UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO “DR. CARLOS ARVELO”

# EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Gastroenterología

Nestmar Eduardo Pinto Herrera
Yusmarys Milagros García Landaeta

Caracas, marzo 2026

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO “DR. CARLOS ARVELO”

# EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Gastroenterología

Nestmar Eduardo Pinto Herrera
Yusmarys Milagros García Landaeta

**Tutora:** Geraldine Adriana Durán Muñoz

Caracas, marzo 2026

## ÍNDICE DE CONTENIDO


RESUMEN 9

INTRODUCCIÓN 11

MÉTODOS 26

RESULTADOS 28

DISCUSIÓN 29

CONCLUSIONES 31

RECOMENDACIONES 32

REFERENCIAS 34

ANEXOS 40

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**VEREDICTO**

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **Nestmar Eduardo Pinto Herrera CI: V-17435180** bajo el título "**EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**" a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA-HMUDCA**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 27 de marzo de 2026 a las 9:00 am, para que El autor lo defendiera en forma pública, se hizo en la sala de reuniones del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Universitario Doctor Carlos Arvelo mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO,** por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 27 días del **mes de Marzo** de **2026**, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Geraldine Adriana Duran Muñoz

**Moreno Sosa, Ana Carolina**
C.I. V- 17.164.796
Hospital General Del Oeste
Dr. José Gregorio Hernández

**Karím Simanca**
C.I. V- 17.753.948
Hospital Militar Universitario
Dr. Carlos Arvelo

**Geraldine Adriana Durán Muñoz**
C.I. V-18.692.819
Hospital Militar Universitario
Dr. Carlos Arvelo
Tutor

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA
VICEMINISTERIO DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE SALUD
HOSPITAL MILITAR "DR. CARLOS ARVELO"
DIVISION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**
**FACULTAD DE MEDICINA**
**COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**VEREDICTO**

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **Yusmarys Milagros García Landaeta CI: V-24235137** bajo el título **"EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE"** a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA-HMUDCA**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 27 de marzo de 2026 a las 9:00 am, para que La autora lo defendiera en forma pública, se hizo en la sala de reuniones del servicio de gastroenterología del Hospital Militar Universitario Doctor Carlos Arvelo mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO,** por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE al** presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 27 días del **mes de Marzo de 2026,** conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Geraldine Adriana Duran Muñoz

**Moreno Sosa, Ana Carolina**
C.I. V- 17.164.796
Hospital General Del Oeste
Dr. José Gregorio Hernández

**Karim Simanca**
C.I. V- 17.753.948
Hospital Militar Universitario
Dr. Carlos Arvelo

**Geraldine Adriana Durán Muñoz**
C.I. V-18.692.819
Hospital Militar Universitario
Dr. Carlos Arvelo
Tutor

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

**PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO**

**EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL**

Yo, GERALDINE ADRIANA DURAN MUÑOZ, portadora de la Cédula de identidad N° V.-18.692.819, tutora del trabajo: título "**EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE"** realizado por **Nestmar Eduardo Pinto Herrera CI: V-17435180; Yusmarys Milagros García Landaeta CI: V-24235137**. Certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.




Firma del Profesor

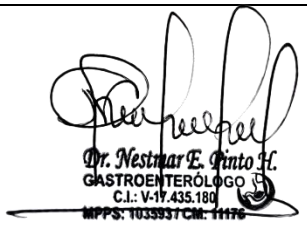
En caracas a los 27 (veintisiete) días del mes de marzo de 2026

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**
**FACULTAD DE MEDICINA**
**COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

*Nosotros,* **Nestmar Eduardo Pinto Herrera CI: V-17435180 Yusmarys Milagros García Landaeta CI: V-24235137**. autores del trabajo titulado título "**EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE"** *Presentado para optar al Título de Especialista en Gastroenterología,* autorizamos a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, solo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor Articulo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993)

| | |
|---|---|
| x | Si autorizo |
| | Autorizo después de 1 año |
| | No autorizo |
| | Autorizo solo difundir algunas partes del trabajo |
| Indique | |




***Firma(s) autor (es)***




*C.I Nº V-*17435180

*C.I Nº V-*24235137

*e-mail:* dr.nestmarpinto@gmail.com
drayusmarysgarciagastro@gmail.com

*En Caracas, a los 27 días del mes de Marzo, de 2026.*

**Nota:** En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.
La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Tutora

Geraldine A. Duran M

Coordinador del Programa de Especialización

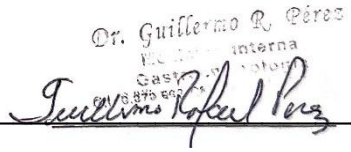
C.I 18.692.819 Telef: 04145653474,
email: gduran.geraladri1006@gmail.com




Guillermo R Pérez

Director del Programa de Especialización

C.I 6.373.563 Tlf. 0414 3322278,
email: perez_guillermo@hotmail.com




Geraldine A. Duran M

Coordinador del Programa de Especialización

C.I 18.692.819 TLF:04145653474,
email: gduran.geraladri1006@gmail.com



# EFICACIA DE LA TRIMEBUTINA VS PROBIÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

**Nestmar Eduardo Pinto Herrera**, C.I. 17.435.180. Sexo: masculino, E-mail: dr.nestmarpinto@gmail.com. Telf: 0412-4699645. Dirección: Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”. Curso de Especialización en Gastroenterología.

**Yusmarys Milagros García Landaeta**, C.I. 24.235.137. Sexo: femenino, E-mail: yusmarysgarcia00@gmail.com. Telf: 0412-7191467. Dirección: Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”. Curso de Especialización en Gastroenterología.

Tutora: **Geraldine Adriana Duran Muñoz**, C.I. 18.692.819. Sexo: femenino, E-mail: gduran.geraladri.1006@gmail.com. Telf: 0414-5653474. Dirección: Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”. Especialista en Gastroenterología.

**RESUMEN:**

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la Trimebutina en comparación con el uso de probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable que acuden la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” desde abril hasta julio 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, de corte longitudinal, y prospectivo. La muestra se distribuye en dos grupos, en la cual 30 pacientes son tratados con Trimebutina y 30 con probiótico, seleccionados de manera intencional y no probabilística. **Resultados:** El rango de edad más afectado fue entre los 40 y 45 años (40%) a predominio del sexo femenino (68%), entre las manifestaciones clínicas encontradas según criterios de Roma IV fueron el dolor (100%), distensión abdominal (98%), estreñimiento (70%), diarrea (48%), hiporexia (33%), nauseas (20%), pérdida de peso (13%), cambios en la consistencia de las heces (10%), flatulencia y astenia (2%). En relación al subtipo de síndrome de intestino irritable más frecuente fue estreñimiento (47%). Los pacientes tratados con Trimebutina (n = 30) presentaron mejoría al inicio (90%), posterior (97%), y culminación del tratamiento (100%), siendo estadísticamente significativo (p = 0,000). En cambio, aquellos con probiótico (n = 30) el (30%) mostró mejoría al final del tratamiento. **Conclusiones:** Se demostró mayor eficacia de la Trimebutina frente al probiótico como opción terapéutica en el manejo del síndrome de intestino irritable.

**PALABRAS CLAVE:** síndrome de intestino irritable, trimebutina, probiótico, gastroenterología.

**ABSTRACT:**

## EFFICACY OF TRIMEBUTNE VS PROBIOTIC IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

**Objective:** Evaluate the effectiveness of trimebutine compared to the use of probiotic in patients with irritable Bowel syndrome who come at the Gastroenterology service at “Dr. Carlos Arvelo” Military University Hospital from april to july 2024. **Methods:** A descriptive, observational, longitudinal and prospective study was carried out. The sample is distributed into two groups, in which 30 patients are treated with trimebutine and 30 with probiotics, selected intentionally and non-probabilistically. **Results:** The most affected age range was between 40 and 45 years (40%) with a predominance of the female sex (68%), among the clinical manifestations found according to Rome IV criteria were pain (100%), abdominal distension ( 98%), constipation (70%), diarrhea (48%), hyporexia (33%), nausea (20%), weight loss (13%), changes in stool consistency (10%), flatulence and asthenia (2%). In relation to the most frequent subtype of irritable bowel syndrome, it was constipation (47%). Patients treated with trimebutine (n = 30) presented improvement at the beginning (90%), later (97%), and completion of treatment (100%), being statistically significant (p = 0.000). On the other hand, those with probiotics (n = 30) (30%) showed improvement at the end of treatment. **Conclusions:** Greater efficacy of trimebutine was demonstrated compared to probiotics as a therapeutic option for the management of irritable bowel syndrome.

**KEY WORDS:** irritable Bowel syndrome, trimebutine, probiotic, gastroenterology.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) fue descrito por primera vez en el Reino Unido por Powel, en 1818. Whitese en 1905, describió esta enfermedad como el pasaje de moco y membranas por el recto. Hurst, en 1909 y 1919, llamó a la enfermedad como “colitis mucomembranosa”. Luego, Peters y Bargen en 1944 fueron los primeros en emplear el nombre de “síndrome de intestino irritable”. En 1958, Appley y Naish hicieron mención al “dolor abdominal recurrente” en niños, concluyendo después que era el equivalente del SII en adultos. (1)

Esta patología es uno de los trastornos gastrointestinales funcionales más comunes, altamente prevalente y un motivo de consulta frecuente, que puede ocasionar alteración marcada de la calidad de vida del paciente. Se estima que un 20 % de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección. (2)

El síntoma principal es el dolor abdominal recurrente, sin el cual no puede establecerse el diagnóstico. Además, la relación que se presenta entre el dolor y las deposiciones, es lo que permite hacer la diferencia con el estreñimiento funcional donde el dolor no presenta relación con las deposiciones, y de hacerlo, es muy leve. Entendiéndose por estreñimiento, la dificultad o disminución de la frecuencia de las deposiciones, asociado a un esfuerzo importante al defecar, o también a una sensación de evacuación incompleta. (2)

Hasta el momento se considera que su etiología es multifactorial, y no existe un marcador biológico específico para diagnosticarla. Por lo tanto, su diagnóstico es clínico. (3)

Dentro del contexto, se han descrito diversos criterios. Entre ellos están los de Manning y col. quienes en 1978 publicaron los primeros criterios. Finalmente, en 1992 se establecieron unos más precisos, los criterios de Roma, siendo la última modificación el Roma IV publicado en el año 2016 en los que los síntomas deben presentarse un día a la semana en los últimos tres meses y tienen que haber comenzado mínimo seis meses antes del diagnóstico. (3)

## Planteamiento y delimitación del problema

El síndrome de intestino irritable puede presentarse en cualquier persona, independientemente del sexo, edad, raza o estatus social; sin embargo, la mayoría de los estudios demuestran que existe una prevalencia mayor en mujeres. El rango de edad en el que suele presentarse está entre los 15 y 65 años de edad. Se estima que los pacientes que acuden a consulta con mayor frecuencia están entre los 30 y 50 años. (3)

El SII es una enfermedad que repercute en la calidad de vida de quienes la sufren, se ha encontrado que estas personas padecen de ansiedad y depresión, lo mismo que condiciona los problemas sociales, conyugales o laborales. Es una condición clínica cuyos síntomas no pueden ser explicados por causas orgánicas, metabólicas ni infecciosas subyacentes. Los pacientes buscan un diagnóstico, muchas veces difícil de precisar, y un tratamiento eficaz que los ayude aliviar los síntomas. (4)

Por tanto, se considera que el manejo actual debe ser integral, enfocado en la mejoría global de los síntomas. La principal manifestación clínica es la presencia de dolor abdominal de forma crónica, de predominio en el cuadrante inferior izquierdo, que puede estar asociado a estreñimiento, diarrea o ambos; a su vez la presencia de otros síntomas gastrointestinales como la distensión abdominal (colon o intestino delgado) provoca áreas de dolor más extensas, además sensación de inflamación, e incluso tenesmo rectal. (5)

