



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2019

### Neurogastro II

Mar141

#### EVALUACIÓN DIETÉTICA ANTES Y DURANTE UN ESTUDIO DE PH-METRÍA IMPEDANCIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE REFLUJO

M. F. García-Cedillo, J. P. Guillermo-Durán, L. A. Estrella-Sato, E. M. Martínez-Hernández, F. Villegas-García, A. I. Olvera-Cruz, K. L. Morales-Barba, M. P. Milke-García, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las causas más comunes de visita al médico y es muy prevalente a nivel global (18.1% a 27.8%). Los factores dietéticos pueden ser una causa potencial o factor exacerbante en el desarrollo de síntomas del reflujo. Actualmente no hay estudios que describan los patrones dietéticos de los pacientes con síntomas de ERGE antes y durante un estudio de pH-metría impedancia.

**Objetivo:** Evaluar las características dietéticas antes y durante un estudio de pH-metría impedancia en pacientes con síntomas de ERGE.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con síntomas de ERGE que se sometieron a pH-metría (PHM) de 24 horas. En el estudio se le indicó que siguieran una rutina normal. Se dividieron de acuerdo con el diagnóstico de la pH-metría como: reflujo fisiológico (RF) y reflujo patológico (RP). Se evaluó el consumo dietético mediante un recordatorio de 24 horas (*Food Processor*) antes y durante el estudio de pH-metría, así como variables demográficas. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia

central para cada una de las variables del estudio y se utilizaron pruebas no paramétricas para las variables cuantitativas. Se utilizó el SPSS versión 24 para el análisis de los datos.

**Resultados:** Se analizó a 40 pacientes, 34 mujeres (82.9%), con mediana de 54 (50.5-58.5) años y IMC de 29.3 (25.3-31.6). De acuerdo con el resultado de la pH-metría se dividieron en: 17 con RF y 23 con RP. Se observó al comparar el consumo antes y durante el estudio de pH-metría una diferencia significativa en el consumo de lípidos (g): 547.4 (314.9-904.1) vs. 372.7 (286.7-502.7),  $p=0.02$  y grasas monoinsaturadas (g): 14 (7-22.6) vs. 9.11 (7.3-15.6),  $p=0.02$ . En cuanto al consumo de energía (kcal), se observó una tendencia a su disminución en los pacientes con RF: 2486.5 (1570.8-2786.2) vs. 1493.6 (1093.7-2209.8),  $p=0.07$  pero no en los de RP: 2299.23 (1568.7-2708.7) vs. 2044.93 (1105.91-2694.3),  $p=0.29$ . Asimismo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de sus variables dietéticas (**Tabla 1**). En cuanto a los tiempos de comida durante el día se observó que los RF tuvieron una mayor disminución en un 72.2% comparado con un 52.2% de los RP ( $p=0.15$ ).

**Conclusiones:** Existe evidencia que una disminución del consumo de energía en pacientes con RF durante el día en que se lleva a cabo la pH-metría de 24 horas en comparación con el grupo RP. La baja ingestión del consumo de lípidos, en particular, y una ingestión global menor de energía pueden tener relación con un bajo rendimiento de la pH-metría en este grupo. Se debe incentivar a tener una ingestión estándar durante la prueba para asegurar un adecuado resultado.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para la realización de este estudio.

