en el síndrome, ya que se convierte en una constante diaria que puede experimentar diferentes características y para el cual no tenemos tratamiento sintomático. Vivir con dolores afecta directamente a nuestro cerebro, presenciamos ansiedad e incluso depresión, toda actividad que realicemos o buena noticia convive con el sufrimiento que supone la patología.

Cuando nuestro cuerpo está frente a una amenaza real o psicológica, se produce una respuesta de alerta que prepara a nuestro organismo para luchar contra dicha amenaza y sobrevivir. Pero cuando estamos expuestos a un estrés constante, nuestro cuerpo no deja de luchar contra la amenaza y acaba siendo perjudicial para nosotros.

Los pacientes suelen hacer un seguimiento diario de sus síntomas, frecuencia de deposiciones, nivel de estrés, estado de ánimo, actividad física, ingestas, etc. que les obliga a mantener un estado de concentración y alerta desmotivador y agotador.

Lo propio en la alimentación suele ser la eliminación de todo aquel alimento o grupo de alimentos que consideran causante de su sintomatología, produciéndose una dieta muy limitada que obliga a investigar sobre alimentos nuevos, ecológicos, recetas apetecibles, etc. y que pone en riesgo el nivel nutricional del paciente.

Nuestra forma cultural de relacionarnos es a través de la gastronomía. Las salidas sociales son a cenas, comidas, el cine, fiestas, tapas, cañas, etc. Por lo que se evidencia o bien un comportamiento evitativo a situaciones sociales por temor a experimentar la sintomatología del síndrome lo cual nos lleva al aislamiento, o bien una actitud permisiva, en la que se salta la dieta que nos provoca vivir con dolores y los sucesivos problemas constantemente.

El estado anímico del paciente depende directamente del síndrome y suele ser cambiante ya que la sintomatología es muy variable y esporádica en el tiempo. La tónica general suele ser fatiga, preocupación, ansiedad, inapetencia...ligado a la rutina establecida para mejorar y un constante análisis del estilo de vida diario para relacionar la sintomatología.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) deriva de la definición sobre la salud de la OMS en 1948 describiéndola como “un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como la ausencia de enfermedad”. Más tarde en 1994 se define la calidad de vida como “percepción de un individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Por lo tanto, la CVRS podría ser la percepción que tienen las personas de su nivel de bienestar subjetivo. (Lemus Nicolás et al., 2014)

Para cuantificar la CVRS se utilizan instrumentos de medida como el Cuestionario de Salud SF-36, representado en la Figura 8, desarrollado en EEUU y traducido al español siguiendo el cuestionario International Quality of Life Assessment (IQOLA). Puede ser utilizado en personas mayores de 14 años y consta de 36 preguntas sobre estadios positivos y negativos de la salud clasificadas en 8 categorías, cuya alta puntuación significa un buen estado de salud.

Significado de los resultados de 0 a 100			
Categorías	N.º de preguntas	Baja puntuación (0)	Alta puntuación (100)
Función Física	10	Muy limitada para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo ni otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Figura 8: Cuestionario salud SF-36 Fuente: adaptado de The MOS 36-item Short Form Health Survey (Vilagut et al., 2005)

1.4. Estilo de vida en las personas con SII

Se adaptará el tratamiento a las características de cada paciente. El mejor tratamiento es la prevención, basada en una adecuada alimentación, ejercicio físico y calidad de vida.

Se puede hacer uso de fármacos para aliviar los síntomas puntuales, como espasmolíticos, procinéticos, ansiolíticos, antidiarreicos, laxantes o incluso probióticos, que actúan en la regulación de la microbiota intestinal pudiendo ser incluso específicos para cada síntoma según un análisis. (Ortiz María et al., 2013)

1.4.1. Dieta

El estrés crónico incrementa la ingesta de alimentos “apetecibles” y ricos en calorías, así como también inhibe la sensación de saciedad, por lo tanto, la persona que padece estrés crónico ingiere constantemente los mismos alimentos, que además de no ser beneficiosos por su alto contenido en calorías, no le otorgan todos los nutrientes que necesita. (Vergara et al., 2022)

El síndrome se caracteriza por una alteración de la microbiota aumentando los firmicutes y disminuyendo los bacteroides. Dicha flora intestinal es influenciada por varios alimentos como la fibra, probióticos, prebióticos, simbióticos, fermentados y FODMAP. Los últimos estudios revelan que una dieta baja en FODMAP mejoraría los síntomas de los pacientes ya que incrementa los bacteroides y disminuye los firmicutes. (Huerta-De La Torre, 2022)

Dicha dieta se basa en restringir o disminuir a la mínima cantidad posible los oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables. Se ha demostrado que produce menos síntomas, pero su indicación debe ser de duración limitada para evitar malnutrición por defecto de nutrientes. (Mearin et al., 2014)

El consumo de FODMAP puede causar diversos efectos en el sistema gastrointestinal, algunos de los cuales pueden ser productivos, como aumentar el volumen de las heces, mejorar la absorción de calcio y aumentar la producción de ácidos grasos de cadena corta. Además, se ha observado una estimulación selectiva de ciertos componentes de la microbiota, como el bifidobacterium, lo que puede beneficiar el crecimiento y la función de la microbiota intestinal.

Un estudio aleatorizado, controlado y doble ciego de Halmos et al. comparó la dieta australiana tradicional con una dieta baja en FODMAP en pacientes con SII. los síntomas se evaluaron diariamente utilizando una escala visual análoga (EEVA) y se recogieron todas las deposiciones durante el estudio para controlar el peso, el contenido de agua y la clasificación de King. Un 70% de los pacientes con el síndrome experimentó una mejoría significativa en sus síntomas con la dieta baja en FODMAP.

Otro estudio retrospectivo de 82 pacientes con SII en el Reino Unido mostró que aquellos pacientes que recibieron una dieta baja en FODMAP experimentaron una mayor mejoría en los síntomas en comparación con los que recibieron una dieta estándar.

Otro estudio prospectivo, aleatorizado y controlado de 41 pacientes con SII encontró que los pacientes que seguían una dieta baja en FODMAP notificaron un mayor alivio general de los síntomas del SII y de la frecuencia de las deposiciones.

La ingesta de fructosa y fructanos puede inducir distensión abdominal debido al aumento del agua luminal. Se encontró que la fructosa, pero no la inulina (fructanos), distiende el intestino delgado debido al aumento del agua luminal y que la inulina más que la fructosa, distiende el colon debido a mayor cantidad de gas. (Figueroa Carolina, 2015)

Una medida de prevención o tratamiento de la patología es el uso de probióticos, microorganismos vivos beneficiosos para el huésped como lactobacillus, bifidobacterias, etc. También se hace uso de los prebióticos, sustancias que estimulan la reproducción de microorganismos de la flora como los oligosacáridos o fructooligosacáridos que darían lugar a las bifidobacterias. Ambos contribuyen en el mantenimiento de la motilidad intestinal y conservación de la flora. (Gómez Mario & Acero Fanny, 2011)

1.4.2. Psicoterapia

Existe una comorbilidad entre el SII y enfermedades psicológicas, como ansiedad y depresión, y una de las razones podría ser la ya explicada presencia de alteración de la microbiota intestinal en ambas patologías. Whitehead et al, (2002) resaltó que un 94% de los pacientes con SII presentaban algún criterio de trastorno psiquiátrico. Además, los signos de malestar del SII coinciden con fases de dislocación cognitiva como frustración, hipervigilancia, etc.