En la actualidad, no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos por los que se produce el SII, ni una causa conocida hasta el momento que pueda ser el motivo de todas las molestias. Se han propuesto varios factores patogénicos como las alteraciones en la motilidad, alteraciones en la sensibilidad visceral, factores psicológicos, genéticos y postinfecciosos. (6)

Un problema que se ha encontrado en la mayoría de los pacientes previo a que decida acudir a consulta, es la interferencia de factores psicosociales, como el pudor o la falta de tiempo, que determinan la demora de las personas para buscar atención médica. Se ha observado que cerca de dos terceras partes de las personas con SII no

consultan y algunos de los que sí lo hacen reciben un diagnóstico erróneo y un manejo inadecuado. (6)

Aunado a lo anterior, no existe un tratamiento específico de la enfermedad, siendo enfocado a mejorar los síntomas. Partiendo desde consejos generales, recomendaciones dietéticas, hasta un manejo farmacológico, por medio de antiespasmódicos, prebióticos, probióticos, incluso en algunos casos, la utilización de psicofármacos. (7)

Teniendo en cuenta algunas limitaciones metodológicas de los ensayos clínicos publicados, las pruebas científicas disponibles sugieren que los antiespasmódicos son útiles en el tratamiento del dolor del SII, como es en el caso de la trimebutina. (7)

En efecto, la trimebutina es un antiespasmódico bloqueante de los canales de calcio que se emplea en el tratamiento del SII, posee acción analgésica, y actúa sobre las miofibrillas del músculo liso del aparato digestivo, reduce el tono, el peristaltismo y alivia los espasmos intestinales sin afectar de forma sustancial la motilidad gastrointestinal. Por ende, se considera un fármaco multifacético. (8)

En relación al uso de probióticos, estos pueden mejorar los síntomas de los pacientes con SII. Sin embargo, la gran heterogeneidad de los estudios realizados, en virtud del reducido número de participantes, diferentes probióticos utilizados (individuales o combinados, o bien, especies y cepas distintas), variaciones notorias en los grupos de edad, dosis diversas y duración distinta entre los tratamientos, puede limitar el grado de recomendación y obligar a llevar a cabo un mayor número de estudios. (8)

Tomando en consideración lo antes expuesto, se plantea en esta investigación: ¿Cuál es la eficacia de la trimebutina en comparación con el uso de probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable que acuden a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” desde abril hasta julio 2024?

## Justificación e importancia

El presente trabajo se realiza con el propósito de brindar información acerca del síndrome de intestino irritable, sus principales manifestaciones clínicas, puesto que es una enfermedad cuya prevalencia va aumentando notoriamente en las diferentes culturas, afectando a personas de todas las edades y de diferentes estratos sociales, independientemente del sexo.

De este modo, crear conciencia en las personas que lo padecen y tomen la decisión de acudir tempranamente a un médico en busca de ayuda para un diagnóstico y tratamiento oportuno; evitando exacerbaciones de sus síntomas que dificulten la realización de sus actividades diarias.

Una vez determinado el diagnóstico, el profesional especialista asuma una actitud asertiva e intente crear una óptima relación con el paciente. Así, el tratamiento involucrará una educación dietética, cambios en el estilo de vida, y farmacoterapia.

Cabe destacar que, en los países de Latinoamérica, sobre todo en Venezuela, son escasos los estudios realizados sobre esta enfermedad, y con poca evidencia en relación a la eficacia de los antiespasmódicos en el manejo de la misma; tal es el caso de la trimebutina, la cual posee el mecanismo de acción idóneo para aliviar los síntomas que padecen estos pacientes.

Por ello, los investigadores consideran que realizar este trabajo es importante con el fin de estudiar y evaluar la respuesta terapéutica de este fármaco vs el uso de probiótico en los pacientes con SII que acuden a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”.

Demostrar que la utilización de trimebutina continúa teniendo vigencia en la actualidad como tratamiento sintomático específico, influyendo en la prescripción terapéutica como medida de ayuda en los pacientes con SII.

## Antecedentes

Entre los antecedentes relacionados al planteamiento del problema, se destacan los siguientes:

En primer lugar, un metaanálisis publicado por Poynard *et al.* (2001), donde seleccionaron 26 ensayos. Demostraron que los antiespasmódicos fueron superiores a placebo desde un punto de vista de la mejora global en un 62 %, y el alivio del dolor abdominal con un 64 %. Estos resultados positivos se obtuvieron con 5 agentes diferentes: bromuro de cimetropio, bromuro de pinaverio, bromuro de octilonio, mebeverina y trimebutina. (9)

Posteriormente, los autores antes mencionados hicieron otro metaanálisis (2001), en el cual hace referencia que los relajantes del músculo liso y los anticolinérgicos fueron mejores que el placebo para algunos síntomas. Llegaron a la conclusión de que los antiespasmódicos eran eficaces para el alivio del dolor abdominal en pacientes con SII. (9)

Cabe resaltar que, en un trabajo aplicado en Sur África por Moshal *et al.* (2002), ante el cual 20 pacientes indios adultos que padecían de colon irritable de forma espástica (terminología utilizada para la fecha de estudio), se les administró trimebutina y compararon su efecto frente a placebo durante 4 semanas, y luego se cruzaron. Los resultados mostraron una mejoría estadística del dolor abdominal y el estreñimiento tanto con trimebutina como con placebo tras 4 semanas, pero sólo con trimebutina después de 8 semanas. El tiempo de tránsito fecal único se redujo significativamente con trimebutina. (10)

A continuación, en China los expertos Zhong *et al.* (2007), valoraron en un estudio que incluyó a 129 pacientes con SII a predominio de diarrea, y después de 4 semanas de tratamiento con trimebutina y probióticos. Observaron diferencias significativas en la saciedad postprandial, saciedad temprana, dolor abdominal y síntomas totales entre el grupo tratado solo con trimebutina; determinaron que, en comparación con la administración de probióticos, la trimebutina mostró la mayor eficacia, menor costo y pocos efectos adversos. (11)

Luego, Kang *et al.* (2015) en Corea, describieron un estudio clínico multicéntrico, aleatorizado, para comparar la eficacia de la fenoverina y de la trimebutina ante el manejo del SII. Los sujetos fueron asignados al azar para recibir fenoverina y otros con trimebutina por 8 semanas. Un total de 197 pacientes fueron analizados, los cuales presentaron dolor abdominal 98%, distensión abdominal 97%, diarrea 71%, y estreñimiento 67%. El 69,2% de los pacientes que recibieron fenoverina y el 67.4% medicados con trimebutina mostraron una reducción del 30% en el dolor abdominal. (12)

Es preciso señalar, una investigación realizada en Rumania por Dumitrascu *et al.* (2007), acerca del efecto de la trimebutina en el SII. Para lo cual incluyeron a 50 pacientes diagnosticados con esta enfermedad; en los cuales la trimebutina aumentó significativamente la calidad de vida y mejoró las náuseas, los vómitos, la anorexia, la diarrea y el estreñimiento, pero sobre todo el dolor abdominal, en comparación con el placebo. (13)

Así mismo, en Europa, Ruepert *et al.* (2015), realizaron búsquedas sistematizadas sobre la efectividad de los tratamientos médicos en los pacientes con SII. Incluyeron 56 estudios, entre ellos se encontraban 12 relacionados con agentes formadores de volumen, 29 de antiespasmódicos y 15 de antidepresivos. Los autores no hallaron efecto beneficioso de los formadores de volumen; a diferencia de los pacientes con antiespasmódicos como cimetropio/diciclomina, pinaverio y trimebutina, con mejoría en un 58% en comparación con el 46% con placebo. De igual manera, con buena evidencia de que los antidepresivos son eficaces en un 53%. (14)

En tal sentido, una investigación Canadiense, Forte *et al.* (2016), a través de revisiones sistemáticas informaron sobre el tratamiento con trimebutina en comparación con el placebo para pacientes con SII. Cabe señalar, los primeros hallazgos no fueron estadísticamente significativos en un 95%, basado en dos ensayos controlados aleatorizados, de los cuales, no hubo mejoría global de los síntomas. (15)

Por otra parte, los mismos autores seleccionaron otros tres ensayos controlados aleatoriamente, de los cuales si obtuvieron una recuperación clínica en el 94.9% con

trimebutina al séptimo día de tratamiento en comparación con el placebo y una recuperación espontánea del 20.5% de los pacientes no tratados. Además, hicieron una comparación de la trimebutina con mebeverina en otros pacientes con 1 a 6 semanas de tratamiento, evidenciando una mejoría superior en los síntomas (dolor abdominal, flatulencia, consistencia y frecuencia de las heces). Los autores declararon que no hubo diferencias en los eventos adversos entre los dos fármacos, sin embargo, no se presentaron datos cuantitativos. (15)

A esta secuencia de estudios, Rodríguez (2017) en México, ejecutó un meta-análisis sobre el efecto de los antiespasmódicos, solos o combinados, en el tratamiento del SII; fueron incluidos 3045 pacientes, con 1523 en el grupo de tratamiento y el resto en el grupo placebo; obteniendo una diferencia significativa favoreciendo a pinaverio, otilonio, drotaverina, mebeverina y trimebutina, con una contribución mayor del 40% con mejoría del dolor abdominal. Concluyendo, que los antiespasmódicos son más eficaces que el placebo, sin efectos secundarios, y que la adición de simeticona parece mejorar las propiedades de los antiespasmódicos. (16)

A continuación, el investigador Venancio (2017) en Perú, diseñó un trabajo sobre la prevalencia de SII en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma, obteniendo un 24% de los casos diagnosticados a predominio del sexo femenino en un 66%, dentro del mismo el subtipo más frecuente fue el SII mixto con un 52%, seguido de los subtipos de diarrea 24%, estreñimiento 20% y no especificado 4 % respectivamente. El antecedente de enfermedad crónica, la presencia de trastorno ansiedad calificaron como predictores de esta entidad al ser estadísticamente significativos. (17)

En Ecuador, Tapia (2020), realizó una revisión de historias clínicas de 228 pacientes diagnosticados con SII en el área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso; concluyó que las manifestaciones clínicas más frecuentes del SII fue el dolor abdominal 100%, seguido de alivio del malestar tras la defecación 84%, estreñimiento 49%, diarrea 35% y mixto 15%, distensión abdominal 77% y esfuerzo excesivo 59%, siendo más frecuente en adultos con una media para la edad de 45 años a predominio del sexo femenino. (18)

Por otra parte, Soifer *et al.* (2021); realizaron un cuestionario de 47 preguntas, para describir las terapéuticas que emplean los gastroenterólogos en el manejo del SII en Argentina; con una muestra de 304 subespecialistas, los cuales el 87% consideran iniciar el tratamiento con dieta y medidas generales, antes de prescribir esquemas farmacológicos. Entre los fármacos mencionados están los antiespasmódicos cuya efectividad varía de acuerdo al fármaco utilizado. En el caso de la trimebutina y sus combinaciones con antiflatulentos o ansiolíticos resulta ser la más eficaz en un 90%. Concluyendo que el abordaje terapéutico del SII es variado y heterogéneo, resultando en un manejo inapropiado de esta condición. [19]

Al respecto, los investigadores Veitia *et al.* (2013), en Venezuela, desarrollaron el primer estudio epidemiológico del SII, mediante criterio Roma III. Seleccionaron al azar 15 estados, en cada uno un municipio, y de estos lugares como iglesias, centros comerciales, reuniones de consejos comunales, paradas de autobuses, entre otros. Concluyendo que la prevalencia nacional en Venezuela del SII fue de 16.8%, siendo el subtipo mixto el predominante con un 46.8% y el sexo femenino el más afectado con un 81.6%. [20]

