UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

Síndrome de intestino irritable según criterios Roma III y calidad de vida en docentes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja

Tesis previa a la
obtención del Título
de Médico General

AUTORA:

María José Vega Vélez

DIRECTOR:

Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez,Esp

LOJA – ECUADOR
2019

CERTIFICACIÓN

Loja 15 de Julio de 2019

Méd. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Director de Tesis

CERTIFICO:

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General de autoría de la estudiante María José Vega Vélez, titulado "**SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**", ha sido dirigido y revisado durante su ejecución por mi persona y por lo que se ha constatado que cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana y la carrera de Medicina Humana, la misma que se ha llevado a cabo de acuerdo a lo establecido en el correspondiente cronograma por lo cual autorizo su presentación y posterior sustentación pública.

Atentamente

Med. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **MARÍA JOSÉ VEGA VÉLEZ** declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula: 1150023958

Fecha: 15 de julio del 2019

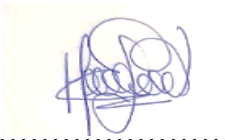
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **MARÍA JOSÉ VEGA VELEZ** declaro ser autor de la tesis titulada: **"SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, como requisito para optar el grado de: **MEDICO GENERAL**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 15 del mes de julio, firma su autora.



Firma: ……

Autora: María José Vega Vélez

Cédula: 1150023958

Dirección: Sauces Norte

Electrónico: majov_1594@hotmail.com

Teléfono: 0968604983

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Med. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Tribunal de grado:

Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg Sc (PRESIDENTE)

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg Sc (VOCAL)

Dr. Ángel Gabriel Acaro Loaiza. Esp. (VOCAL)

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgencita de El Cisne, por darme salud y fortaleza para lograr mis objetivos que sin sus bendiciones no hubiera podido cumplir este sueño.

A mis queridos padres Gonzalo Vega y Beatriz Vélez, por todo su apoyo, cariño, consejos, sus valores, por la motivación constante, por sus palabras de aliento.

A mis hermanos Ximena y Juan, por todo su amor, ayuda y su comprensión en todo momento.

A mis docentes quienes, con sus indicaciones y enseñanzas me ayudaron para formarme cada día más como una buena persona, y así poder alcanzar el objetivo final que es mi tesis.

María José Vega Vélez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios y la Virgen de El Cisne por haber guiado cada uno de mis pasos, por darme la fortaleza necesaria para continuar y cumplir esta meta muy importante en mi vida.

A mi familia, mis padres y hermanos por darme todo su apoyo incondicional, que de una y otra manera me alentaron a culminar este trabajo investigativo.

A la Universidad Nacional de Loja y a todos sus docentes, que con sus conocimientos y sus valores impartidos fueron parte de mi formación profesional.

A mi director de tesis y docente de esta universidad, Dr. Cristian Galarza quien supo dirigir y guiar acertadamente mi tesis.

A todos mis compañeros, amigos, por tantos momentos compartidos, largas pláticas, risas, y llantos, quienes hicieron de este camino una de mis mejores experiencias.

María José Vega Vélez

ÍNDICE

Carátula i
Certificación ii
Autoría iii
Carta de autorización.....iv
Dedicatoria v
Agradecimientos vi
Índice de contenidos vii
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN 2
3. INTRODUCCIÓN…..... 4
4 REVISIÓN DE LA LITERATURA ……...7
4.1 Síndrome de Intestino Irritable …….……7
4.1.1 Definición ……..7
4.1.2 Epidemiología ……...8
4.1.3 Etiopatogenia ……9
4.1.3.1 Factores hereditarios y genéticos. …….9
4.1.3.2 Alteraciones en la motilidad. …….9
4.1.3.3 Hipersensibilidad visceral. ……10
4.1.3.4 Infecciones entéricas y SII postinfeccioso ……10
4.1.3.5 Alteraciones en la microflora y sobrepoblación bacteriana. ……...11
4.1.3.6 Factores traumáticos y estrés ……....11
4.1.3.7 Factores psicosociales. ……..12
***4.1.3.8* Dieta**……...13
4.1.4 Manifestaciones Clínicas ……14
4.1.4.1 Dolor abdominal. ……...15
4.1.4.2 Alteraciones en las características de las evacuaciones o hábito intestinal……15
4.1.4.3 Síntomas o signos asociados ……16
4.1.4.4 Síntomas extraintestinales. …….…….…16
4.1.5 Diagnóstico…… 18
4.1.6 Diagnóstico Diferencial ……21
4.1.7 Tratamiento ……21
4.1.7.1 Dieta……....22
4.1.7.2 Opciones terapéuticas para el SII-C. ……...…22
4.1.7.2.1 Fibras y agentes formadores de masa……22