La terapia psicológica de mayor evidencia es la cognitivo conductual (TCC). El proceso consta de tres ejes:

- Psicoeducación sobre la acción que ejercen las emociones.
- Generación de conocimiento sobre las respuestas que el paciente expresa ante síntomas del SII.
- Modificación de las respuestas para disminuir el malestar relacionado con el SII.

Otro modelo utilizado para la intervención del SII es el llamado tratamiento multicomponente (BFT) de Neff y Blanchard en 1987. Consiste en educar al paciente sobre su patología, entrenar la relajación muscular y proporcionar biorretroinformación de la temperatura. Se mide la temperatura corporal y se relaciona con el malestar del síndrome para enseñar al paciente a controlar su temperatura para así disminuir el dolor. (Murillo, 2022)

1.4.3. Fisioterapia

La actividad física es un factor muy importante en el tratamiento de la patología ya que ofrece beneficios para aliviar o disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida. Ayuda a reducir los síntomas depresivos, el estrés al tener un efecto positivo sobre la plasticidad cerebral, la fatiga, el estreñimiento, la ansiedad, etc. Un estudio de 2015 de intervención de 12 semanas de duración reveló que el mejor ejercicio para los pacientes eran caminatas, ciclismo y aeróbico. (Villalobos et al., 2020)

Justificación

Son varios los estudios que no consiguen relacionar el síndrome del intestino irritable con una causa específica, ni elaborar un plan terapéutico adecuado a dichos pacientes a pesar de relacionar varios factores modificables con la sintomatología del síndrome.

A pesar de ser un síndrome que afecta hasta un 20% de la población y de contar con un amplio número de estudios, los pacientes siguen sin tener un plan de actuación significativo. Se conoce por varios artículos la relación directa que tienen ciertos factores modificables sobre la calidad de vida de los pacientes, como, por ejemplo, el estudio DOMINO, que demuestra la efectividad de la dieta baja en FODMAP, o el estudio de 2015 de 12 semanas de intervención, que demuestra la efectividad de la actividad física.

Consideramos que, en este ámbito, la intervención enfermera es fundamental, puesto que desempeña una labor importante en el cuidado de los pacientes con síndrome del intestino irritable en las áreas biológica, psicológica y social. Influye en la calidad de vida de éstos, pues su función como cuidadora abarca la prevención de enfermedades, promoción de la salud, mantenimiento de la salud, atención e integración social del enfermo, alivio del sufrimiento, educación para la salud, donde se incluye un amplio conocimientos sobre la nutrición, e investigación entre otras muchas.

En función de todo lo expuesto, se elige dicho trabajo en aras de ofrecer una serie de recomendaciones para modificar el estilo de vida que nos permitirán evaluar su utilidad con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con SII.

Proyecto

1. Objetivos

1.1. Objetivo principal

Evaluar la efectividad de una consulta de enfermería sobre la mejora de la sintomatología y calidad de vida en pacientes mayores de 20 años y menores de 40 años con SII en el centro de salud Benavente Norte durante los meses de enero de 2024 a junio de 2024.

1.2. Objetivos específicos

- Seleccionar las recomendaciones necesarias para el control y seguimiento de pacientes con SII.
- Empoderar con información sobre su patología a los pacientes con SII.
- Favorecer cambios en la dieta y el estilo de vida de los pacientes para mejorar la sintomatología.
- Estudiar posibles cambios en la sintomatología del SII.
- Estudiar la mejora en los indicadores de calidad de vida de los pacientes con SII.

2. Hipótesis

La consulta de enfermería podría mejorar la sintomatología y calidad de vida en pacientes mayores de 20 años y menores de 40 años con SII.

3. Metodología

1.1. Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental con un grupo control no aleatorizado, en el que se realiza una intervención de enfermería. Es un estudio abierto en el que tanto los participantes como el investigador conocen el tipo de intervención, de carácter longitudinal ya que se llevará a cabo durante 6 meses pretendiendo percibir una evolución.

1.2. Sujetos de estudio

La población diana del estudio serán personas diagnosticadas de SII.

La población accesible serán personas diagnosticadas de SII que acuden a su centro de salud de la zona básica de Benavente norte

La población elegible serán aquellas personas diagnosticadas de SII que acuden a su centro de salud de Benavente norte y cumplen los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Toda persona mayor de 20 años y menor de 40 años diagnosticada de SII
- Toda persona que acepte participar
- Toda persona que no haya participado en ningún programa similar al presente proyecto

Criterios de exclusión:

- Toda persona que padezca otra enfermedad o síndrome gástrico diferente al SII.
- Toda persona que no hable la lengua castellana.
- Toda persona que padezca deterioro cognitivo.

El tamaño de la muestra del estudio será del número de personas necesarios hasta conseguir una evidencia significativa. Se ha calculado que el máximo de pacientes que podrá llevar al unísono una enfermera son 10 y que necesitaremos al menos un total de 50 usuarios para obtener resultados medibles, por lo que se alargará el proyecto hasta 2 años de duración.

Para contactar con los participantes se acudirá al centro de salud norte de Benavente, con unos 12.600 usuarios aproximadamente de ocupación, donde tras informar al equipo sanitario del proyecto, se repartirá un listado de inscripción para todos aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

Tras informar a los pacientes sobre el proceso y la metodología a seguir, así como todos los aspectos legales se les pedirá un consentimiento para acceder a su historia clínica y datos de contacto, a través de los cuales obtener:

- Factores de riesgo de padecer o estar padeciendo SII
- Antecedentes personales y familiares
- Antecedentes ginecológicos, en caso del grupo femenino.

1.3. Variables

La variable es un atributo o rasgo medible al que se le pueden asignar varios valores y está sujeto a cuantificación u observación durante un estudio.

El estudio se realizará con variables seleccionadas según indicadores de salud en pacientes con síndrome del intestino irritable con el objetivo de comprobar si son factores asociados a la presencia de SII, si son efectos secundarios al síndrome y para conocer cuales han mejorado tras la intervención.

Se estipulan tres grupos de variables representados en la figura 9:

1. Variables para describir la muestra según el sexo, la edad, el padecimiento de una infección en la infancia, la presencia de problemas ginecológicos, las características del dolor abdominal que genera tres grupos para posteriores análisis, la existencia de factores genéticos y la percepción de los pacientes sobre su enfermedad.
2. Factores que pueden influir en la sintomatología como son: la realización de ejercicio físico, las horas de ejercicio físico a la semana, las horas de sueño diarias, la calidad del sueño, la cantidad de fibra que se consume a la semana, el seguimiento de una dieta saludable, la adherencia al tratamiento y el nivel económico-social del paciente.
3. Indicadores de sintomatología serían la presencia de dolor abdominal, distensión abdominal y estreñimiento o diarrea.