En relación a lo anterior, Carrera *et al.* (2020) en Caracas, Venezuela, determinaron la prevalencia del SII usando los criterios Roma IV. Con una muestra de 2072 encuestados al azar de 12 estados participantes (Sucre, Anzoátegui, Nueva Esparta, Monagas, Bolívar, Miranda, Aragua, Guaira, Distrito Capital, Zulia, Lara y Mérida). Con una edad media de 38 años, 65% a predominio del sexo femenino; el subtipo estreñimiento resultó el más frecuente en un 42%, seguido del mixto con un 39 %. Entre los principales síntomas fueron la distensión abdominal 36.7%, dolor abdominal 32%, estreñimiento 24% y la diarrea 21%. La prevalencia del SII de acuerdo a los criterios de Roma IV es de 19.8%. [21]

## Marco Teórico

La Organización Mundial de Gastroenterología define el síndrome de intestino irritable como un trastorno intestinal funcional en el que aparece dolor o molestia abdominal asociado con la defecación y/o cambios en los hábitos intestinales. [22]

El SII puede clasificarse en 4 tipos: a predominio de estreñimiento, de diarrea, de tipo mixto e indeterminado. [22]

**Epidemiología**

Su prevalencia, y epidemiología, varían según las zonas geográficas por factores como dieta, infecciones gastrointestinales por patógenos endémicos, aspectos sociales y culturales, la percepción de los síntomas y el reporte de los mismos. [23]

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que la prevalencia del SII oscila entre 10 y 20%. Afecta a 1 de cada 10 personas, más en jóvenes, con un segundo pico de incidencia en edades más avanzadas. Por consiguiente, representa el 15% del motivo de todas las consultas en atención primaria y 30% derivados a las consultas del gastroenterólogo. [22]

De todos los casos de SII, aproximadamente 1/3 corresponden a predominio de estreñimiento. A predominio del sexo femenino, debido a un tránsito colónico más lento, mayor sensibilidad rectal y menor eliminación de heces que los hombres, asociando así, mayor esfuerzo al defecar y heces más duras. [23]

Según la recopilación de estudios realizados recientemente a nivel mundial, se han registrados casos de SII, siendo las prevalencias más altas en Reino Unido, Francia e Italia entre el 6 y 12%, y más bajas en países como Bélgica y España. [23]

Así pues, en Asia, Europa y Estados Unidos, reportan una prevalencia entre el 10 y 20%. Sin embargo, en Latinoamérica aún existe escasa información acerca del comportamiento clínico y epidemiológico de esta entidad, ya que hay pocos estudios que muestren su prevalencia real. [22]

Existen algunos reportes de Brasil, Colombia, México, Uruguay, y en Venezuela con valores que oscilan entre el 9 y el 19%. [24]

**Factores de riesgo**

Existen diversos factores de riesgo para SII, el más aceptado es el antecedente de una gastroenteritis, se ha visto que más del 10% de pacientes con SII presentaron una

gastroenteritis previa. Siendo de mayor riesgo la infección por protozoarios, seguida de bacterias y por último de tipo viral. [25]

Otros factores de riesgo son uso de antibiótico previo, intolerancia a la comida y pobre calidad de vida. [25]

**Fisiopatología**

La fisiopatología del SII no está completamente clara, pero se considera un trastorno que resulta de la interacción de varios factores. [25]

Actualmente, el modelo biopsicosocial es el más aceptado y considera al SII como una disfunción del eje intestino-cerebro, determinado por la susceptibilidad genética, factores fisiológicos, psicológicos, medioambientales y mecanismos individuales.

El sistema nervioso entérico y el sistema nervioso central se integran y comunican a través del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo hipófisis-intestino bidireccionalmente, de tal modo que factores como estrés nervioso producen una alteración del mismo, esto genera alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, disfunción del sistema inmune, aumento de la permeabilidad en la mucosa y alteración de la microbiota intestinal. [25]

**Manifestaciones clínicas**

Los síntomas del SII se caracterizan por ser variables e intermitentes, incluso los pacientes pueden debutar con estreñimiento, y posteriormente presentar predominio de diarrea. El síntoma principal de este síndrome es el dolor abdominal, no puede realizarse el diagnóstico en su ausencia. [26]

El SII a predominio de estreñimiento suele asociar muy frecuentemente distensión abdominal e hinchazón, afectando notablemente la calidad de vida y se ve en más del 60% de los pacientes. El dolor puede aumentar o cesar al defecar, su inicio se asocia con un aumento o disminución en la frecuencia y consistencia de las heces. La locación del dolor suele ser en la parte inferior del abdomen y podría empeorar con la ingesta de alimentos. [26]

Además, se ha determinado que el dolor del SII, se relaciona con eventos de la vida diaria y se ve afectado por los mismos, por lo que puede exacerbarse en situaciones de estrés o ansiedad. [26]

También se asocia síntomas no colónicos, entre ellos, la epigastralgia o dispepsia y síntomas compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico. El cuadro clínico extraintestinal puede consistir en cefalea, dolor de espalda, alteración del patrón del sueño, fibromialgia, dolor articular, fatiga crónica, palpitaciones, dispareunia, por lo que su presencia concomitante apoya al diagnóstico de SII. [26]

El examen físico de estos pacientes no suele presentar alteraciones, podría verse dolor a la palpación profunda sobre el marco colónico. [26]

**Criterios diagnósticos**

A lo largo del tiempo, se han descrito múltiples criterios diagnósticos basados en síntomas, con el objetivo de unificar y estandarizar su diagnóstico. [27]

Siendo así que, en 1976, surgen los primeros criterios diagnósticos para el SII o criterios de Manning; sin embargo, su valor predictivo positivo no era muy alto. Motivo por el cual surge la fundación Roma. Luego en 1984, en el duodécimo Congreso Internacional de Gastroenterología, se organizó un comité de expertos en el tema; fue así, como se publican los primeros Criterios de Roma I en 1994, que posteriormente se modifican dando lugar a los criterios de Roma II en 1999. [27]

En los Criterios Roma I, debe estar presente el dolor abdominal el cual se alivia con la defecación y/o con cambios en la frecuencia o consistencia de la deposición; dos o más de los siguientes síntomas en un 25% de las oportunidades o días como alteraciones en la frecuencia de evacuación, alteración en la forma de la deposición, en el pasaje de la deposición, con mucosidad, ruidos y distensión abdominal o plenitud. [28]

En cambio, en los Criterios Roma II, existe presencia por lo menos durante 12 semanas, no necesariamente consecutivas, de malestar abdominal o dolor con alivio

post defecación y/o inicio asociado a cambio en la frecuencia de la deposición o inicio asociado con cambio en la apariencia de la deposición. [28]

En el año 2006 surgen los criterios de Roma III, basados en dolor o molestia abdominal recurrente al menos tres días por mes, en los últimos tres meses asociado a dos o más de los siguientes: inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones, inicio asociado con un cambio en la forma o apariencia de las evacuaciones. Los criterios deben cumplirse durante los últimos tres meses, pero los síntomas deben haber iniciado al menos seis meses antes del diagnóstico. [28]

Es por ello, que el diagnóstico del SII se considera positivo y no de exclusión, gracias a que, a lo largo de los años, se han ido unificando sus criterios diagnósticos. Por lo que en pacientes que no presenten datos de alarma y cumplan con dichos criterios, se puede realizar una aproximación diagnóstica fiable y segura, sin necesidad de utilizar otras pruebas complementarias, ya que los criterios de Roma III presentan una sensibilidad de 70.7%, una especificidad de 87.8% con un valor predictivo positivo cercano al 100%. [28]

Finalmente, en el año 2016, realizan última modificación de los criterios Roma IV, en los cuales debe haber dolor abdominal recurrente al menos un día a la semana en los últimos tres meses relacionado con dos o más de los siguientes criterios: se relaciona con la defecación, a un cambio en la frecuencia de las deposiciones, y/o a un cambio en la forma (apariencia) de las deposiciones. [29]

Tomando en consideración lo anterior, se debe verificar ciertos signos de alarma como: pacientes de 50 años o más, sangre en las materias fecales, adelgazamiento involuntario, pérdida de apetito, síntomas nocturnos, fiebre, tumoración abdominal y ascitis. [29]

Con relación a los adultos mayores con predominio de evacuaciones diarreica muchos estudios y guías medicas de gastroenterología recomiendan la colonoscopia y toma de biopsia, ya que la colitis microscópica puede producir síntomas similares a los del SII. [30]

**Tratamiento**

El SII es una enfermedad crónica, para toda la vida, dado que hasta el momento no existe un tratamiento modificador de la enfermedad, solamente sintomático, la clave para un mejor abordaje es una excelente relación médico paciente. (31)

Es muy importante asegurarse de cuál es la queja principal del paciente o su motivo de consulta, de esta forma podría guiarse mejor el abordaje según sus síntomas. (31)

Entre las recomendaciones generales en cuanto a la dieta y estilo de vida para todo paciente con SII son: ingesta adecuada de líquidos, ejercicio aeróbico regular; dieta equilibrada, patrón regular de las comidas y evitar comidas abundantes y grasosas. (31)

En todo el mundo se utilizan diversos agentes farmacológicos para el tratamiento de los síntomas individuales del SII. (32)

En cuanto, a los antidiarreicos, la loperamida es un opioide sintético que disminuye el tránsito intestinal y estimula la absorción de agua y electrolitos. Es el único antidiarreico que ha sido lo suficientemente estudiado para el tratamiento del SII. Este fármaco es efectivo ya que disminuye la frecuencia de las deposiciones y aumenta la consistencia de las mismas. Sin embargo, no mostraba ningún beneficio en la mejora del dolor abdominal. (32)

También los laxantes osmóticos, como la lactulosa, mejora el estreñimiento y la consistencia de las heces, pero se obtiene una pobre respuesta en el dolor y la distensión abdominal. La mayor evidencia, por los estudios disponibles, es para el polietilenglicol, pero las sales de magnesio se utilizan frecuentemente en la práctica clínica con resultado satisfactorio. (32)

Por otro lado, la microbiota gastrointestinal ha sido objeto de estudio desde principios del siglo XX con los trabajos de Metnichoff, al proponer que múltiples enfermedades se relacionaban con la actividad de las bacterias intestinales y que el consumo de los productos de la fermentación bacteriana a través de la ingestión de leches fermentadas promovía factores benéficos a la salud. Conforme a esto, Bohn *et al.* (2015) explican

que la evidencia que sustente el uso de probiótico es débil, debido a la variabilidad de los resultados en los estudios realizados. [32]

Además, existen múltiples cepas de probióticos como Lactobacillus, Streptococcus, Bifidobacterium, y otras combinaciones de los mismos; pero se desconoce cuáles especies o cepas son las efectivas. [32]

Sin embargo, en el 2018 se publicó un documento internacional de consenso sobre la utilidad de los probióticos en el tratamiento de síntomas gastrointestinales bajos. Esta revisión sistemática incluyó 54 productos y 108 cepas. Concluyó con un 100 % de acuerdo, basándose en evidencias de nivel alto, de que existen probióticos específicos que reducen significativamente los síntomas generales y el dolor abdominal en pacientes con SII, con un perfil de seguridad favorable. [33]

Debido a que, dentro de las teorías de la patogénesis del SII, se propone un sobrecrecimiento bacteriano, se ha introducido la terapia con antibióticos para tratar dicho padecimiento. Por lo que, a través de diversos estudios, se ha demostrado que la administración de Rifaximina es capaz de mejorar los síntomas en los pacientes con SII con predominio de diarrea. [34]

En relación al uso de antiespasmódicos, se consideran una opción ideal para el manejo de este síndrome, son superiores al placebo en la mejoría de los síntomas, sobre todo el dolor y la distensión abdominal. Se distinguen 3 clases principales de antiespasmódicos, antagonistas de canales del calcio (otilonio y pinaverium), relajantes directos del músculo liso (mebeverina) y anticolinérgicos/antimuscarínicos (hioscina, cimetropium, hidrocloruro de diciclomina). [35]

Por ejemplo, la trimebutina es uno de los antiespasmódicos más utilizados y de bajo costo, es un bloqueante de los canales de calcio, posee acción analgésica. Actúa por competencia de sustrato con la acetilcolina, su acción antiinflamatoria se debe a que provoca vasoconstricción al estar en contacto con la mucosa intestinal. Sus efectos secundarios son muy raros e incluyen cefalea y mareo. [35]

Por último, los antidepresivos tricíclicos son capaces de modular a nivel central la percepción del dolor, además disminuyen la hipersensibilidad rectal inducida por el estrés. Resaltando que los inhibidores de la recaptación de la serotonina poseen un beneficio global sobre el síndrome de intestino irritable, a pesar de no ejercer un efecto directo sobre los síntomas intestinales y el dolor. [36]

## Objetivos

### Objetivo general

Evaluar la eficacia de la trimebutina en comparación con el uso de probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable que acuden a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” desde abril hasta julio 2024.

### Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo a edad y sexo.
2. Identificar las manifestaciones clínicas más frecuentes según los criterios de Roma IV.
3. Establecer que subtipo de síndrome de intestino irritable es el más frecuente.
4. Comparar la evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con trimebutina y con probiótico.

## Aspectos éticos

La ética es un conjunto de normas y principios que constituye nuestra moral. Nuestros principios como profesionales de la salud están basados en la mejora de la calidad de vida del paciente. La presente investigación está sujeta al respeto a las personas y su autonomía; para ello, podrá expresar si desea o no participar en una encuesta, y de ser autorizado llevarse a cabo bajo un consentimiento informado donde se explicará de manera entendible los objetivos de la investigación, respetando su identidad al momento de calcular los resultados.

Así mismo, se busca aportar información como un soporte para mejoras en la atención de los pacientes que padezcan síndrome de intestino irritable y orientar a la prevención de la misma.

Por último, y no menos importante el principio de la no maleficencia, donde en ningún momento de la recolección de datos se generará algún tipo de daño al paciente.

## MÉTODOS

### Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, enmarcado en un diseño de campo, de carácter observacional, corte longitudinal y prospectivo.

### Población y muestra

La población está constituida por 180 pacientes que acudieron a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” desde abril hasta julio 2024.

La muestra se distribuye en dos grupos, en la cual 30 pacientes son tratados con trimebutina (300mg cada 12 horas) y 30 pacientes con probiótico (Lactobacillus *20* billones UFC BID), seleccionados de manera intencional y no probabilística que corresponde al 33.33% de la población.

### Criterios de inclusión

Pacientes con edades comprendidas entre los 18 a 45 años, con diagnóstico de síndrome de intestino irritable que acuden a la consulta del servicio de Gastroenterología, cumplimento del tratamiento con trimebutina y probiótico durante el tiempo de interés para el estudio.

**Criterios de exclusión**

Mujeres embarazadas, pacientes que no deseen participar y no firmen el consentimiento informado, pacientes que no reciban tratamiento con trimebutina o probiótico.

**Procedimientos**

Una vez solicitado el permiso respectivo a la comisión de ética e investigación de la Universidad Central de Venezuela y Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, para la realización del estudio, y ser aprobado; se inició con la selección de los participantes respetando los criterios de inclusión.

Se hizo uso de un cuestionario, entendiéndose como cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utilizó para obtener, registrar o almacenar información según Arias F. (2006). [37]

Posteriormente, se explicó a los participantes el propósito del estudio, aquellos con respuesta positiva se les solicitó la firma del consentimiento informado.

El cuestionario consistió en un formato por escrito en una serie de ítems o preguntas, el mismo fue diseñado por los investigadores y está estructurado en cinco partes, la primera corresponde a los datos sociodemográficos de los pacientes, la segunda antecedentes personales, tercera la sintomatología; y, por último, la respuesta terapéutica ante la trimebutina y el probiótico al inicio, posterior y culminación del tratamiento, reflejando si hubo o no mejoría de los síntomas.

**Tratamiento estadístico adecuado**

Los datos estadísticos obtenidos en las encuestas fueron organizados y totalizados mediante una base de datos elaborada con el programa Microsoft Office Excel® 2010. Para el análisis estadístico, los datos obtenidos se agruparon y se presentaron en tablas y gráficos, se utilizaron medidas de frecuencia y porcentaje. Las relaciones entre variables nominales se realizaron a través de la prueba de Chi- cuadrado de Pearson, con la finalidad de comparar dos o más frecuencias. Se consideró un valor estadístico significativo si $p < 0,05$.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Resultados

Durante el periodo comprendido entre abril y julio del año 2024 se evaluaron 2 grupos de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable que acudieron a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”. Donde el primer grupo representado por 30 pacientes recibieron tratamiento con trimebutina (300mg cada 12 horas) y 30 pacientes con probiótico (Lactobacillus *20* billones UFC BID). Ambos grupos representan la muestra de este estudio, cumpliendo con los criterios de inclusión. Es relevante destacar que, al momento de administrar la trimebutina, no se realizó una selección o discriminación previa de pacientes basada específicamente en el estreñimiento. El objetivo fue evaluar la respuesta global del fármaco en los diversos subtipos de SII presentes en la consulta.

En esta investigación, el rango de edad más frecuente se ubicó entre los 40 y 45 años (40%), seguido de los 30 y 39 años (32%), y en menor porcentaje entre los 18 y 29 años (28%) (tabla y gráfico 1).

En cuanto al sexo, fueron (68%) femenino y (32%) masculino (tabla y gráfico 2).

En relación a la ocupación, se encontraron (63%) empleados y (37%) desempleados (tabla y gráfico 3). Según su estado civil, (57%) solteros, (41%) casados, (2%) divorciado y (0%) viudo (tabla y gráfico 4).

Dentro de los antecedentes personales, la hipertensión arterial constituyó (27%), diabetes mellitus tipo 2 (8%), hipotiroidismo (2%), osteoporosis (2%), trastorno depresivo y de ansiedad (2%), asma (0%), alergia a medicamentos (0%), y aquellos que negaron antecedentes (60%) (tabla y gráfico 5).

Así mismo, entre la manifestación clínica más frecuente según los criterios de Roma IV, presentada en todos los casos estudiados fue el dolor abdominal (10%), seguido de distensión abdominal (9 %), estreñimiento (7%), diarrea (48%), hiporexia (3%), nauseas (2%), pérdida de peso (13%) cambios en la consistencia de las heces (10%), flatulencia (%), y astenia (2%). Dentro de los signos de alarma evaluados según los criterios de Roma IV, la pérdida de peso se observó únicamente en el 13% de la

muestra. No obstante, este hallazgo no fue considerado estadísticamente significativo ni representó un criterio de exclusión o gravedad que sugiriera patología orgánica subyacente en los pacientes estudiados, predominando en su lugar los síntomas funcionales propios del SII como el dolor y la distensión abdominal (tabla y gráfico 6).

En torno al subtipo de síndrome de intestino irritable, se obtuvo tipo estreñimiento 47%, diarrea 25%, mixto 23% e indeterminado 5%. Los resultados demuestran que el estreñimiento lejos de ser un efecto adverso, la trimebutina actuó de forma eficaz en la regulación del tránsito intestinal. Al culminar el tratamiento, el 100% de los pacientes en este grupo presentaron mejoría clínica significativa (p = 0,000). Esto confirma que el fármaco alivia los espasmos sin afectar negativamente la motilidad gastrointestinal, descartando el estreñimiento como una complicación medicamentosa en esta cohorte. (tabla y gráfico 7).

Con respecto a la evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con trimebutina (n = 30) se observó mejoría al inicio (90%), posterior (97%), y culminación del tratamiento (100%). siendo estadísticamente significativo (p = 0,000) (tabla y gráfico 8).

Por otro lado, aquellos que recibieron tratamiento con probiótico (n = 30) presentaron mejoría clínica al inicio, posterior y culminación del tratamiento en (47%), (33%), y (30%) respectivamente; (tabla y gráfico 9).

Se relacionó la eficacia del tratamiento con trimebutina vs probiótico, resultando que en los pacientes con SII tratados con trimebutina (n = 30) tuvieron mejoría clínica (100%) a la culminación del tratamiento; con (p = 0,000) valor estadísticamente significativo. Por el contrario, los tratados con probiótico (n = 30) mostraron mejoría en un (30%) con valor estadístico significativo (p = 0,009) (tabla y gráfico 10).

## Discusión

En este estudio, el grupo etario más afectado fue entre los 40 y 45 años representados por el 40 %; siendo similar a una investigación realizada en Ecuador, por Tapia (2020) donde la edad media afectada fue de 45 años. [18]

Seguidamente, se evidenció que el sexo femenino tuvo mayor predominio en 68%, en comparación a estudios reportados a nivel mundial e internacional [3,23]. Además, en trabajos anteriores llevados a cabo en Perú por Venancio (2017) con afectación del sexo femenino en 66%, y en Venezuela por Carrera *et al.* (2020) en 65% [17,21]. Debido, a que poseen un tránsito colónico más lento, de mayor sensibilidad rectal y menor eliminación de heces que los hombres.

En cuanto a, los antecedentes personales referidos por los pacientes, se encuentra con mayor porcentaje la hipertensión arterial en 27%, seguido de diabetes mellitus tipo 2 en 8%, y en menor proporción hipotiroidismo, osteoporosis, trastorno depresivo y de ansiedad en 2% respectivamente; sin embargo el 60% negaron antecedentes; relacionándose a la investigación realizada por Venancio (2017), en el cual, los antecedente más relevantes fueron la enfermedad crónica y la presencia de trastorno de ansiedad, calificando como predictores de esta patología. [17]

Entre la manifestaciones clínicas según los criterios de Roma IV, se destaca el dolor abdominal con 100% de los casos, en segundo lugar la distensión abdominal 98%, continuado por estreñimiento 70%, diarrea 48%, y entre los de menor frecuencia las náuseas, pérdida de peso, cambios en la consistencia de las heces, y flatulencia con un 20%, 13%, 10%, y 2% respectivamente; presentando resultados similares a estudios anteriores como Kang *et al.* (2015), donde el dolor abdominal se atribuye al 98%, distensión abdominal 97%, diarrea 71%, y estreñimiento 67% [12]. Así también, en el trabajo de Tapia (2020), donde el síntoma predominante fue el dolor abdominal en 100%. [18]

También, se constató que el subtipo de SII más frecuente obtenido fue de tipo estreñimiento con el 47%, guardando relación con Carrera *et al.* (2020) donde el subtipo estreñimiento resultó con mayor porcentaje en un 42%, seguido del mixto con un 39% [21]. A diferencia, de lo descrito en la investigación de Veitia *et al.* (2013), la prevalencia del subtipo de SII corresponde al de tipo mixto con un 46.8%. [20]

A través del presente estudio se observó la evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con trimebutina (n = 30), los cuales mostraron aumento de la mejoría clínica desde el inicio del tratamiento, posterior y a la culminación del mismo

en un 90%, 97%, y 100%, siendo estadísticamente significativo (p = 0,000). Similar a lo observado con Moshal *et al.* (2002) en Sur África, y por Dumitrascu *et al.* (2007) en Rumania, quienes obtuvieron resultados positivos con mejoría clínica global con el uso de trimebutina [10,13].

No obstante, en Corea Kang *et al.* (2015) solo el 30% mostró mejoría del dolor abdominal con el uso de trimebutina; al contrario de Ruepert *et al.* (2015) en Europa, demostró el 58% de mejoría de los síntomas. [12,14]

Por otro parte, del grupo que recibió tratamiento con probiótico (n = 30) se observó un descenso progresivo en la mejoría clínica desde el inicio hasta la culminación del tratamiento en un 47% hasta el 30% de los casos estudiados respectivamente. En contraste, con lo señalado en algunos metaanálisis sobre el uso de probióticos, solos o combinados, han mostrado cierta eficacia tanto en los síntomas globales como de dolor, distensión abdominal y flatulencia [22]. Cabe acotar, que Bohn *et al.* (2015) hace referencia que los probióticos poseen un nivel de evidencia débil, debido a la variabilidad en los estudios previos. [32]

Finalmente, en esta investigación se comparó la eficacia del tratamiento con trimebutina vs probiótico, donde los tratados con trimebutina (n = 30) tuvieron mejoría clínica del 100% al término del tratamiento, con valor estadístico significativo (p = 0,000). A diferencia de aquellos tratados con probiótico (n = 30) quienes presentaron mejoría al término del tratamiento en un 30% con (p = 0,009).