**Tabla 1.** Características dietéticas antes y durante el estudio de pH-metría en pacientes con RF y RP

Variable	Reflujo fisiológico (n=17)		p	Reflujo patológico (n=23)		p	p
	Antes de la ph-metría	Durante la ph-metría		Antes de la ph-metría	Durante la ph-metría		
<b>Dietéticos</b>							
Energía (kcal)	2486.5 (1570.8-2786.2)	1493.6 (1093.7-2209.81)	0.07	2299.23 (1568.7-2708.7)	2044.93 (1105.91-2694.3)	0.29	0.61
HCO (g)	291.9 (250.7-389.9)	212.8 (129.4-380.5)	0.16	327.7 (246.8-467.4)	271.3 (162.5-401.8)	0.17	0.48
Lípidos (g)	547.4 (314.9-904.1)	372.7 (286.7-502.7)	0.02	487 (231.1-613.5)	380 (265.8-573.4)	0.54	0.71
Grasa saturada (g)	16.1 (10.9-26.6)	11.7 (8.76-18.12)	0.9	12 (7.1-19.2)	13.5 (7-21.15)	0.35	0.66
Grasa monoinsaturada (g)	14 (7-22.6)	9.11 (7.3-15.6)	0.02	10.2 (4.7-17.7)	9.8 (5.07-19.2)	0.74	0.98
Grasa poliinsaturada (g)	6.6 (4.4-13.6)	4.56 (2-6.9)	0.07	5.4 (3.9-10.9)	6 (4.2-8.71)	0.17	0.30
Grasa trans (g)	0.44 (0.03-0.87)	0.69 (0.04-1.21)	0.12	0.05 (0.01-0.94)	0.03 (0.02-0.81)	0.56	0.05
Proteínas (g)	110.2 (70.2-145.9)	71.8 (57-85)	0.056	87.9 (65.2-111.6)	82 (62.3-141.7)	1.0	0.55
Fibra (g)	25.5 (16.1-34.9)	15.1 (13.8-22.6)	0.07	28.0 (20.1-29.3)	20.8 (10.8-29)	0.06	0.38
Azúcar (g)	122.9 (92.5-138.7)	58.52 (52.4-108.2)	0.10	101.1 (92.3-160.8)	98.8 (55.6-152.8)	0.29	0.28
Líquidos (ml)	565.8 (422.9-1477.8)	693.3 (332-918.4)	0.67	815.2 (703-1223.3)	1033 (728.3-1233.16)	0.54	0.02

## Mar142

### CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR SÍNTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE MÉXICO

R. Contreras-Omaña, I. Silva-de la Vega, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, D. Madrigal-Sánchez, F. Higuera-De la Tijera, F. Zamarripa-Dorsey, G. E. Castro-Narro, S. Téllez-Jaén, Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología (CIEHG)

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica. Algunos de los medicamentos utilizados en el manejo de la ERGE son los antiácidos, sucralfato, antagonistas de los receptores de histamina H<sub>2</sub> (ARH<sub>2</sub>), procinéticos y los inhibidores de la bomba de protones (IBP). En México no hay estudios que determinen el consumo de medicamentos por síntomas de reflujo en la población general.

**Objetivo:** Establecer el consumo de medicamentos por síntomas de reflujo gastroesofágico y conocer los más utilizados en la población general de México.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo en el que se aplicó una encuesta a 1502 personas de ambos sexos y de más de 18 años en el periodo de julio del 2018 a mayo del 2019 en México. La encuesta se diseñó en Google Forms y fue de opción múltiple. De inicio se aplicó un piloto a un grupo pequeño de personas para validar las respuestas de la encuesta y posteriormente se extendió por medio de redes sociales y se repartió afuera de las escuelas, consultorios y centros de salud. Los resultados se registraron con medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes.

**Resultados:** Se aplicaron 1502 encuestas. Del total, el 61% correspondió al género femenino y el 39% al género masculino. El 26% tenía entre 41 y 45 años, 25% entre 18 y 25 años, 17% entre 36 y 40 años, 13% entre 31 y 35 años, 10% entre 26 y 30 años y 9% más de 55 años. Hasta 891 (59.32%) han tomado algún medicamento por síntomas de reflujo, y los medicamentos más consumidos son el omeprazol (24.2%), los antiácidos (12.95%), la ranitidina (11.03%) y el subsalicilato de bismuto (6.76%). Los IBP representan un 36.60% del total de

medicamentos consumidos, frente a un 14.13% de los ARH<sub>2</sub>. Un total de 641 (42.67%) toma medicamentos ocasionalmente y sólo con síntomas de reflujo; 80 (5.32%) menos de tres veces a la semana; 77 (5.12%) los toma más de tres veces a la semana mientras que 93 (6.19%) la hace diariamente. Hasta 620 (41.27%) toman medicamento por síntomas de reflujo de 1 a 3 días; 52 (3.46%) por 8 a 14 días, en tanto que 143 (9.52%) por más de 14 días. Los han tomado en la última semana 297 individuos (19.77%); 130 (8.65%) en el último mes y 116 (7.72%) en los últimos 15 días.

**Conclusiones:** El 59.32% de la población general adulta refiere haber tomado por lo menos una vez algún medicamento para aliviar los síntomas de reflujo. Los medicamentos más utilizados en la población general mexicana son el omeprazol, seguido por los antiácidos y la ranitidina. Un gran porcentaje de los encuestados consume los medicamentos ocasionalmente, sólo con síntomas de reflujo y por sólo uno a tres días.