VARIABLE	TIPO	Unidad de medida	DESCRIPCIÓN
Sexo	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	1. Hombre 2. Mujer	Indica el género de los pacientes
Edad	Cuantitativa, Discreta	Años	Indica el rango de edad de los pacientes
Estrés	Cuantitativa, Discreta	Número de frecuencia	Indica el grado de estrés al que está sometido el paciente
Infección en la infancia	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	1. Ha tenido infección 0. No ha tenido	Indica la existencia o no existencia de haber padecido una infección gástrica en la infancia
Ejercicio físico	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	1. Sí 2. No	Indica si los pacientes realizan actividad física
Horas de ejercicio físico a la semana	Cuantitativa, Discreta	Número de horas de ejercicio físico	Indica con qué frecuencia los pacientes realizan ejercicio físico.
Horas de sueño diarias	Cuantitativa, Discreta	Número de horas de sueño	Indica la cantidad de horas que duermen los pacientes al día
Calidad del sueño	Cualitativa, Nominal	1. Satisfactorio 2. Insomnio 3. Hipersomnia	Indica si el sueño es reparador o no.
Consumo de fibra a la semana	Cuantitativa, Discreta	Número de veces que consume fibra.	Indica si los pacientes incluyen la fibra en su alimentación y en qué cantidad
Dieta saludable	Cualitativa, Nominal	0. Nunca 1. A veces 2. Siempre	Indica si los pacientes mantienen una dieta saludable.
Problemas ginecológicos	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	1. Ha tenido 0. No ha tenido	Indica si los pacientes femeninos padecen algún problema ginecológico
Presencia de dolor abdominal	Cualitativa, Nominal	0. Nunca 1. Alguna vez 2. Frecuentemente 3. Siempre	Indica la frecuencia con la que los pacientes padecen dolor abdominal

Características dolor abdominal	Cualitativa, Nominal	1. Punzante 2. Cólico 3. Irradiado	Indica las características del dolor abdominal.
Distensión abdominal	Cualitativa, Nominal	0. Nunca 1. Alguna vez 2. Frecuentemente 3. Siempre	Indica la frecuencia con la que los pacientes presentan distensión abdominal.
Presencia de estreñimiento o diarrea	Cualitativa, Nominal	0. Nunca 1. Alguna vez 2. Frecuentemente 3. Siempre	Indica la frecuencia con la que los pacientes presentan cambios en las deposiciones
Sintomatología	Cuantitativa, Escalar		Suma de tres indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor abdominal ▪ Distensión abdominal ▪ Estreñimiento o diarrea
Adherencia al tratamiento	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	4. Sí 0. No	Indica si los pacientes cumplen el tratamiento prescrito
Nivel económico/social	Cualitativa, Nominal	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Indica el nivel económico de los pacientes y la posición que ocupan en la sociedad
Factores Genéticos	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	1. Tiene 0. No tiene	Indica si los pacientes tienen algún familiar que padece trastornos digestivos
Percepción autocontrol de la enfermedad	Cualitativa, Nominal	1. Nada 10. Todo	Indica si los pacientes creen poder hacerse cargo de todos los aspectos de su propia enfermedad adecuadamente.

Figura 9: variables del estudio

1.4. Instrumentos de medida

VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDIDA
Sexo	Cuestionario (Anexo 1)
Edad	Cuestionario (Anexo 1)
Estrés	Escala Estrés Percibido (Figura 3)
Infección en la infancia	Cuestionario (Anexo 1)
Ejercicio físico	Cuestionario (Anexo 1)
Horas de ejercicio físico a la semana	Cuestionario (Anexo 1)
Horas de sueño diarias	Cuestionario (Anexo 1)
Calidad del sueño	Cuestionario Oviedo (Anexo 4)
Consumo de fibra a la semana	Cuestionario (Anexo 1)
Dieta saludable	Cuestionario (Anexo 1)
Problemas ginecológicos	Cuestionario (Anexo 1)
Presencia de dolor abdominal	Cuestionario (Anexo 1)
Características del dolor abdominal	Cuestionario (Anexo 1)
Distensión abdominal	Cuestionario (Anexo 1)
Presencia de estreñimiento o diarrea	Cuestionario (Anexo 1)
Sintomatología	Cuestionario (Anexo 1)
Adherencia al tratamiento	Test de Morisky - Green (Anexo 5)
Nivel económico/social	Cuestionario (Anexo 1)
Factores genéticos	Cuestionario (Anexo 1)
Percepción autocontrol de la enfermedad	Cuestionario (Anexo 1)

Figura 10: instrumentos de medida de las variables.

1.5. Intervención

Se basa en una serie de recomendaciones especializadas en el SII dirigida a las enfermeras para realizar un correcto abordaje y seguimiento de la patología ya que la enfermera es una figura clave tanto en la promoción como en la prevención de la salud.

La intervención será llevada a cabo por las enfermeras del centro de salud Benavente Norte, quienes siguiendo las recomendaciones expuestas realizarán un seguimiento de aquellos pacientes con SII para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

Se trata de analizar todos los factores causantes, convivientes o desencadenantes del síndrome de intestino irritable como pueden ser: hábitos alimenticios, deposiciones, sintomatología, calidad de vida, estrés, sueño, ejercicio físico, genética, antecedentes, concienciación de la patología, disposición para mejorar, estado anímico, etc. con el fin de establecer un plan de acción basado en métodos evidenciables y siguiendo la respuesta del organismo a los mismos personificándose a cada usuario para conseguir mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.

El tiempo de intervención podrá variar en función de las circunstancias del paciente, pero se calculan 6 meses para poder notar cambios de salud por cada paciente.

Las consultas serán presenciales en la consulta de enfermería del centro de salud e individuales. La duración de cada consulta deberá adaptarse a cada fase del proyecto.

1.5.1. Valoración

La valoración debe realizarse en la primera toma de contacto con el paciente y reevaluarse a lo largo de todo el proceso. Nos permite identificar problemas o necesidades, reunir la información sobre el paciente y sus circunstancias con el fin de proporcionarle los cuidados adecuados.

Se realizará una valoración del paciente siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon:

1) Percepción – control de la salud

Se valorará su aspecto personal, la actitud frente a la enfermedad, adaptación al régimen terapéutico y conciencia sobre la enfermedad.

2) Nutrición – metabólico

Se evaluará el hábito alimenticio, capacidad de tomar bebida y comida, así como y en cantidades adecuadas.

3) Eliminación

Se evaluará la función excretora cutánea, intestinal, vesical y la necesidad de usar fármacos.

4) Actividad – ejercicio

Se evaluará la autonomía en la realización de las actividades básicas diarias, ocio, factores fisiológicos, hábito de movilidad.

5) Sueño – descanso

Se evaluará el hábito de sueño, descanso, horas, edad, pesadillas.

6) Cognitivo – perceptivo

Se evaluará la conciencia, orientación en las tres esferas, percepción, memoria, inteligencia, pensamiento y lenguaje.

7) Autopercepción – autoconcepto

Se evaluará la autodescripción de sí mismo, sentimientos, comportamientos, identidad personal.

8) Rol – relaciones

Se evaluará la estructura y roles familiares, laborales y sociales, responsabilidades personales.

9) Sexualidad – reproducción

Se evaluará la conducta alterada

10) Adaptación – tolerancia al estrés

Se evaluará la resistencia a los cambios, control al estrés, soporte de la familia

11) Valores y creencias

Se evaluará todo aquello que la persona considere importante en su vida. (Herrera et al., 2003)

1.5.2. Diagnóstico

Se realizarán todos aquellos diagnósticos necesarios acordes a la situación personal de los pacientes a lo largo de su evolución, siguiendo las sucesivas valoraciones.

Posibles diagnósticos por evaluar:

- 1) **[00015] Riesgo de estreñimiento:** susceptible de evacuación infrecuente o difícil de heces, que puede comprometer la salud manifestado por alteración de la rutina habitual, relacionado con enfermedades del sistema digestivo.
NOC: [1411] autocontrol del trastorno de la alimentación.
NIC: [430] control intestinal, [200] fomento del ejercicio, [1100] manejo de la nutrición.
- 2) **[00011] Estreñimiento:** evacuación de heces infrecuente o con dificultad manifestado por sensación de evacuación incompleta, relacionado con alteración de la rutina habitual.
NOC: [1608] control de síntomas
NIC: [430] control intestinal, [5612] enseñanza, ejercicio prescrito, [1120] terapia nutricional.
- 3) **[00013] Diarrea:** evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas diarias manifestado por urgencia intestinal, relacionado con enfermedades gastrointestinales.
NOC: [0500] continencia intestinal.
NIC: [430] control intestinal, [1100] manejo de la nutrición, [2390] prescribir medicación.