De igual manera, en China los expertos Zhong *et al.* (2007), observaron diferencias significativas después de 4 semanas de tratamiento, en la saciedad temprana, dolor abdominal y síntomas totales entre el grupo que solo recibió trimebutina; determinaron que, en comparación con la administración de probiótico, la trimebutina mostró la mayor eficacia. [11]

## CONCLUSIONES

En vista de los resultados se puede concluir que el síndrome de intestino irritable es uno de los trastornos digestivos más frecuente en el servicio de Gastroenterología del

Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, siendo el dolor abdominal y la distención abdominal los síntomas más frecuentes referidos en la consulta.

Además, entre las características demográficas encontradas como la edad, el sexo, la ocupación y el estado civil, no difieren de los reportados a nivel mundial, internacional y nacional.

Evidenciándose con mayor frecuencia en edades comprendidas entre 40 y 45 años, a predominio del género femenino.

Respecto a la clasificación de síndrome de intestino irritable, el subtipo con mayor frecuencia fue de estreñimiento.

Cabe señalar, que el tener mayor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad ha permitido encontrar nuevas opciones terapéuticas, tal es el caso de la utilización de los antiespasmódicos, los cuales siguen teniendo vigencia como tratamiento sintomático específico frente al SII.

En ese contexto, la evaluación de la eficacia y seguridad de la trimebutina continúa ganándose una opción importante en el manejo del síndrome de intestino irritable, respaldado por diversas evidencias científicas.

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones obtenidas se puede ofrecer las siguientes recomendaciones:

Promover cursos de actualización científica sobre el síndrome de intestino irritable con el fin de fortalecer la información sobre esta patología y así prevenir complicaciones futuras.

Tomar en consideración el uso de los antiespasmódicos como la trimebutina en el abordaje terapéutico del síndrome del intestino irritable, siendo un medicamento de bajo costo y accesible para el paciente.

Se sugiere mejorar los hábitos nutricionales, organizar y equilibrar el estilo de vida, a fin de evitar factores desencadenantes o perjudiciales que puedan influir en el desarrollo de este síndrome.

## REFERENCIAS


1. León R. Comentarios sobre el Síndrome de intestino irritable. Rev. Gastroenterol. Perú. 2016; 30 (1): 52-4.

2. Castañeda Sepúlveda Rafael. Síndrome de intestino irritable. Departamento de Medicina Interna, Hospital Christus Muguerza Sur de Monterrey, Nuevo León, México. 2017; 12 (46): 39-46.

3. Delgado Edna, Cervantes Paulina, Hernández Jessica, Ramírez Joana. Síndrome de intestino irritable, un padecimiento con enfoque integral. Revista Médica MD. 2018; 6 (4): 301-6.

4. Quigley E., Fried M., Gwee K., Khalif I. Síndrome de Intestino irritable: Una perspectiva mundial. World Gastroenterology Organization. 2017; 2-31.

5. Ibarra Catalina, Herrera Valentina, Pérez Edith, Gil Luis, Madrid Ana, Valenzuela Lucía, Beltrán Carol. Parasitosis y Síndrome de intestino irritable. Rev. Chil Gastroenterol. 2017; 33 (3): 268-74.

6. Balboa Agustín, Ciriza Constanza, Mearín Fermín. Actualización de la guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. Asociación Española de Gastroenterología. 2017; 13 (1). 27.

7. Pérez A., Roche M., Larrañaga C. Trastornos gastrointestinales: Síndrome de intestino irritable. Sist. Sanit Navar. 2017; 32 (1): 135-57.

8. Otero W, Gómez M. Síndrome de intestino irritable. Rev Col Gastroenterol. 2017; 20 (4): 12.

9. Poynard T., Naveau S., Mory B., Chaput JC. Meta-analysis of smooth muscle relaxant in the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2001; 8: 499-510.

10. Moshal M., F.R., F.A., Herron M., R.N. Clinical Trial of Trimebutine (Mebutin) in Spastic Colon. Gastro-intestinal Unit, Department of Medicine. University of Natal/King Edward VIII Hospital, Durban, South Africa, Rev. Med Res (2002), 231 (9).

11. Zhong YQ, Zhu J., Guo JN, Yan R., Li HJ, Lin YH, Zeng ZY. A randomized and case control clinical study on trimebutine maleate in treating functional dyspepsia coexisting with diarrhea-dominant irritable bowel syndrome. 2007; 46 (11): 899-902.

12. Seong Hee Kang, Yoon Tae Jeen, Ja Seol Koo, Yang Seo Koo, Kyoung Oh Kim, You Sun Kim, et al. Efficacy of Fenoverine and Trimebutine in the Management of Irritable Bowel Syndrome: Korean J. Gastroenterol 2015; 62: 278-287. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4166/kjg.2013.62.5.278

13. Dumitrascu D., Hatieganu Luliu. The Effect of Trimebutine on the Psychosocial Adjustment to illness in the Irritable Bowel Syndrome. University of medicine and Pharmacy Third Medical Department. Romanian Journal of Internal Medicine (2007) 44 (3): 273-280. Disponible en: http://siicsalud.com/dato/resiic.php/97712

14. Ruepert L., Quartero A., De Wit N., Van der Heijden G., Rubin G., Muris J. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2015; (8). Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD003460.pub3

15. Forte E., Pizzoferrato M., Lopetuso L., Scaldaferri F. Trimebutine Maleate and Pinaverium Bromide for Irritable Bowel Syndrome: A Review of the Clinical Effectiveness, Safety and Guidelines. 2016 Jan; 16 (1): 25-37.

16. Rodríguez R. Luis. Efecto de los antiespasmódicos, solos o combinados, en el tratamiento del síndrome de intestino irritable: Revisión sistemática y meta análisis. Universidad Autónoma Nueva León, México. 2017.

17. Venancio M. Simón. Factores de riesgo asociados a síndrome de intestino irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. 2017.

18. Tapia M. Gabriela. Manifestaciones clínicas y tipo de tratamiento en pacientes diagnosticados de síndrome de intestino irritable en el área de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2020.

19. Soifer Luis, Tawil José, Rey Alejandro, Solé Laura, Bernstein Silvia. Tratamiento del síndrome de intestino irritable por gastroenterólogos: resultados de un estudio de corte transversal a partir de una encuesta elaborada por expertos. Acta Gastroenterol Latinoam. 2021; 51 (3): 280-91. Disponible en: https://doi.org/10.52787/kksx5531

20. Veitia Guillermo, Pernalete Beatriz, Cachima Lisbeth, Manuitt Juan, La Cruz María, Da Farias Alejandro, et al. Prevalencia del síndrome intestino irritable. Revista Gen 2013; 67 (3): 139-144.

21. Carrera Fernando, Stella Andrés, Guerra Xiomara, Vera Michael, Pena Victoria, García María, Fereira Sidney. Prevalencia del síndrome del intestino irritable en población adulta venezolana. Revista GEN. 2020; 74 (1): 2-9.

22. Ford Alexander, Moayyedi Paul, Lacy Brian, Lembo Anthony, Saito Yuri, Schiller Lawrence, Soffer Edy. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. Am J Gastroenterol 2014. Disponible en: https://doi:10.1038/ajg.2014.187

23. Spiller R., Aziz Q., Creed F., Emmanuel A. British Society of Gastroenterology guidelines on mechanisms and practical management in irritable bowel syndrome. 2017. Disponible en: https://doi:10.1111/j.1365-277X.2012.01242.x

24. Houghton L., Hungin P. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. Erratum in: Gut 2008; 57:1743. Disponible en: https://doi:10.1136/gut.2007.119446.

25. Klem F., Wadhwa A., Prokop L., Sundt W., Farrugia G., Camilleri M., Singh S., Grover M. Prevalence, Risk Factors, and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome After Infectious Enteritis: A Systematic Review and Meta-analysis. Gastroenterology. 2017; 152 (5), 1042–1054.

26. Costa Valeria, Ovalle Alan. Rol de los antiespasmódicos en el manejo del síndrome de intestino irritable. Rev. Colom. Gastroenterol. 2019; 34 (3), 269-276.

27. Mearin Fermín, Ciriza Constanza, Mínguez Miguel, Rey Enrique, Mascort Juan, Peña Enrique, et al. Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2). Madrid. Rev. Española Enferm Dig. 2017; 108:332-363.

28. Ford A., Talley N. Irritable Bowel Syndrome. En Feldman M. Editor. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11va edición. Philadelphia: Elsevier; 2020. p.2008-2020.

29. Lacy Brian, Mearin Fermín, Chang Lin, Chey William, Lembo Anthony, Simren Magnus, Spiller Robin. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016; 150 (6), 1393–1407.

30. Rao S., Valestin J., Brown C., Zimmerman B., Schulze K. Long-Term Efficacy of Biofeedback Therapy for Dyssynergic Defecation: Randomized Controlled Trial. Am J Gastroenterol. 2010; 105 (4), 890–896. Disponible en: https://doi:10.1038/ajg.2010.53

31. Saha L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. World J Gastroenterol. 2014; 20 (22), 6759–6773.

32. Bohn L., Störsrud S., Liljebo T., Collin L., Lindfors P., Tornblom H. Diet Low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional

dietary advice: A randomized controlled trial. Gastroenterology. 2015; 149 (6), 1399–1407.

33. Hungin A., Mitchell C., Whorwell P., Mulligan C., Cole O., Agréus L., Fracasso P., et al. European Society for Primary Care Gastroenterology Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms. Updated evidence based international consensus. Aliment Pharmacol Ther 2018; 47: 1054-1070.

34. Pimentel Mark, Chang Christopher, Chua Kathleen, Mirocha James, DiBaise John, Rao Satish, Amichai Meridythe. Antibiotic Treatment of Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome. Journal Digestive Diseases and Sciences. 2014; 59 (6), 1278–1285. Disponible en: https://doi:10.1007/s10620-014-3157-8.

35. Martínez M., Vázquez G., González J., Gutiérrez R., Maldonado H., Bosques F. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: Systematic review and meta-analysis. Revista de Gastroenterología México 2012; 77: 82-90.

36. Trinkley K, Nahata M. Medication management of irritable bowel syndrome. Digestion 2014; 89: 253-267.

37. Fidias G. Arias. (2006). El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica; Editorial Epistene, 6ta Edición.

## ANEXOS

### ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Eficacia de la trimebutina vs probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable

Lea cuidadosamente el contenido de este documento antes de decidir su participación en el estudio de investigación. Se le explicará cualquier duda que usted manifieste, si luego decide participar, debe firmar el documento de consentimiento y se entregará una copia del mismo.

El objetivo del estudio consiste en evaluar la eficacia de la trimebutina en comparación con el uso de probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable que acuden a la consulta del servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” desde abril hasta julio 2024.

No existe remuneración económica por la participación en el estudio, esta será voluntaria, pudiéndose negar en este o cualquier otro momento, sin perjuicio alguno, ni perdida de sus derechos; igualmente los investigadores se reservan el derecho de dar por terminada su participación, en caso de así considerarlo necesario. Dicho estudio no interferirá en ningún momento en la atención y manejo médico correcto del paciente, siempre se velara por brindar salud al mismo.

He leído, entendido este documento y aceptado participar en este estudio.