**Financiamiento:** No recibí financiamiento o patrocinio de algún tipo.

## Mar143

### LA MODIFICACIÓN DE LA POSTURA CON UN DISPOSITIVO (SQUATTY POTTY®) PUEDE INFLUENCIAR LA DEFECACIÓN EN PACIENTES DISINÉRGICOS Y VOLUNTARIOS SANOS

M. A. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, A. Martínez-Conejo, J. Lara-Carmona, O. Rodríguez-Aguilera, B. J. Fránquez-Flores, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana. Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal

**Introducción:** La posición del cuerpo influye en la defecación y la adopción de una posición en cuclillas es más fisiológica y permite que la evacuación sea más fácil. Algunos estudios han demostrado que los pacientes con defecación disinérgica (DD) intentan modificar la posición o asumen posturas consideradas anormales para facilitar la defecación. Recientemente existen dispositivos que modifican la

postura durante la defecación (como Squatty potty®) recomendados para pacientes con estreñimiento; sin embargo, los mecanismos por los cuales se genera este cambio y la evidencia para apoyar su uso son limitados.

**Objetivo:** Evaluar la influencia del Squatty potty® en la defecación, evaluado con la prueba de expulsión de balón (BET) en voluntarios sanos y pacientes con defecación disinérgica (DD).

**Material y métodos:** Se evaluó a voluntarios sanos y pacientes con DD de acuerdo con los criterios de Roma IV. La prueba de BET se realizó con un balón de 50 ml lleno con agua y se realizó primero sentado en un inodoro convencional y después se repitió la prueba con el Squatty potty®; este equipo tiene 17.8 cm (7 pulg.) y está diseñado para elevar los pies mientras se está sentado en el inodoro, lo cual facilita la apertura del ángulo rectal. La BET se consideró normal si los pacientes podían expulsar el balón en < 2 minutos. El tiempo de expulsión del balón, los síntomas, la comodidad y la facilidad para evacuar se evaluaron (mediante una escala análoga visual de 1= muy fácil a 10= muy difícil) y se compararon en ambas posiciones.

**Resultados:** Se evaluó a 20 voluntarios sanos (8 mujeres/ 12 hombres con edad promedio de 29.3 años) y 20 DD (15 M/ 8H, edad promedio de 55.2 años). Entre los voluntarios sanos, 2 (10%) no pudieron expulsar el balón en la posición sedente, pero el 100% pudo hacerlo con el Squatty potty. También el tiempo de expulsión fue más rápido ( $15.16 \pm 11$  vs.  $36.27 \pm 18.14$ ,  $p=0.007$ ) y más fácil de evacuar ( $3.2$  vs.  $5.8$ ,  $p=0.001$ ) con el Squatty potty®. Sin embargo, 6 (30%) de los sanos se quejaron de dolor y pujo excesivo durante la prueba de expulsión con y sin el Squatty potty®. Entre los sujetos con DD, el 100% no pudo expulsar el balón, pero el 35% ( $n=7$ ) pudo hacerlo con el Squatty potty (3 casos BET < 2 min y 4 casos < 1 min). El tiempo para expulsar el balón también fue más rápido ( $101 \pm 28$  vs.  $120 \pm 2$ ,  $p=0.01$ ) y fácil de defecar ( $7.2$  vs.  $8.8$ ,  $p=0.015$ ) con el Squatty potty.

**Conclusiones:** El uso de un dispositivo de defecación influye de manera positiva en la evacuación en personas sanas y en pacientes con DD. Hasta 35% de los pacientes con DD normaliza la prueba de expulsión de balón al modificar la postura. Este hallazgo sugiere que el dispositivo puede ser útil como terapia coadyuvante en el tratamiento de biorretroalimentación para el tratamiento de la defecación disinérgica.

**Financiamiento:** Este estudio no recibió financiamiento.

## Mar144

### LOS OPIOIDES INTERFIEREN CON LA INHIBICIÓN DEGLUTORIA EVALUADA POR LA RESPUESTA A TRAGOS RÁPIDOS MÚLTIPLES (TRM) DURANTE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN (MAR)

D. L. Snyder, L. R. Valdovinos-García, J. L. Horsley-Silva, M. D. Crowell, M. A. Valdovino-Díaz, M. F. Vela-Aquino, Mayo Clinic

**Introducción:** Con anterioridad se demostró una relación entre el uso crónico de opioides y la disfunción motora esofágica caracterizada por obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica, espasmo esofágico distal, acalasia tipo III y esófago de jackhammer. La evaluación de la respuesta esofágica con maniobra de TRM durante la MAR permite la evaluación de la inhibición deglutoria. Los sujetos sanos responden a la maniobra de TRM con inhibición deglutoria, seguida de una contracción con mayor vigor que las degluciones simples. La hipótesis es que durante la maniobra de TRM, los opioides pueden interferir con la inhibición deglutoria y mejorar la contracción posterior a la TRM.