- 4) **[00196] Motilidad gastrointestinal disfuncional:** aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el tracto gastrointestinal manifestado por distensión abdominal, relacionado con estresores.
NOC: [1608] control de síntomas
NIC: [524] asesoramiento nutricional, [200] fomento del ejercicio, [1020] etapas en la dieta.
- 5) **[00146] Ansiedad:** respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia manifestado por hipervigilancia, relacionado con estresores.
NOC: [1300] aceptación estado de salud.
NIC: [5270] apoyo emocional, [5240] asesoramiento, distracción.
- 6) **[00214] Disconfort:** percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social manifestado por expresa descontento con la situación, relacionado con control inadecuado sobre la situación.
NOC: [2002] bienestar personal.
NIC: [5395] mejora de la autoconfianza, [5440] aumentar los sistemas de apoyo, [5820] disminución de la ansiedad.
- 7) **[00198] Trastorno del patrón del sueño:** despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado manifestado por ciclo sueño-vigilia no reparador, relacionado con alteraciones del entorno.
NOC: [0003] descanso
NIC: [6040] terapia de relajación, [5960] facilitar la meditación, [6480] manejo ambiental.
- 8) **[00163] Disposición para mejorar la nutrición:** patrón de consumo de nutrientes que puede ser reforzado manifestado por expresa deseo de mejorar la nutrición.
NOC: [1621] conducta de adhesión: dieta saludable.
NIC: [5510] educación para la salud, [4480] facilitar la autorresponsabilidad, [1160] monitorización nutricional.
- 9) **[00307] Disposición para mejorar el compromiso con el ejercicio:** patrón de atención a la actividad física caracterizado por movimientos del cuerpo planificados, estructurados y repetitivos, que puede ser reforzado, manifestado por expresa deseo de mantener el bienestar físico a través de la actividad física.
NOC: [2004] forma física
NIC: [200] fomento del ejercicio, [201] fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza, [202] fomento del ejercicio: estiramientos.

- 10) **[00255] Síndrome del dolor crónico:** dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de 3 meses y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar manifestado por deterioro de la regulación del estado de ánimo, relacionado con temor al dolor.
NOC: [1843] conocimiento: manejo del dolor.
NIC: [2300] administración de medicación, [5330] control del estado de ánimo, [5230] mejorar el afrontamiento.
- 11) **[00052] Deterioro de la interacción social:** cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social manifestado por expresa malestar en situaciones sociales, relacionado con aislamiento terapéutico.
NOC: [1604] participación en actividades de ocio.
NIC: [4362] modificación de la conducta: habilidades sociales, [5230] mejorar el afrontamiento, [8340] fomentar la resiliencia.
- 12) **[00054] Riesgo de soledad:** susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud relacionado con privación emocional.
NOC: [1902] control del riesgo
NIC: [5000] elaboración de relaciones complejas, [5400] potenciación de la autoestima, [4310] terapia de actividad.

1.5.3. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico prescrito por medicina se centrará en paliar los síntomas derivados del síndrome, con los siguientes grupos:

- 1) Espasmolíticos: son relajantes musculares esqueléticos que intervienen sobre los centros nerviosos y deprimen la actividad del músculo esquelético para disminuir así el tono y los movimientos involuntarios. Se emplean para relajar la musculatura lisa del tracto intestinal, mejorando así el dolor abdominal. Un ejemplo sería: mebeverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio, trimebutina, levosulprida y bromuro de butilescolamina.
Usados a dosis altas pueden producir retención urinaria, estreñimiento, xerostomía o alteraciones visuales.
- 2) Laxantes: indicado en pacientes con SII de tipo estreñimiento. Inicialmente se aconseja el uso de incrementadores del bolo fecal, si estos no funcionan se probarán laxantes osmóticos. Un ejemplo sería: ispaghula husk, lactulosa, macrogol y sorbitol.

- 3) Antidiarreicos: indicado en pacientes con SII predominante tipo diarreico para disminuir la motilidad intestinal y aumentar la reabsorción de electrolitos y agua. Un ejemplo sería: loperamida y difenoxilato.
- 4) Procinéticos: indicados en pacientes con SII de tipo estreñimiento con el fin de aumentar la frecuencia de las deposiciones y disminuir la consistencia de las heces. Un ejemplo sería: cisaprida y domperidona.
- 5) Probióticos: indicados para mejorar la flora intestinal. Un ejemplo sería: Lactobacillus y bifidobacterium.
- 6) Antidepresivos: podría ser útil el empleo a dosis bajas en pacientes que sufren ansiedad o depresión. Un ejemplo sería: los antidepresivos tricíclicos tales como doxepina, trimipramina, amitriptilina, desipramina y, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tales como paroxetina y fluoxetina. (Gómez Adela, 2008) (Martín Sagarrio et al., 2008)

Se deberá hacer un seguimiento del cumplimiento de la medicación, indicando el nivel en el cual las acciones de una persona en relación con la toma de medicamentos coinciden con las recomendaciones acordadas por el profesional de la salud.

Se evaluará la adherencia terapéutica de los pacientes mediante el Test de Morisky-Green (Anexo 5). Dicho test consiste en cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no con el fin de evaluar los obstáculos que impiden una adhesión terapéutica adecuada. Si las actitudes no son correctas, se entiende que el paciente no está adherido al tratamiento, entendiéndose que el paciente está adherido al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas.

Respuestas correctas: 1-NO, 2-SÍ, 3-NO, 4-NO. (Pagès Neus & Valverde María Isabel, 2018)

1.5.4. Actividad física

Hacer actividad física aeróbica de intensidad moderada durante menos de 60 minutos podría ser seguro para manejar de forma más efectiva los síntomas de ciertas enfermedades del sistema digestivo.

El colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) ha establecido que, para mantener una buena salud, los adultos deben realizar como mínimo 150 minutos a la semana de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa cada semana.

Además, deben realizar ejercicios de fuerza en los grupos musculares principales (hombro, pecho, brazos, espalda, abdomen, muslos y piernas) mínimo dos veces por semana.

Debemos recordar que no realizar actividad física significa no cumplir con las recomendaciones mínimas de actividad física determinadas por la ACSM, incluyendo el comportamiento sedentario aquellas actividades que suponen un gasto energético de menos de 1,5 METs (unidad de medida del índice metabólico, cantidad de calor emitida por una persona en sedestación por metro² de piel) durante más del 60% del tiempo que se está despierto en un día. Es decir, gastaríamos dicha cantidad energética permaneciendo sentados o tumbados.

El volumen y la intensidad parecen estar relacionados con los efectos que el ejercicio tiene en el sistema gastrointestinal.

Se ha comprobado que realizar actividad física tiene beneficios positivos en la reducción de la hinchazón abdominal y en el tránsito intestinal en personas que sufren de estreñimiento crónico. También se ha percibido que el aumento de la actividad física disminuye la gravedad del síndrome de intestino irritable, especialmente la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, aquellos individuos que realizan ejercicio moderado de 20 a 60 minutos mínimo 3 veces a la semana mejoran sus síntomas en comparación con aquellos que llevan una vida sedentaria. (Pino et al., 2020)

En la figura 11, se ofrece un ejemplo semanal de ejercicio físico adecuado a los pacientes con síndrome de intestino irritable.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
TIPO DE EJERCICIO FÍSICO	Caminar a 5km/h 20-60'	Levantar pesas tren superior (hombro, brazos, espalda) 20-60'	Caminar a 5km/h 20-60'	Levantar pesas tren inferior (piernas, glúteos) 20-60'	Fortalecer tronco (espalda + abdomen) 20-60'

Figura 11: Recomendaciones de ejercicio semanal.