Firma del paciente: _____

Firma de los investigadores:

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Nestmar Pinto | Yusmarys García |

**ANEXO 2**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO "DR. CARLOS ARVELO"

**FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

<table>
<tr><td colspan="5">I. Datos Del Paciente</td></tr>
<tr><td>Nombre y Apellido:<br>_____.</td><td>Edad:<br>_____.</td><td>Sexo:<br>F: ( )<br>M: ( )</td><td>C.I.<br>_____.</td><td>Ocupación<br>_____.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Estado civil: _____.</td><td colspan="3">Dirección: _____.</td></tr>
<tr><td colspan="5">II. Antecedentes Personales</td></tr>
<tr><td>Diabetes Mellitus<br>Si: ( )<br>No: ( )</td><td>Hipertensión Arterial<br>Si: ( )<br>No: ( )</td><td>Asma<br>Si: ( )<br>No: ( )</td><td>Alergia a medicamentos<br>Si: ( ) _____.<br>No: ( )</td><td>Otros<br>Si: ( ) Cuál:<br>_____.<br>No: ( )</td></tr>
<tr><td colspan="3">III. Clínica Gastrointestinal</td><td colspan="2">IV. Terapéutica con Trimebutina:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Evacuaciones con Moco Si: ( ) No: ( )<br>Sangre: Si: ( ) No: ( )<br>Consistencia: Dura: ( ) Pastosa: ( )<br>Diarrea: Si: ( ) No: ( )<br>Estreñimiento: Si: ( ) No: ( )<br>Dolor Abdominal: Si: ( ) No: ( )<br>Distensión Abdominal: Si: ( ) No: ( )<br>Otros: Si: ( ) Cuál: _____. No: ( )</td><td colspan="2">Fecha de inicio: _____.<br>Fecha de culminación: _____.<br>Mejoría de los síntomas (Inicio)<br>Si: ( ) Cuál _____. No: ( )<br>Mejoría de los síntomas (Posterior)<br>Si: ( ) Cuál _____. No: ( )<br>Mejoría de los síntomas (Culminación)<br>Si: ( ) Cuál _____. No: ( )</td></tr>
<tr><td colspan="5">V. Terapéutica con Probiótico:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de inicio: _____.<br>Fecha de culminación: _____.<br>Mejoría de los síntomas (Inicio)<br>Si: ( ) Cuál _____. No: ( )</td><td colspan="3">Mejoría de los síntomas (Posterior)<br>Si: ( ) Cuál _____. No: ( )<br>Mejoría de los síntomas (Culminación)<br>Si: ( ) Cuál _____. No: ( )</td></tr>
</table>

**Elaborado por: Nestmar Pinto y Yusmarys García**

## ANEXO 3

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Dimensión | Tipo de variable | Indicador | Subindicador |
|---|---|---|---|---|
| Edad | Demográfica | Cuantitativa discreta | Años | 18-29 años<br>30-39 años<br>40-45 años |
| Sexo | Fenotipo | Cualitativa nominal | Femenino<br>Masculino | |
| Ocupación | El oficio que realiza cada Persona | Cualitativa nominal | Empleado<br>Desempleado | |
| Estado civil | Registro civil | Cualitativa | Soltero, Casado, Divorciado, Viudo | |
| Antecedentes personales | Clínica | Cualitativa nominal | Diabetes Mellitus<br>Hipertensión arterial<br>Asma<br>Alergia a medicamentos | Si<br>No |
| Síndrome de intestino irritable | Clínica | Cualitativa nominal | Estreñimiento<br>Diarrea<br>Distención abdominal<br>Dolor abdominal | Si<br>No |
| Trimebutina | Farmacológica | Cualitativa nominal | Mejoría de los síntomas (Inicio, Posterior, Culminación) | Si<br>No |
| Probiótico | Farmacológica | Cualitativa nominal | Mejoría de los síntomas (Inicio, Posterior, Culminación) | Si<br>No |

## ANEXO 4

Tabla Nro. 1

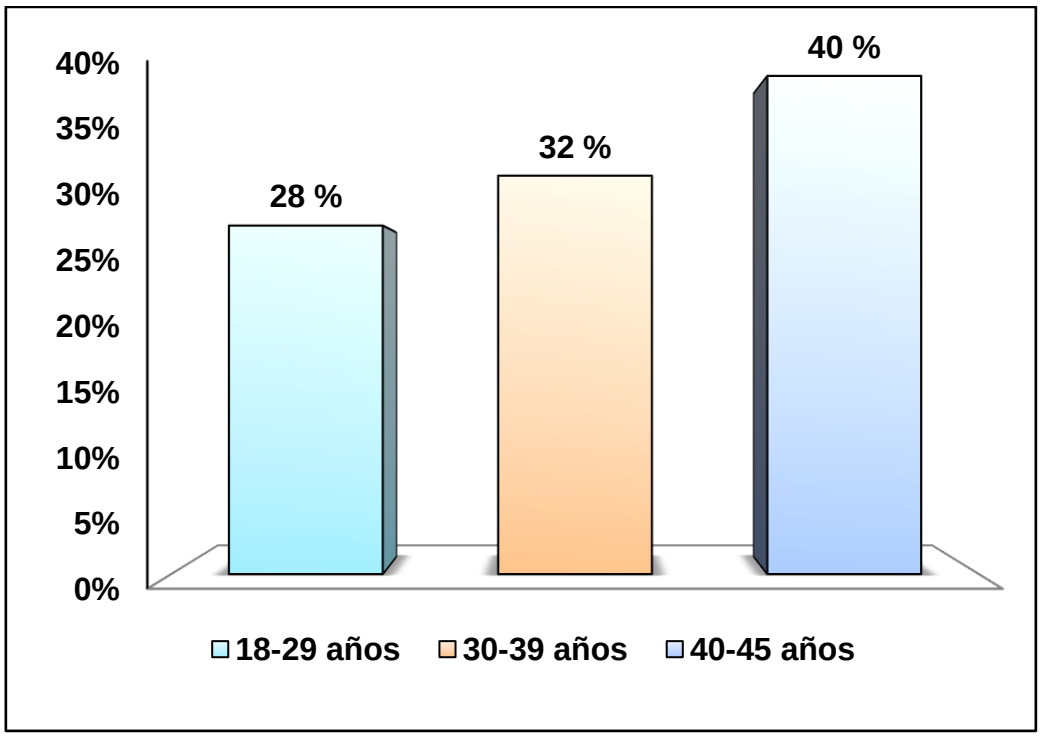
**Prevalencia de pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo al grupo etario.**

| Edades | Fa | Fr |
|---|---|---|
| **18 - 29 años** | 17 | 28 % |
| **30 - 39 años** | 19 | 32 % |
| **40 - 45 años** | 24 | 40 % |
| **Total** | **60** | **100 %** |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 1

**Prevalencia de pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo al grupo etario.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 2

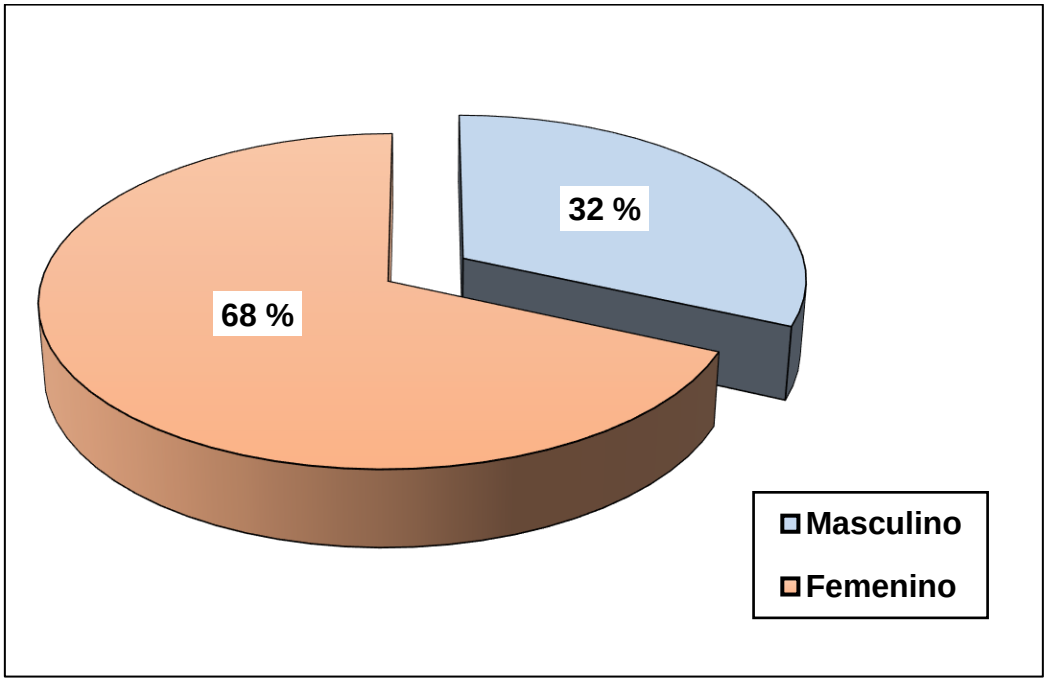
**Prevalencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según el sexo.**

| Sexo | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **Masculino** | 19 | 32 % |
| **Femenino** | 41 | 68 % |
| **Total** | **60** | **100 %** |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 2

**Prevalencia de pacientes con síndrome de intestino irritable según el sexo.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 3

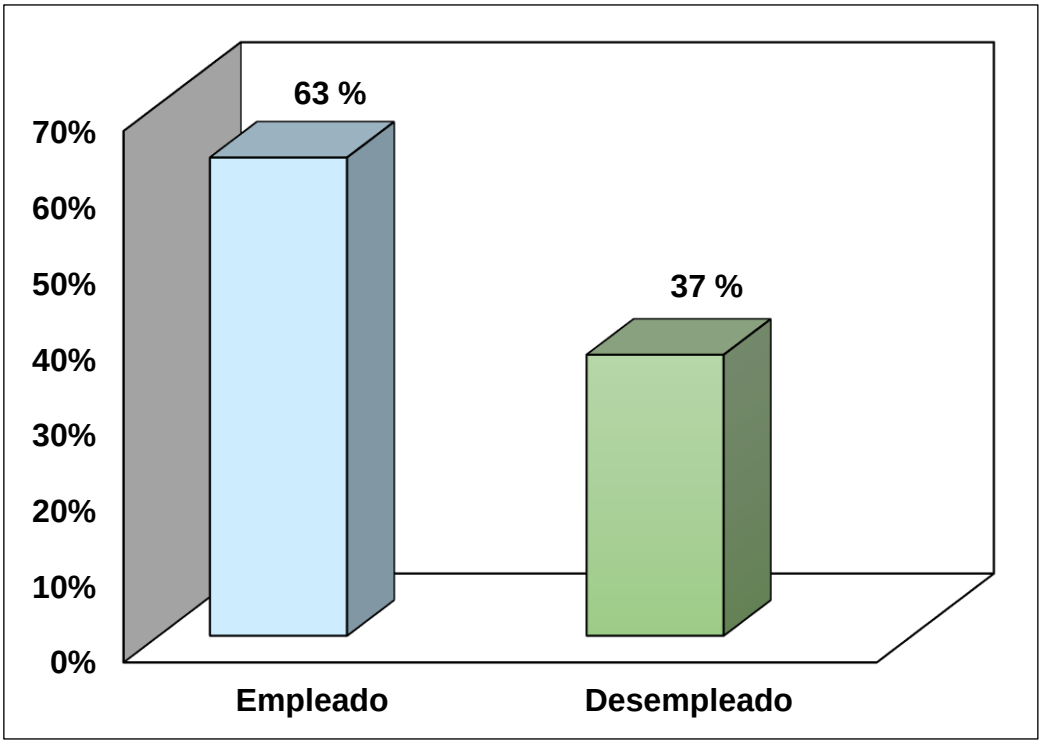
**Distribución de pacientes con síndrome de intestino irritable según su ocupación.**

| Ocupación | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **Empleado** | 38 | 63 % |
| **Desempleado** | 22 | 37 % |
| **Total** | **60** | **100 %** |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 3

**Distribución de pacientes con síndrome de intestino irritable según su ocupación.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 4