**Objetivo:** Comparar la respuesta a TRM en consumidores de opioides, no consumidores y controles sanos.

**Material y métodos:** La respuesta a TRM se evaluó en 200 pacientes con síntomas esofágicos (100 usuarios crónicos de opioides con oxycodona, hidrocodona o tramadol durante  $\geq 3$  meses, 100 sin opioides) y 19 controles sanos asintomáticos sometidos a HRM. Se excluyó a pacientes con operación gastroesofágica previa, dilatación neumática, inyección de toxina botulínica en esófago dentro de los 6 meses posteriores a la MAR, estenosis esofágica, acalasia tipos I o II y escleroderma. Los datos demográficos y síntomas se extrajeron de la base de datos de motilidad recabada prospectivamente. La respuesta a TRM se evaluó para determinar la inhibición completa respecto de la incompleta (contractilidad con  $DCI > 100$  mmHg/s/cm durante la TRM) y la presencia de un aumento de contracción posterior a la TRM (DCI posterior a la TRM mayor que la DCI media para degluciones simples). Las variables categóricas se analizaron con  $\chi^2$ .

**Resultados:** Los pacientes eran mayores que los controles (Tabla 1). La inhibición incompleta durante la MRS fue significativamente más frecuente en los usuarios crónicos de opioides en comparación con los pacientes que no tomaron opioides y controles sanos (26% vs. 11% vs. 0%,  $P = 0.002$ ). Hubo una diferencia significativa en la tasa de inhibición incompleta de la MRS para los pacientes tratados con oxycodona, hidrocodona y tramadol (27% vs. 34% vs. 22%,  $P = 0.002$ ). La proporción de pacientes con aumento de la DCI post-TRM fue similar para los usuarios de opioides, los usuarios de no opioides y los controles sanos ( $P = 0.05$ ).

**Conclusiones:** La inhibición deglutoria deteriorada durante la TRM fue significativamente más frecuente entre los usuarios de opioides en comparación con los pacientes sin opioides y los controles sanos. La alteración de la inhibición fue más común con los opioides más fuertes (oxycodona e hidrocodona) en comparación con el tramadol. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que los opioides interfieren con las señales inhibitorias en el esófago.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para la realización del estudio.

Tabla 1. Características demográficas

	Usuarios de opioides	No usuarios de opioides	Controles sanos	p
Edad años (DS)	57.0 (16.2)	54.4 (16.6)	33.8 (8.9)	0.001
Mujer n (%)	65 (65)	67 (67)	11 (55)	0.591
IMC promedio (DS)	28.4 (6.2)	28.5 (7.0)	24.2 (4.7)	0.005

## Mar145

### UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LONDRES PARA TRASTORNOS ANORRECTALES. PRIMERA EXPERIENCIA MEXICANA

E. C. Morel-Cerda, K. R. García-Zermeño, F. D. García-García, C. A. Aquino-Ruiz, J. Reyes-Huerta, O. Rodríguez-Aguilera, J. F. Barrientos-Medina, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** Aunque por lo regular se reconoce que los estudios de la función anorrectal proveen información fisiopatológica relevante, no existía un sistema de clasificación útil en la práctica clínica. Recientemente, el Grupo Internacional para el Estudio de la Fisiología Anorrectal (IAPWG) ha publicado la clasificación de Londres (Carrington E. Neurogastroenterol and Motility 2019, en prensa) con la finalidad de proporcionar un sistema que pueda ser útil en la práctica clínica, tal y como ocurrió con la clasificación de Chicago

para trastornos esofágicos. Sin embargo, no existe aún evidencia de su aplicación y utilidad clínica.