1.5.5. Nutrición

En el SII no hay una alimentación saludable fija que sea universal a todos los enfermos, cada individuo manifiesta reacciones adversas a diferentes alimentos. Por ello una buena opción para conocer la tolerancia, proceso digestivo y alimentos beneficiosos y perjudiciales de cada persona es realizar un “lavado intestinal”. Consistiría en realizar una dieta baja en FODMAP durante al menos 1-2 semanas y una vez el organismo del paciente se estabilice y desaparezca las crisis sintomática, reintroducir paulatinamente los diferentes alimentos y conocer así la causa de la sintomatología.

Al igual que cualquier terapia es importante considerar los posibles efectos secundarios como la carencia de nutrientes. Staudacher et al. encontraron que en una dieta baja en FODMAP se redujo la ingesta de carbohidratos totales, azúcares y almidón, pero los niveles de energía, proteína, grasa y otros polisacáridos no cambiaron en comparación con la dieta habitual. También se informó que la ingesta de calcio disminuyó en aquellos pacientes que siguieron una dieta estricta durante cuatro semanas. Por lo tanto, es necesario que los pacientes sigan asesoramiento nutricional para garantizar que se satisfagan sus necesidades nutricionales individuales. (Figueroa Carolina, 2015)

La duración con dicha dieta variará en función del grado de seguimiento por parte de la paciente, su estado anímico y el tiempo que tarden en cesar los síntomas.

Informaremos a la paciente de qué grupos de alimentos puede comer, como se muestra en la figura 12, y en qué cantidad, así como también realizaremos una dieta semanal personalizada de 5 comidas diarias, representada en la figura 13, integrándole en la toma de decisiones y educándole con el fin de darle las herramientas necesarias para desenvolverse de manera independiente.

La dieta baja en FODMAP excluye en su totalidad o en altas cantidades el consumo de aquellos compuestos de los alimentos que son fermentables:

- Lactosa: leche, yogur y quesos.
- Fructosa: miel, frutas, verduras, vino dulce y licores.
- Fructooligosacáridos: trigo, cebada, centeno, frutas y verduras.
- Galactooligosacáridos: legumbres.
- Polioles: frutas de hueso, setas, coliflor y edulcorantes.

	Alimentos seguros	Alimentos consumibles en bajas cantidades	Alimentos que evitar
Verduras y hortalizas	Zanahoria, tomates Cherry, pepino, jengibre, pepinillo, acelgas, canónigos, calabaza, pimiento rojo, rúcula, espinacas	Berenjena, remolacha, calabacín, pimiento verde, champiñones, lechuga	Cebolla, repollo, ajo, puerros, coliflor, apio, alcachofas, espárragos, chile
Frutas	Plátano, moras, melón, naranja, limón, kiwi, pomelo, mandarina, piña y frambuesas	Uvas, fresas	Manzana, pera, mango, cerezas, nectarinas, caqui, ciruela y sandía.
Almidones	Arroz blanco, maíz, patatas	Avena, pasta, boniato, yuca	Trigo, cereales integrales, pasteles
Frutos secos	Cacahuetes	Nueces, castañas, piñones, sésamo, semillas girasol y calabaza	Anacardos, almendras, pistachos, avellanas
Lácteos	Mantequilla, bebidas sin lactosa, queso brie, mozzarella, parmesano.	Queso crema, nata montada	Queso fresco, yogur, leche y helados.
Proteínas	Carne, pescados, mariscos, quinoa, huevos		Adobo, embutidos, caldos, aderezos, salsas.
Grasas	Mantequilla y aceite de oliva	Palta	Aderezos de ensaladas
Azúcares		Chocolate amargo, caco en polvo	Miel, jarabe de maíz, agave, azúcares artificiales.
Bebidas y alcohol	Agua, zumo de tomate, arándanos, lima o limón	Té, infusiones, café, cerveza sin gluten, ginebra, whiskey y vodka	Vinos dulces, cerveza, bebidas gaseosas, ron, zumos de frutas no permitidas.

Figura 12: clasificación de alimentos según su contenido en FODMAP y su grado de aceptación en SII. Fuente: adaptado de (Figuroa Carolina, 2015)

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	Porridge avena + leche sin lactosa + plátano	Pan apto 50g + queso fresco sin lactosa + arándanos	Bol yogur natural + 1 cucharada copos avena + semillas lino	Crepes huevo y avena + plátano + crema cacahuete 100%	Pan apto 50g + tomate + jamón serrano	Bol yogur natural + 1 puñado copos maíz + frambuesas + pipas calabaza	Tortitas harina sin gluten +leche sin lactosa + huevo con frambuesas y kiwi
ALMUERZO	Pan apto 50g + atún, lechuga y pimiento rojo	2 kiwis + 1 yogur sin lactosa	Pan apto 50g + rúcula + huevo	Puñado de frutos secos aptos + plátano	Yogur sin lactosa con fresas y 10 piñones	Pan apto 50g + queso sin lactosa + maíz cocido	Batido de ½ plátano + frutos rojos + leche sin lactosa + cucharadita de semillas
COMIDA	Ensalada de lentejas en conserva con canónigos, queso fresco sin lactosa, zanahoria y pepino	Salmón a la plancha con calabacín	Arroz con pimiento rojo y zanahoria	Lubina a la plancha con calabacín y patata cocida	Boniato asado con muslo de pollo al horno y canónigos	Pasta de trigo sarraceno con gambas y espinacas	Conejo asado con patata hervida y canónigos
MERIENDA	Yogur sin lactosa + 1 onza chocolate 85%	Plátano	Uvas con queso sin lactosa y nueces	Pan apto 50g + queso fresco sin lactosa + mermelada fresa casera con chía	Plátano + crema cacahuete 100%	Uvas	Yogur con copos avena + arándanos
CENA	Tortilla calabacín y patata cocida con 2 huevos y guarnición de canónigos	Huevo cocido relleno de tomate triturado, atún y pepinillo	Tortilla francesa 2 huevos con acelgas y queso sin lactosa	Berenjena en rodajas + tomate triturado + queso rallado + jamón cocido >75% + orégano	Pasta de garbanzo con rúcula, tomate y atún	Fajita de maíz con pollo, pimiento rojo y queso sin lactosa	Merluza a la plancha con Kale

Figura 13: ejemplo dieta semanal baja en FODMAP. Fuente: Elaboración propia

Se recomienda también el método del plato para realizar platos equilibrados. Se basa en una ayuda para realizar una buena repartición de los alimentos gracias a la visualización de las proporciones correspondientes de cada alimento a un plato de aproximadamente 20 cm, como se representa en la figura 14, de manera que:

- La mitad del plato será de verduras y hortalizas:
- Un cuarto del plató será de alimentos ricos en hidratos de carbono: cereales, legumbres y pasta.
- Un cuarto del plato será de alimentos ricos en proteínas: carne, huevo y pescado.

Es una práctica muy utilizada en pacientes diabéticos o con necesidad de pérdida de peso, pero sería muy útil también en dichos pacientes para aprender la importancia de introducir los tres grupos de alimentos en todas las comidas y en qué cantidad, lo que contribuirá también a mejorar los síntomas gastrointestinales, su patología y su estilo de vida.