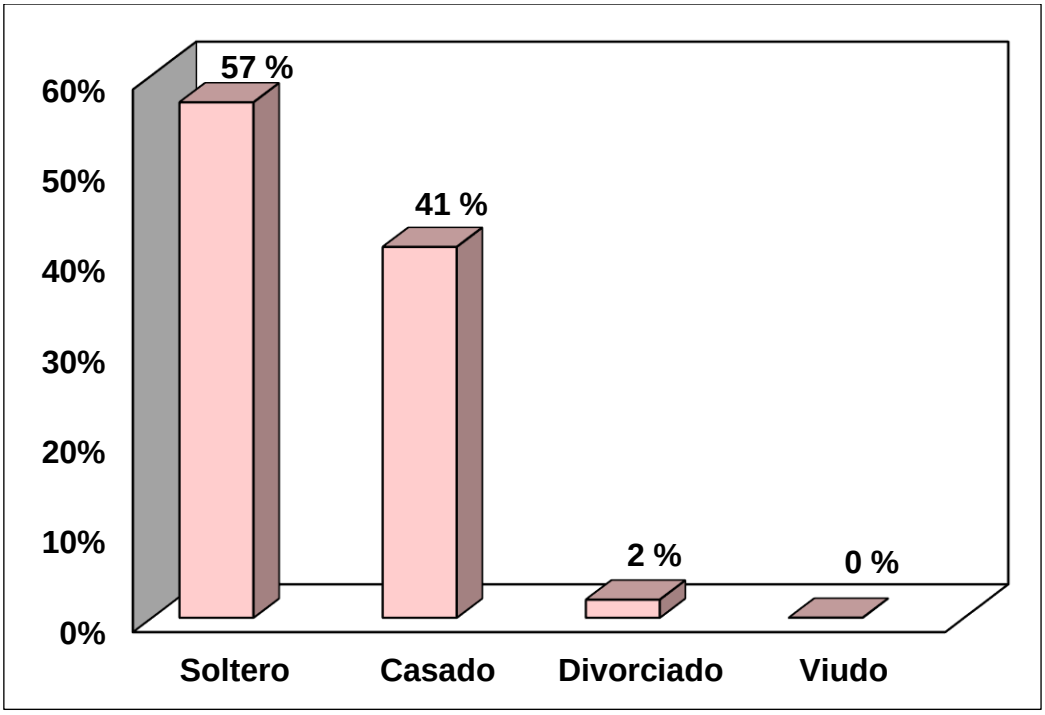
**Distribución de pacientes con síndrome de intestino irritable según su estado civil.**

| Estado civil | Frecuencia | % |
|---|---|---|
| **Soltero** | 34 | 57 % |
| **Casado** | 25 | 41 % |
| **Divorciado** | 1 | 2 % |
| **Viudo** | 0 | 0 % |
| **Total** | **60** | **100 %** |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 4

**Distribución de pacientes con síndrome de intestino irritable según su estado civil.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 5

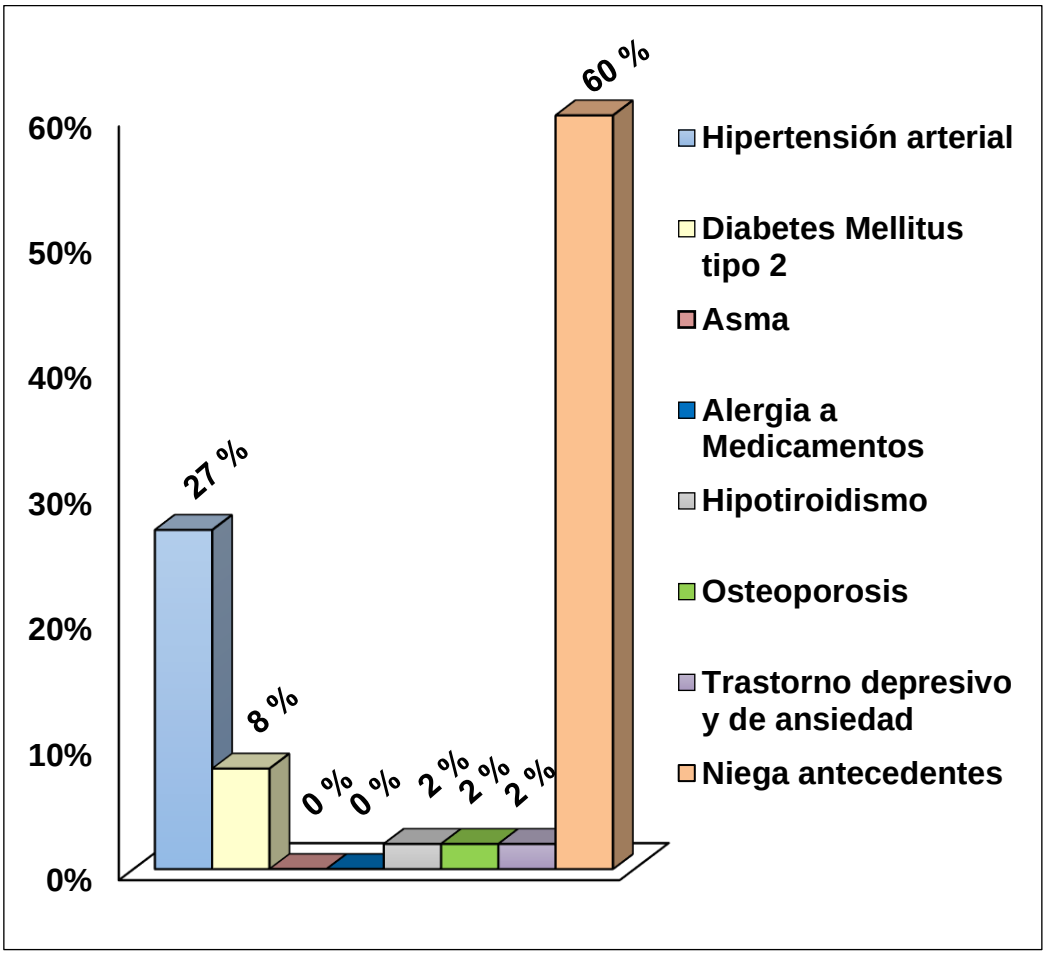
**Distribución de pacientes con síndrome de intestino irritable según sus antecedentes personales.**

| Antecedentes personales | Si | | No | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Fa | Fr | Fa | Fr | |
| **Hipertensión arterial** | 16 | 27 % | 44 | 73 % | |
| **Diabetes Mellitus tipo 2** | 5 | 8 % | 55 | 92 % | |
| **Asma** | 0 | 0 % | 0 | 0 % | **Total:** |
| **Alergia a medicamentos** | 0 | 0 % | 0 | 0 % | **60 casos** |
| **Hipotiroidismo** | 1 | 2 % | 59 | 98 % | **100 %** |
| **Osteoporosis** | 1 | 2 % | 59 | 98 % | |
| **Trastorno depresivo y de ansiedad** | 1 | 2 % | 59 | 98 % | |
| **Niega antecedentes** | 36 | 60 % | 24 | 40 % | |
| **Valor p** | **0,069** | | **0,002** | | |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 5

**Distribución de pacientes con síndrome de intestino irritable según sus antecedentes personales.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 6

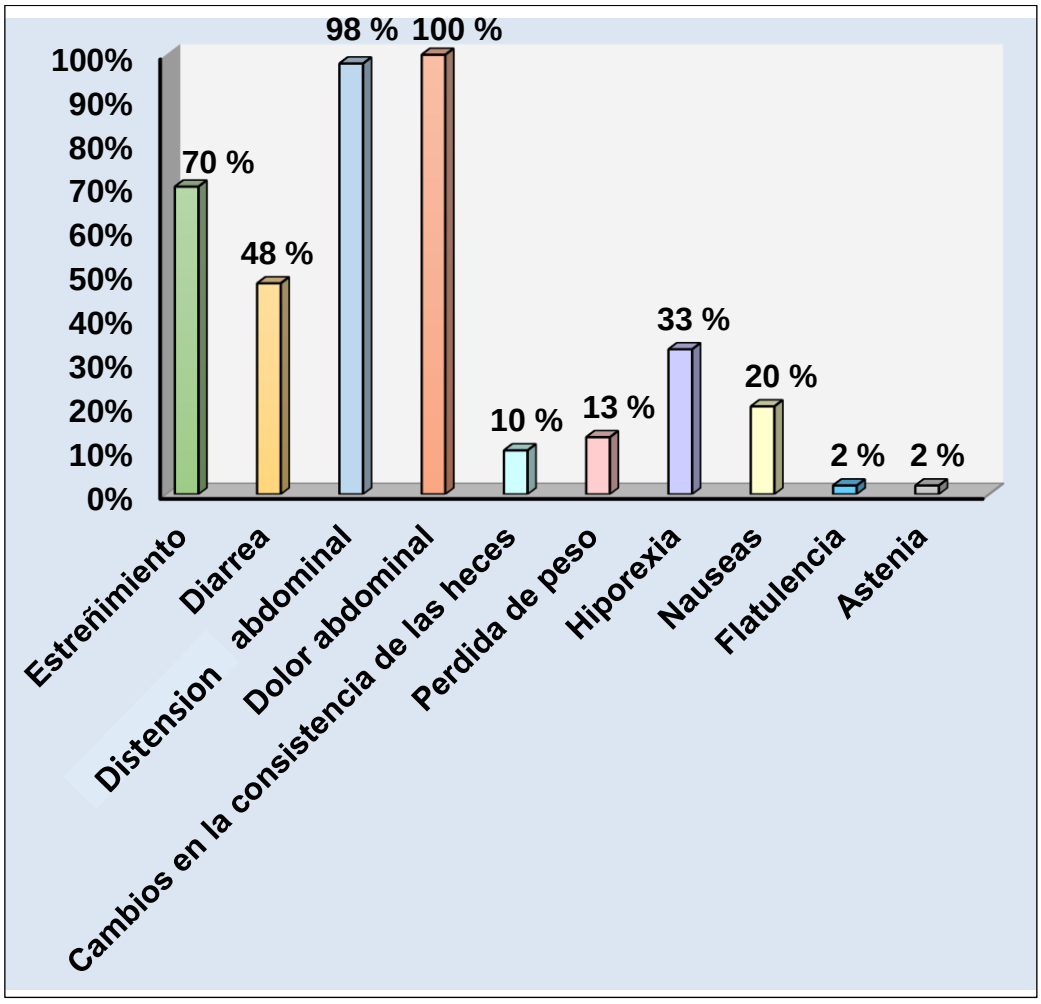
**Manifestaciones clínicas más frecuentes según los criterios de Roma IV.**

| Manifestaciones clínicas | Si | | No | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Fa | Fr | Fa | Fr | |
| **Estreñimiento** | 42 | 70 % | 18 | 30 % | |
| **Diarrea** | 29 | 48 % | 31 | 52 % | |
| **Distensión abdominal** | 59 | 98 % | 1 | 2 % | **Total:** |
| **Dolor abdominal** | 60 | 100 % | 0 | 0 % | **60 casos** |
| **Cambios en la consistencia de las heces** | 6 | 10 % | 54 | 90 % | **100 %** |
| **Pérdida de peso** | 8 | 13 % | 52 | 87 % | |
| **Hiporexia** | 20 | 33 % | 40 | 67 % | |
| **Nauseas** | 12 | 20 % | 48 | 80 % | |
| **Flatulencia** | 1 | 2 % | 59 | 98 % | |
| **Astenia** | 1 | 2 % | 59 | 98 % | |
| **Valor p** | **0,004** | | **0,000** | | |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 6

**Manifestaciones clínicas más frecuentes según los criterios de Roma IV.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 7