**Objetivo:** Describir la prevalencia, las características clínicas y manométricas de los pacientes con trastornos anorrectales y la utilidad clínica de la clasificación de Londres.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prolectivo de pacientes consecutivos que acudieron para la realización de manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) en dos centros de referencia en el período de enero de 2018 a junio de 2019. En todos los casos, la MAAR se realizó con el mismo equipo (Medtronic) y siguiendo el protocolo de Londres y se clasificaron en: 1) trastornos del reflejo rectoanal inhibitorio (RAIR) (areflexia), 2) trastornos de la contractilidad anal (hipertensión, hipotensión, normotensión, normocontractilidad e hipocontractilidad), 3) trastornos de la coordinación anorrectal (expulsión de balón anormal, pobre propulsión, disinergia y sus posibles combinaciones) y 4) trastornos de la sensibilidad (hiposensibilidad o hipersensibilidad rectal). Con base en esta clasificación se consideran trastornos mayores a la arreflexia rectoanal, la hipotensión anal con hipocontractilidad, la hiposensibilidad rectal y la hipersensibilidad rectal. La frecuencia de estos trastornos se analizó de forma comparativa entre los pacientes que se refirieron para su estudio por estreñimiento crónico (EC) o incontinencia fecal (IF), así como proctalgia.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 200 pacientes (156 mujeres, 78%) con una edad promedio de  $52.9 \pm 16$  años. Las indicaciones para realizar la MAAR fueron: EC 91 pacientes (46%), IF 88 (44%), EC+IF 6 (3%) y proctalgia en 14 (7%). La prevalencia global de trastornos mayores fue de arreflexia 0.5%, hipotensión con hipocontractilidad anal 57%, hiposensibilidad rectal 55% e hipersensibilidad rectal 22% (Fig. 1). Respecto de los trastornos de contractilidad en el 95% de los casos se detectó una anomalía, y la hipotensión con hipocontractilidad fue significativamente más frecuente en los pacientes con IF ( $p=0.001$ ). Por otra parte, la hipertensión anal se encontró con mayor frecuencia en los pacientes con EC ( $p=0.001$ ). El 44% de los pacientes tuvo un trastorno de la coordinación relacionado con disinergia y no hubo diferencias entre EC e IF ( $p=0.10$ ). En el 95% de los casos se detectó un trastorno de la sensibilidad, y la hiposensibilidad fue el más frecuente en EC, IF y EC+IF.

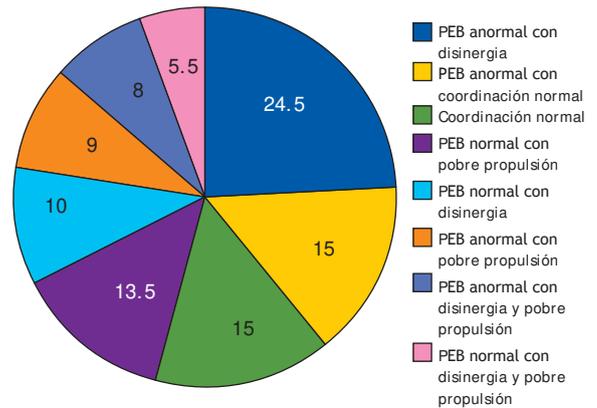
**Conclusiones:** La clasificación de Londres representa un sistema de clasificación útil, ya que en la mayoría de los casos (más del 95%) se detectan alteraciones de la contractilidad anal y la sensibilidad rectal, en relación con EC, IF, o ambas. Sin embargo, existe aún variabilidad respecto de los trastornos de la coordinación y al menos en este estudio no pudo identificarse ninguna categoría diagnóstica que pueda relacionarse con EC, y así poderla considerar como trastorno mayor.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este proyecto de investigación.

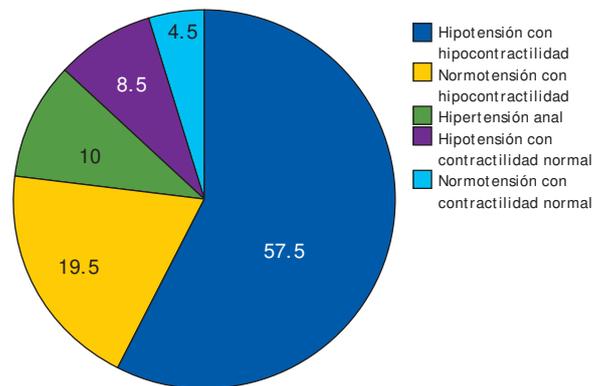
Figura 1. Prevalencia global de trastornos mayores anorrectales.