Figura 14: Método del plato. Fuente: Elaboración propia.

1.6. Procedimiento de recogida de datos

En este estudio los usuarios que participarán en el estudio se reclutarán a medida que vayan acudiendo a la consulta del Centro de Salud Benavente Norte.

Primero se informará sobre el proyecto que se pretende llevar a cabo al directivo/a y se pedirá colaboración a los compañeros del centro de salud Benavente Norte.

Posteriormente, se entregará al personal la información sobre las recomendaciones del SII y la metodología que deben seguir.

Se informará a cada usuario sobre el proyecto (anexo 2) y en el caso de que aceptasen participar, se les pediría firmar el consentimiento informado (anexo 3).

Una vez tengamos la muestra, deberemos fijar las fases en las cuales tendrán lugar las diferentes citas necesarias por cada paciente.

En el transcurso de una semana, con posibilidad de realizar varias consultas de un máximo de 1 hora de duración, citaremos a los pacientes agregados al estudio para conocerlos, informarles del procedimiento, obtener los permisos necesarios y realizar una valoración inicial.

A partir del primer encuentro, se realizarán las citas necesarias para conocer el grado de afectación de cada paciente y atender a sus demandas calculando un tiempo de hasta 1 mes, en el cual la duración máxima de las consultas será de 30 minutos.

Para la recogida de la sintomatología asociada a la alimentación, se aconseja al paciente anotar el tipo y cantidad de cada alimento que tome en las cinco comidas diarias, especificando la hora determinada y los síntomas apreciados posterior a la ingesta.

Se deberá explicar a los usuarios del estudio qué tipo de síntoma nos interesa conocer y dotarle del vocabulario correspondiente, como:

- Dolor abdominal: sensación de malestar experimentada en la zona que se extiende desde el pecho hasta la ingle, frecuentemente conocida como área estomacal o abdominal.
- Estreñimiento: trastorno intestinal caracterizado por la acumulación excesiva de agua en el intestino grueso, lo que provoca que las heces se endurezcan y resulte muy difícil evacuarlas.
- Diarrea: condición intestinal caracterizada por un aumento en la frecuencia, fluidez y, en ocasiones, el volumen de las evacuaciones intestinales.
- Hinchazón: sensación puntual de plenitud y tensión en el área del abdomen.
- Fatiga: cansancio, molestia o dificultad para respirar.
- Acidez estomacal: percepción de dolor punzante y ardiente que se experimenta en la zona de la boca del estómago o en la región inferior del pecho.
- Meteorismo: hinchazón del abdomen causada por la acumulación de gases en el sistema digestivo.
- Cambio de las heces: variación en el color, textura, cantidad y frecuencia de las heces.
- Dolor punzante: se describe como aquel dolor que se presenta de manera aguda y de forma intermitente, que se siente como clavarse algo con punta.
- Dolor tipo cólico: dolor abdominal agudo y severo, de naturaleza imprevista y cambiante, que a veces se presenta después de una sensación vaga de malestar y afecta a los órganos internos y vísceras huecas.
- Dolor irradiado: sensación de calambre que se percibe en una ubicación distinta a la del estímulo doloroso.

En torno a las dos semanas siguientes se educará al paciente sobre toda la información necesaria acerca de su patología: alimentación, actividad física, factores que afectan positiva o negativamente, es decir, toda aquella información de interés expuesta previamente en este trabajo. La duración de cada consulta será de un máximo de 1 hora.

Una vez que se obtengan toda la información necesaria a la patología y se dediquen varias citas a educar a los pacientes sobre el síndrome, sus características, síntomas, causas, hábitos saludables, etc. se expondrán todos las terapias, mencionados también previamente en dicho trabajo, a nuestro alcance y con evidencia de mejoría para así acordar con el usuario el tratamiento a seguir adaptado a sus circunstancias. En esta fase habrán pasado ya 2 meses y medio desde el inicio de la intervención, las consultas necesarias para dicha etapa se podrán realizar en una semana. La duración de la consulta será de hasta 30 minutos.

Durante los 6 meses que dura el estudio, se realizará valoraciones continuas en cada consulta para hacer un buen seguimiento y reevaluar el estado inicial. Se deberá recoger información del paciente, en el contexto social, físico y mental; de las características del síndrome para conocer los avances de la intervención; de las dudas que le surjan al afectado; de la sintomatología; de las limitaciones del usuario para llevar a cabo nuestras recomendaciones, etc. La duración de las consultas será de hasta 30 minutos.

A los 5 meses los pacientes serán citados de nuevo para conocer si ha habido alguna mejoría en su patología y por tanto el estudio es útil, conocer su experiencia en dicho estudio, los beneficios e inconvenientes que les ha supuesto, así como también valorar nuestra intervención. La duración de la consulta será de hasta 1 hora.

Por último, se recogerán todos los datos obtenidos en el estudio para analizarlos y exponer los resultados obtenidos.

1.7. Cronograma

FASES	MESES					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Contacto con el centro, autorización del proyecto y educación al personal	X					
Recogida de la muestra	X					
Entrevista		X				
Valoración		X	X	X	X	X
Estudio del caso		X	X			
Educación saludable			X			
Elección de tratamiento			X	X		
Evaluación del estudio					X	
Análisis de datos						X
Resultados de la investigación						X

Figura 15: Cronograma duración del estudio. Elaboración propia

1.8. Análisis de datos

En este estudio se realizarán cuatro tipos de análisis.

En primer lugar, se empleará un estudio descriptivo de los participantes, la edad y el sexo, estudiando la frecuencia de parición en el grupo de: factores genéticos, infección en la infancia y problemas ginecológicos.

También se estudiará la posible relación entre dos variables cuantitativas mediante la técnica de regresión y correlación enfrentando las variables: estrés con sintomatología, consumo de fibra a la semana con sintomatología y horas de sueño con sintomatología.

De igual forma, se establecerá la relación entre dos variables categóricas utilizando la prueba chi-cuadrado para determinar si existe una diferencia significativa entre los resultados esperados y los observados confrontando la calidad del sueño con la aparición de distensión abdominal y el nivel económico-social con el seguimiento de una dieta saludable.

Por último, se realizará una comparación de medias de la variable sintomatología utilizando el tipo de análisis T-student de muestras independientes de manera que se compara la sintomatología en el grupo que hace ejercicio con el grupo que no hace ejercicio y las medias de sintomatología en el grupo que se adhiere al tratamiento con el grupo que no se adhiere al tratamiento.

4. Aspectos éticos

El estudio cuasi-experimental debe ser revisado por el Comité Ético del Centro de Salud Benavente Norte y el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora. Una vez se haya presentado el proyecto al Comité de Ética se procederá a la solicitud de aprobación del estudio de acuerdo con lo establecido en la Ley 17/2022 del 5 de septiembre de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación cuyo propósito es fomentar la participación del sector productivo en el desarrollo de las actividades científicas, tecnológicas y de innovación.

También se entregarán los documentos necesarios como la hoja informativa sobre el proyecto y el consentimiento informado de los paciente. En dichos documentos se asegura que su participación es voluntaria y anónima, que sus datos se usarán únicamente con fines de esta investigación, no se cederán a terceros y estarán protegidos por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Además, se garantiza que se realizará una buena práctica enfermera basada en el Código Deontológico de la Enfermería Española de 1988, prestando especial atención al secreto profesional ahí recogido.