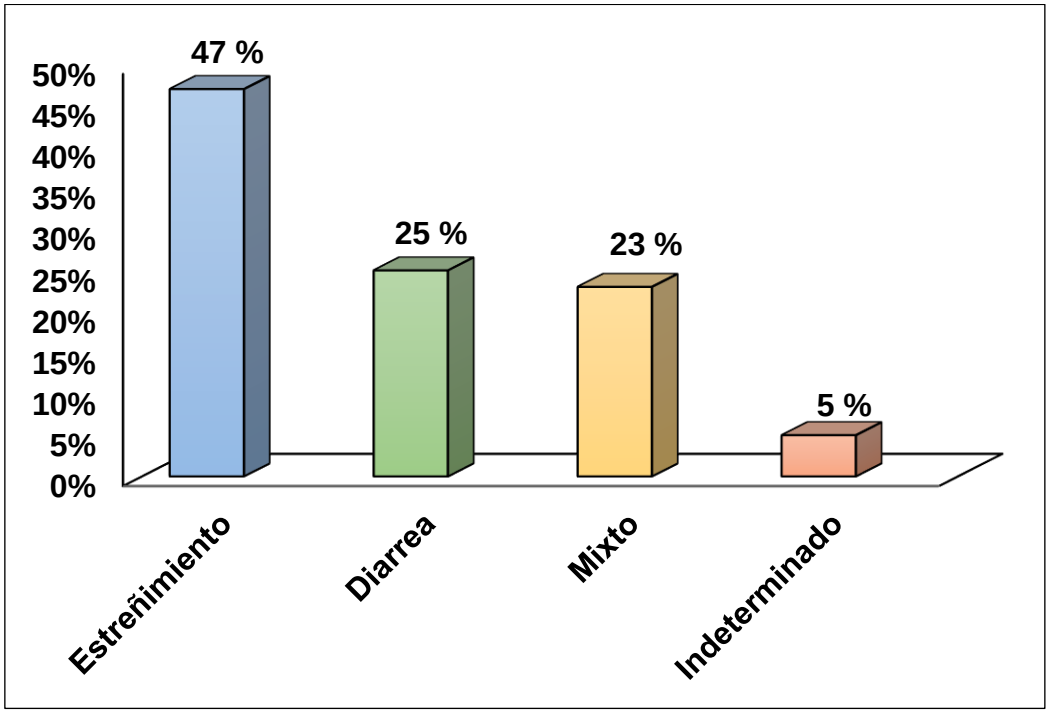
**Subtipo de síndrome de intestino irritable más frecuente.**

| Subtipo de SII | Fa | Fr | |
|---|---|---|---|
| **Estreñimiento** | 28 | 47 % | **Total:** |
| **Diarrea** | 15 | 25 % | **60 casos** |
| **Mixto** | 14 | 23 % | **100 %** |
| **Indeterminado** | 3 | 5 % | |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 7

**Subtipo de síndrome de intestino irritable más frecuente.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 8

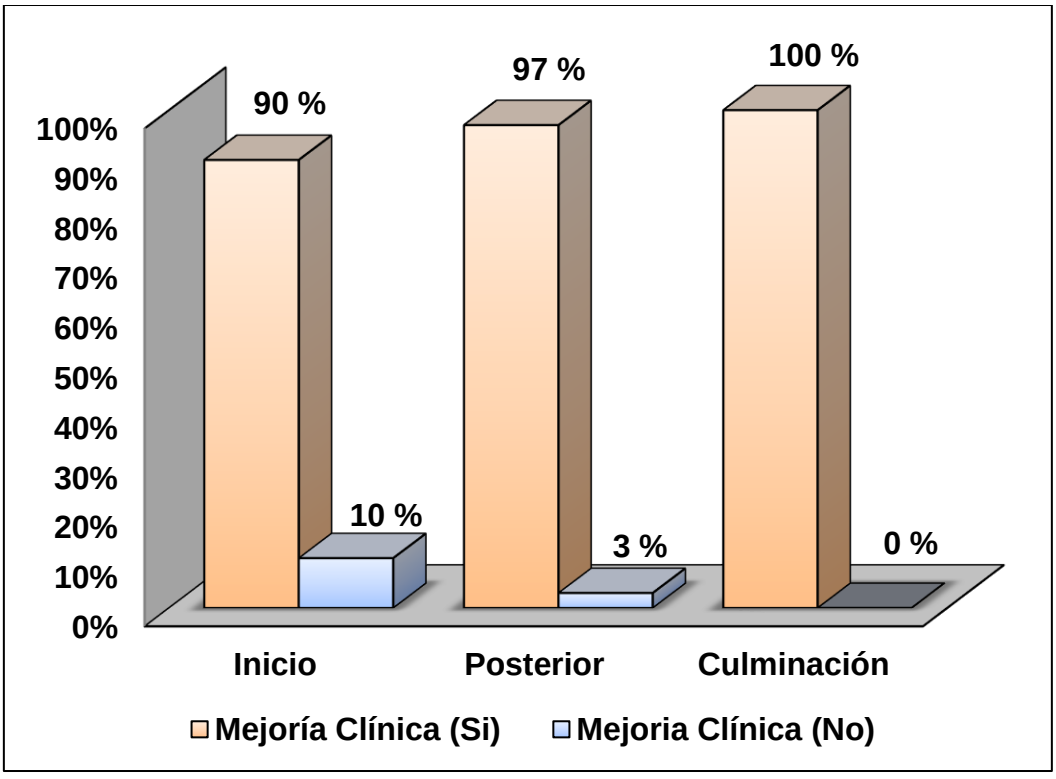
**Evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con trimebutina.**

| Mejoría clínica con trimebutina | Si | | No | |
|---|---|---|---|---|
| | Fa (n = 30) | Fr % | Fa (n = 30) | Fr % |
| **Inicio** | 27 | 90 % | 3 | 10 % |
| **Posterior** | 29 | 97 % | 1 | 3 % |
| **Culminación** | 30 | 100 % | 0 | 0 % |
| **Valor p** | **0,000** | | **0,134** | |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 8

**Evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con trimebutina.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 9

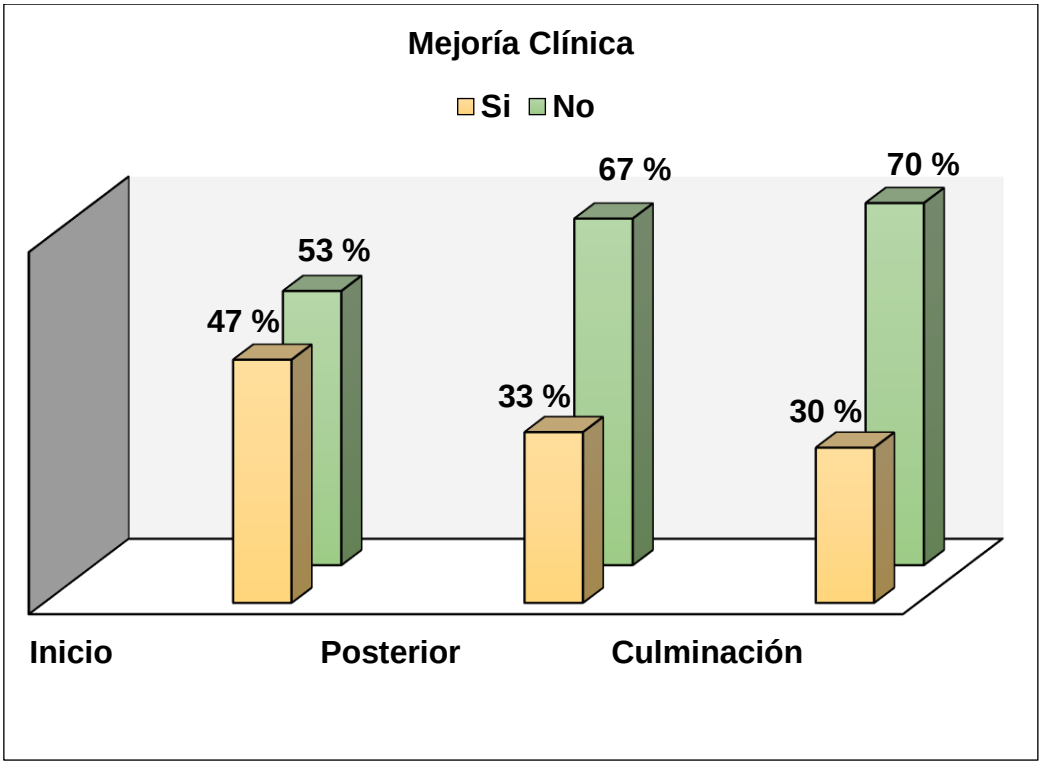
**Evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con probiótico.**

| Mejoría clínica con probiótico | Si | | No | |
|---|---|---|---|---|
| | Fa (n = 30) | Fr % | Fa (n = 30) | Fr % |
| **Inicio** | 14 | 47 % | 16 | 53 % |
| **Posterior** | 10 | 33 % | 20 | 67 % |
| **Culminación** | 9 | 30 % | 21 | 70 % |
| **Valor p** | **0,009** | | **0,003** | |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 9

**Evolución clínica post terapéutica en pacientes tratados con probiótico.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Tabla Nro. 10

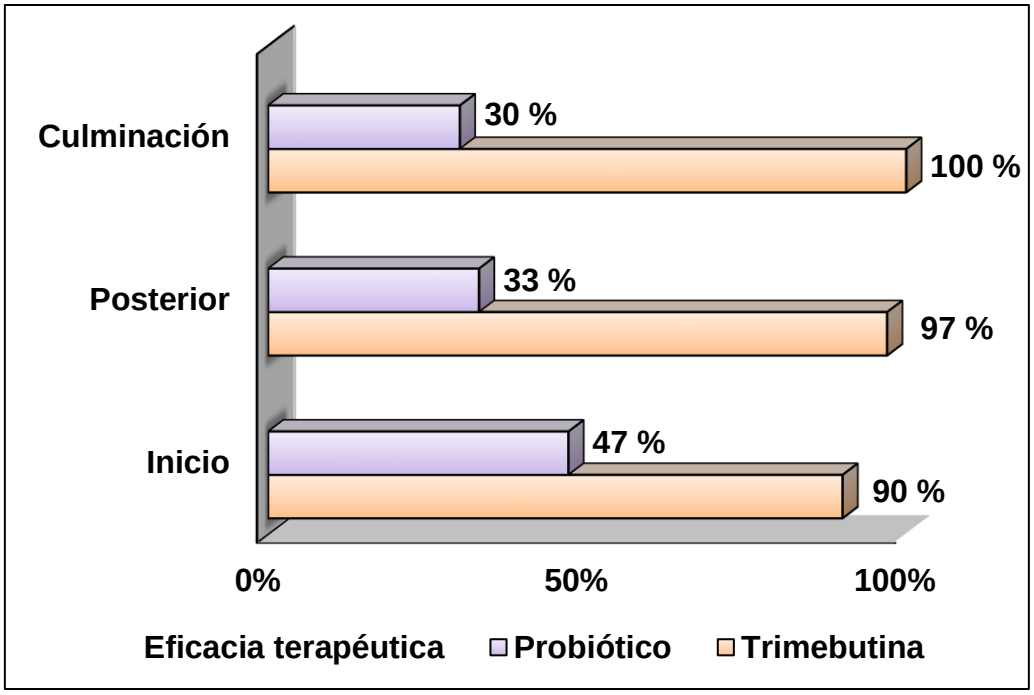
**Eficacia terapéutica de la trimebutina vs probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable.**

| | Eficacia terapéutica | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Trimebutina | | Probiótico | |
| | Fa (n = 30) | Fr % | Fa (n = 30) | Fr % |
| **Inicio** | 27 | 90 % | 14 | 47 % |
| **Posterior** | 29 | 97 % | 10 | 33 % |
| **Culminación** | 30 | 100 % | 9 | 30 % |
| **Valor p** | **0,000** | | **0,009** | |

**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**

Gráfico Nro. 10

**Eficacia terapéutica de la trimebutina vs probiótico en pacientes con síndrome de intestino irritable.**




**Fuente: Base de datos de la investigación (2024)**