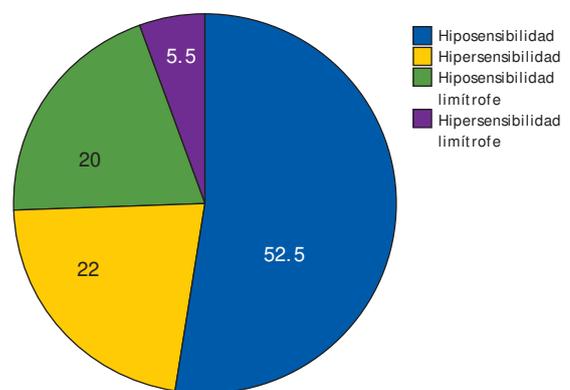
Trastornos de la coordinación



Trastornos de la contractilidad



Trastornos de la sensibilidad



Mar146

EVALUACIÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL PISO PÉLVICO EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO POR DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

J. L. de León-Rendón, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, C. I. Mazariegos-Barneond, R. Y. López-Pérez, A. Garza-Cantú, J. Delgado-Olvera, G. Maya-Vacio, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** El estreñimiento es una anomalía muy frecuente en la práctica clínica. El estreñimiento crónico se ha relacionado con alteraciones de la motilidad intestinal y disfunciones en el piso pélvico que provocan defecación obstructiva, relacionada o no con una alteración anatómica del mismo piso pélvico. La existencia de defecación obstructiva se observa en alrededor de la mitad de los pacientes con estreñimiento.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, manométricas y ultrasonográficas de pacientes diagnosticadas con estreñimiento por defecación obstructiva en una Unidad de Fisiología Anorrectal y Piso Pélvico Posterior en un centro hospitalario de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se incluyó a 40 pacientes del género femenino referidas con el diagnóstico de estreñimiento. El protocolo de estudio para estreñimiento en esta unidad consta de exploración proctológica y ginecológica (POP-Q), manometría anorrectal de alta resolución y ultrasonido transperineal. Se recolectaron los datos demográficos y clínicos de cada paciente mediante interrogatorio directo (historia clínica). Se aplicó el cuestionario de Kess para evaluación de estreñimiento. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 25.

**Resultados:** Todos los pacientes fueron del género femenino. La edad promedio fue 52.82 ( $\pm 14.10$ ) años. El 92.5% (37 pacientes) se refería sano y el resto presentaba alguna comorbilidad: diabetes mellitus tipo 2 (2.5%), hipertensión arterial sistémica (2.5%) y enfermedad de Crohn (2.5%). El 55% (22 pacientes) no tenía antecedentes quirúrgicos y de las que los tenían los procedimientos más frecuentes fueron histerectomía (12.5%), fijación vesical (5%), hemicolectomía derecha (2.5%), entre otros. El 60% de las

pacientes (24) presentaba algún tipo de anismo documentado por manometría anorrectal. El 95% de las pacientes presentaba alguna alteración anatómica identificada en el ultrasonido transperineal, y las más frecuentes fueron rectocele (37.5%), cistocele + rectocele (15%), cistocele (10%), enterocele + rectocele (7.5%), rectocele + enterocele + cistocele (5%), entre otras combinaciones. El puntaje de Kess global promedio fue de 19.25 ( $\pm 6.53$ ) puntos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de Kess de las pacientes que presentaban una alteración anatómica documentada por ultrasonido transperineal en comparación con las que no la presentaban (19.4 vs. 15.5;  $p=0.40$ ). Tampoco era diferente en las pacientes portadoras de anismo en comparación con las que no les fue diagnosticado (20.9 vs. 16.7;  $p=0.73$ ). Sin embargo, un puntaje de Kess mayor de 16 puntos implicaba un factor de riesgo para presentar anismo (OR 6.6 [1.12 – 38.60];  $p=0.032$ ). En este tipo de pacientes, el puntaje de Kess mayor o menor de 16 puntos diferenciaba la presencia o ausencia de anismo, respectivamente, con una sensibilidad de 91% y especificidad de 40%, VPP de 70% y VPN de 75%. El 91.7% de las pacientes con anismo tenía alteración anatómica documentada por ultrasonido transperineal.

**Conclusiones:** En la evaluación del paciente con estreñimiento es importante conocer los estudios diagnósticos y métodos de evaluación para generar una visión integral que unifique los síntomas clínicos con los resultados de los métodos diagnósticos, de tal modo que se encuentre una correcta base fisiopatológica que conduzca a una terapéutica apropiada.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.