5. Limitaciones del estudio

Respecto a la validez externa, entendida como la posibilidad de que los resultados puedan ser extrapolados a la población, el presente estudio no tiene validez externa ya que la muestra no ha sido seleccionada de forma aleatoria y tampoco se cuenta con un tamaño de muestra grande.

Respecto a la validez interna, entendida como el nivel de certeza en cuanto a la correcta interpretación y validez de los resultados del experimento, una de las principales limitaciones podría ser la falta de participación en el estudio ya que es voluntaria. Otras amenazas al proyecto sería el abandono de los participantes, la falta de implicación y/o motivación, el cambio del tratamiento de los pacientes durante la intervención, la recepción de datos no reales por parte de los usuarios ya sea por mentir o por pensar erróneamente que lo están haciendo bien, por lo que es muy importante otorgarles de toda la información sobre su patología y sobre la metodología a seguir minuciosamente, así como asegurarnos que lo han comprendido.

Bibliografía

References

Almansa, Díaz-Rubio, & Rey. (2011). Manejo clínico de los pacientes con síndrome de intestino

irritable: resultados de una encuesta entre gastroenterólogos

españoles. *Revista Española De Enfermedades Digestivas*, 103(11), 570-575.

https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v103n11/es_original2.pdf

Andrews, Eaton, Hopkins, Hollis, Ameen, Hamm, Cook, Tennis, & Mangel. (2005).

Prevalence and demographics of irritable bowel syndrome: results from a large web-based survey. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268967/>

Bixquert Jiménez, M. (2001). Tabla 4 Criterios de Manning .37(6), 257-269.

<https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-integral-63-articulo-criterios-actuales-el-diagnostico-del-10022786>

Campo Adalberto, Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10:

Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia.

Revista De La Facultad De Medicina, 62(3), 1-24.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000300010

Castañeda-Sepúlveda Rafael. (2010). Síndrome de intestino irritable. 12(46), 39-46.

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-sindromeintestino-irritable-X166557961050442X>

- Cozzo, G., & Reich, M. (2016). Escala Percibida Estrés . *PSIENCIA Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 8(1)
<https://www.redalyc.org/journal/3331/333145838001/html/#:~:text=Seg%C3%BAn%20Cohen%2C%20Kamarck%20y%20Mermelstein,de%20personalidad%2C%20etc.%E2%80%9D.>
- Cryan John, & Dinan Timothy. (2012). Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(10), 701-712.
10.1038/nrn3346
- Figueroa Carolina. (2015). DIETA BAJA EN FODMAP EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(5), 628-633.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dieta-baja-en-fodmap-en-S0716864015001273>
- García Patricia, Val Lorente María Ángeles, Egea Auría María, Cucalón Leciñena Gloria, Monge Pelegrín Eva, & Gran Embid Silvia. (2021). Disbiosis intestinal, primer nivel de medidas no farmacológicas para tratar la enfermedad. La dieta y el estrés. . *Revista Sanitaria De Investigación*, 2(9) <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/disbiosis-intestinal-primer-nivel-de-medidas-no-farmacologicas-para-tratar-la-enfermedad-la-dieta-y-el-estres/>
- García. María Paz, Sáiz Pilar, Díaz Eva, Fonseca Eduardo, Arrojo Manuel, Sierra Pilar, Sarramea Fernando, Sánchez Emilio, Goikolea Jose Manuel, Balanzá Vicent, Benabarre Antonio, & Bobes Julio. (2009). cuestionario Oviedo Calidad del Sueño.2(4), 169-177. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-rendimiento-psicometrico-del-cuestionario-oviedo-S1888989109732355>

- Gómez Adela. (2008). Síndrome del intestino irritable. Abordaje desde la farmacia. *Farmacia Profesional*, 22(9), 35-40. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-sindrome-del-intestino-irritable-abordaje-13127358>
- Gómez Mario, & Acero Fanny. (2011). Composición y funciones de la flora bacteriana intestinal. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*, 20(2), 74-82. <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/680/724>
- Herrera, A., Betolaza, E., Murua, F., Martínez, H., & Jiménez, J. (2003). Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *5(2)*, 58-74. [https://www.elsevier.es/en-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-13045095#:~:text=Gordon%20identifica%2011%20patrones%20de,%2Drelaciones%2C%209\)%20patr%C3%B3n%20de](https://www.elsevier.es/en-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-13045095#:~:text=Gordon%20identifica%2011%20patrones%20de,%2Drelaciones%2C%209)%20patr%C3%B3n%20de)
- Huerta-De La Torre. (2022). Novedades en nutrición para pacientes con enfermedad gastrointestinal. *Revista De Gastroenterología De Mexico*, 87(1), 85-87. <https://epharm.elsevier.es/content/ecos2022.pdf#page=98>
- Lemus Nicolás, Parrado Raphael, & Quintana Gerardo. (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana De Reumatología*, 21(1), 1-3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-calidad-vida-el-sistema-salud-S0121812314701409>
- Martín Sagrario, Bermejo Paloma, & Marcos Elena. (2008). Relajantes musculares. Revisión. *Farmacia Profesional*, 22(8), 38-43. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-relajantes-musculares-revision-13126019>

Mearin, F., Ciriza, C., Mínguez, M., Rey, E., Mascort, J., Peña, E., Cañones, P., & Júdez, J. (2017). Escala de Bristol .49(1), 42-45.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875955/>

Mearin, F., Peña, E., & Balboa, A. (2014). Importancia de la dieta en el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterología Y Hepatología*, 37(5), 302-310.
10.1016/j.gastrohep.2013.12.010

Murillo. (2022). Abordaje psicológico como parte del tratamiento del Síndrome del Intestino Irritable (SII): Una revisión bibliográfica. *Psico Innova*, 6(1), 8-25.

<https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/130/142>

Niño Virtudes. (2019a). Sintomatología SII. *Cuidados Enfermeros Al Paciente Crónico II*, 25

https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?option=com_encuentra&task=showContent&q=SII+dispareunia+endometriosis+ginecologicos&search_type=10&id_pub_grp=0&todosterminos=&frase=&algunos terminos=SII+dispareunia+endometriosis+ginecologicos&negativo=&titulo=&autor=&pclave=&isbn=&id_pub_cont=14&id_articulo=7492

Niño Virtudes. (2019b). UNIDAD 5. ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN. Concepto. *Cuidados Enfermeros Al Paciente Crónico II*, 25

https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=29&view=&ordenarRelevancia=&q+++++++colon+irritable&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=14&id_articulo=7489

Niño Virtudes. (2019c). UNIDAD 5. ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN. Etiología. *Cuidados Enfermeros Al Paciente Crónico II*, 25

https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=29&view=&ordenarRelevancia=&q+++++++colon+irritable&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=14&id_articulo=7491

Ortiz María, Tobias Aurelio, Saz Pablo, & Sebastián Juan José. (2013). Efecto de los probióticos en los síntomas del síndrome del intestino irritable: un meta-análisis actualizado. . *Revista Española De Enfermedades Digestivas*, 105(1)
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pagès Neus, & Valverde María Isabel. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-172.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

Pino, J., Gómez Sebastián, Olivares Mariela, Quera Rodrigo, Simian Daniela, Escaffi María José, & Ibáñez Patricio. (2020). EFECTOS DEL EJERCICIO EN ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO.31(5-6), 472-480. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-efectos-del-ejercicio-en-enfermedades-S0716864020300729>

Sánchez Jaime, Cabrales Ana, Bernal Gregorio, & Peraza Felipe. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con síndrome de intestino irritable en un hospital de especialidades de México. Estudio transversal. .109(4)
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Satrústegui Ollaquindia Leyre, Palacin Nieto Lara Pilar, Vintanel López Sandra, Espinosa Capapey Patricia, Palacín Nieto Vanesa, & Elu Escalante Margarita. (2021). Síndrome intestino Irritable. . *Revista Sanitaria De Investigación*,
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-intestino-irritable/>

Sebastián Juan José, & Sebastián Beatriz. (2015). Psiconeuroinmunología en el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterología y hepatología*, 38(7), 413-416.

doi:10.1016/j.gastrohep.2015.01.005 Retrieved from

<https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0210570515000254>

Solorza. (2002). Avances en síndrome de intestino irritable.4(2)

<https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1007/915>

Spiller, Aziz, Creed, Emmanuel, Houghton, Hungin, Jones, Kumar, Rubin, Trudgill, & Whorwell. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management.56(12), 1770-1798. 10.1136/gut.2007.119446

Tusell Mercè.EL EJE CEREBRO-INTESTINO Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS.

Unpublished manuscript.

Valerio, J., Vásquez, F., Jiménez, A., Cortázar, L., Azamar, A., Duarte, M., & Torres, V.

(2010). Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México.75(1), 36-41. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-prevalencia-del-sindrome-intestino-irritable-articulo-X0375090610498409>

Vergara, Ahumada, & Poveda. (2022). Estrés, depresión, ansiedad y el hábito alimentario en personas con síndrome de intestino irritable.

<https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/899/1472>

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M.,

Santed, R., Valderas, J. M., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

Villalobos, Rodriguez, Castro, Camacho, & Merenstein. (2020). REVISIÓN DE TEMA:
PAPEL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL
SÍNDROME DE IN-TESTINO IRRITABLE. *Revista Ciencia & Salu*, 4(3), 36-41.

Wilson, Roberts, Roalfe, & Bridge. (2004). Prevalence of irritable bowel syndrome: a
community survey., 495-502. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15239910/>

Anexos

Anexo 1: Cuestionario de la Entrevista. Elaboración propia.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

N.H.C: _____

Sexo: _____

¿Ha padecido alguna infección en la infancia?: SÍ NO

¿Ha padecido o padece algún familiar enfermedades o síndromes gastrointestinales?

SÍ NO

Si es afirmativo, ¿qué relación tiene con dicho familiar? _____

¿Padece o ha padecido algún problema ginecológico? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Está sometido/a estrés?: SÍ NO Puntuación escala: _____

(Se le realizará la escala de estrés percibido)

¿Realiza ejercicio físico? SÍ NO

¿Cuántas horas semanales? _____

¿Cuántas horas duerme al día? _____ ¿qué caracteriza a su sueño? (Se realizará el cuestionario de calidad del sueño Gijón) Puntuación cuestionario: _____

¿Sigue una dieta saludable basada en 5 comidas diarias y equilibrada de la cantidad necesaria de proteínas, carbohidratos, lácteos, frutas, verduras y legumbres? Nunca A veces

Siempre

¿Qué cantidad de fibra consume a la semana? _____

¿Con qué frecuencia sufre dolor abdominal? Nunca Alguna vez Frecuentemente

Siempre

¿Cómo es el dolor abdominal? Punzante Cólico Irradiado

¿Con qué frecuencia presenta distensión abdominal? Nunca Alguna vez

Frecuentemente Siempre

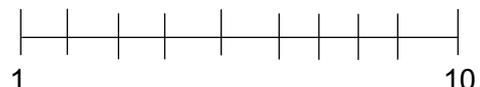
¿Con qué frecuencia presenta estreñimiento o diarrea? Nunca Alguna vez

Frecuentemente Siempre

¿Cumple todos los días y en el horario pautado con la medicación? SÍ NO

¿Conoce en qué consiste su síndrome y es capaz de controlarlo física y psicológicamente?

Responda significando 1(nada), 10(a la perfección)



¿Cuál considera usted que es su nivel económico/social? Alto Medio Bajo

Anexo 2: Información de participación en el proyecto. Elaboración propia

El estudio “Intervención Enfermera para mejorar la salud de las personas con síndrome de intestino irritable” ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora

Su objetivo es evaluar las medidas llevadas a cabo por la enfermería para mejorar la salud de las personas con SII para así incorporar dichas medidas al protocolo del centro de salud.

Su participación es voluntaria, se compone de la realización de varios cuestionarios y un seguimiento con enfermería, en el cual deberá comprometerse a tomar las medidas aconsejadas y dar una retroalimentación de estas. Los datos y respuestas obtenidos serán anónimos, solamente el investigador podrá conocer a los autores.

El proyecto no conlleva ningún riesgo para su salud, se seguirá un control exhaustivo enfermera–paciente.

Aspectos a tener en cuenta:

- Su participación es voluntaria, puede abandonar el proyecto en el momento que así lo desee, sin dar explicaciones ni tener repercusiones en su cuidado médico.
- Sus datos personales serán confidenciales
- Siguiendo la ley puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Es decir, si no desea continuar con el proyecto ni que los datos obtenidos hasta la fecha se utilicen, se destruirá toda información obtenida.

Anexo 3: Consentimiento informado. Elaboración propia

D./Dña....., con DNI nº.....

Declaro que he leído y entendido la hoja de información que me han entregado y que he recibido la información suficiente sobre el mismo.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto mi aprobación para participar en el proyecto titulado “Mejorar la salud de las personas con síndrome de intestino irritable a través de una intervención enfermera” y doy acceso a la utilización de mis datos personales, así como mi historia clínica.

Me han informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero sometido al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016.

Yo, autorizo mi consentimiento.

Benavente, a de de 20

FDO paciente:

FDO investigador:

Anexo 4: Cuestionario y valoración calidad del sueño

Durante el último mes					
COS1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?					
1 Muy insatisfecho	2 Bastante insatisfecho	3 Insatisfecho	4 Término medio		
5 Satisfecho	6 Bastante satisfecho	7 Muy satisfecho			
COS2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...					
	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
COS2.1. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
COS2.2. Permanecer dormido	1	2	3	4	5
COS2.3. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
COS2.4. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
COS2.5. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5
COS3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?					
1 0-15 minutos	2 16-30 minutos	3 31-45 minutos			
4 46-60 minutos	5 Más de 60 minutos				
COS4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?					
1 Ninguna vez	2 1 vez	3 2 veces	4 3 veces	5 más de 3 veces	
COS5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?					
1 Se ha despertado como siempre	2 Media hora antes	3 1 hora antes			
4 Entre 1 y 2 horas antes	5 Más de 2 horas antes				
COS6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)					
Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche?					
¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?					
1 91-100%	2 81-90%	3 71-30%	4 61-70%	5 60% o menos	
COS7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?					
1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días	
COS8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento/a, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?					
1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días	
COS9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por ese motivo?					
1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días	
COS10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...					
	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
COS10.1. Ronquidos	1	2	3	4	5
COS10.2. Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
COS-10.3. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
COS-10.4. Pesadillas	1	2	3	4	5
COS-10.5. Otros	1	2	3	4	5
COS11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?					
1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días	
Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:					

PUNTUACIÓN	
Satisfacción subjetiva del sueño	1
Insomnio	2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7
Hipersomnía	2-5, 8, 9
Total:	

Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño Fuente: (García. María Paz et al., 2009)

Anexo 5: Test Adherencia al tratamiento

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Test de Morisky-Green Fuente: adaptado de (Pagès Neus & Valverde María Isabel, 2018)