4.1.7.2.2 Laxantes……22
4.1.7.2.3 Activadores de los canales de cloruro……22
4.1.7.2.4 Tegaserod……22
***4.1.7.3* Opciones terapéuticas para el SII-D**…….. 23
4.1.7.3.1 Antidiarreicos……23
4.1.7.3.2 Alosetron……23
4.1.7.3.3 Antibióticos no-absorbibles. ……24
4.1.7.4 Tratamiento del dolor abdominal……..24
4.1.7.4.1 Antiespasmódicos……...24
4.1.7.4.2 Antidepresivos tricíclicos (TCA). ……..24
4.1.7.4.3 Inhibidores de la recaptación de serotonina……24
4.1.7.5 Tratamiento psicológico y conductual…….25
***4.1.7.6* Tratamientos complementarios-alternativos**……... 25
4.1.7.6.1 Probióticos……25
4.2 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)……26
4.2.1 Definición…… 26
4.2.2 Calidad de vida en el síndrome de intestino irritable…… .30
5 MATERIALES Y MÉTODOS……... 31
5.1 Tipo de estudio……31
5.2 Área de estudio……31
5.3 Universo y Muestra…… 31
5.4 Criterios de inclusión y exclusión…… 31
5.4.1 Inclusión……... 31
5.4.2 Exclusión……...31
5.5 Técnicas, instrumento y procedimiento……... 31
5.5.1 Técnicas……31
5.5.2 Instrumento……32
5.5.3 Procedimiento……32
5.6 Equipo y materiales…… 34
5.7 Análisis estadístico…… 34
6 RESULTADOS…… 35
6.1 Resultado para el primer objetivo ……35
6.2 Resultado para el segundo objetivo……36
6.3 Resultado para el tercer objetivo……... 40
7 DISCUSIÓN…….. 42

8 CONCLUSIONES…… 47
9 RECOMENDACIONES…….. 48
10 BIBLIOGRAFÍA…….. 49
11 ANEXOS…… 54

1 TÍTULO

Síndrome de Intestino Irritable según criterios Roma lll y calidad de vida en docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

2 RESUMEN

El síndrome del intestino irritable (SII) según el consenso de Roma III, se lo define como una alteración funcional intestinal caracterizada por dolor o molestia en el abdomen asociada con cambios en la deposición; presentando una disminución de la calidad de vida. Los objetivos específicos del estudio fueron establecer la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable según criterios roma III por género y edad, determinar la calidad de vida de los docentes con síndrome de intestino irritable y establecer la relación entre el síndrome de intestino irritable y la calidad de vida. Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, la muestra fue de 60 docentes de la carrera de medicina en los cuales se aplicaron dos encuestas que incluyen los criterios diagnósticos roma III para síndrome de intestino irritable y el cuestionario SF-36 para calidad de vida. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 33,33% de los docentes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja presentan síndrome de intestino irritable, predominando en el género femenino 2:1 frente al género masculino; 21,66% y 11,67% respectivamente, de acuerdo al grupo etario se evidenció mayor frecuencia en edades comprendidas entre 35 a 54 años en el género femenino y 45 a 64 años en el género masculino; presentado una calidad de vida Buena. Se pudo constatar que no existe significancia estadística ($p>0,05$) para la relación SII y calidad de vida, en conclusión, el síndrome de intestino irritable en los docentes de la carrera de medicina no afecta la calidad de vida.

Palabras Clave: Síndrome de intestino irritable, criterios roma III, calidad de vida

SUMARY

Irritable bowel syndrome (IBS) according to the Rome III consensus is defined as a functional bowel disorder characterized by pain or discomfort in the abdomen associated with changes in the bowel movement; presenting a decline in the quality of life. Specific objectives of the study were to establish the frequency of Irritable bowel syndrome according to Rome III criteria by gender and age, determine the quality of life of teachers with irritable bowel syndrome and establish the relationship between irritable bowel syndrome and quality of life. A transversal descriptive study was carried out with a quantitative approach, the sample was 60 teachers of the medical career to which two surveys that include the Roma III diagnostic criteria for irritable bowel syndrome and the questionnaire SF-36 for quality of life were applied. The following results were obtained: 33,33 per cent of medical professors at the National University of Loja have irritable bowel syndrome, predominantly female 2:1 compared to male; 21,66 per cent and 11,67 per cent respectively, according to the age group, it was more common in ages 35 to 54 in the female gender and 45 to 64 in the male gender; presented a good quality of life. It was found that there is no statistical significance ($p>0,05$) for the SII relationship and quality of life, in conclusion, irritable bowel syndrome in medical teachers does not affect the quality of life.

Keywords: Irritable bowel syndrome, Rome III criteria, quality of life

3 INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) es el trastorno funcional gastrointestinal más común, es altamente prevalente y un motivo de consulta frecuente. Se estima que alrededor de un 15% de las consultas de atención primaria y de un 20% a un 35% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección. El SII tiene un curso benigno y se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes, como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas. (Schmulson, 2016)

El número de nuevos diagnósticos del Síndrome del Intestino Irritable está incrementando en todo el mundo. En los países occidentales industrializados la prevalencia en la población se encuentra entre el 15% y el 35% afectando predominantemente a mujeres de 2:1 en relación a los hombres.

El SII tiene una alta prevalencia en Estados Unidos es del 17-30% mientras que en Europa: en el Reino Unido se sitúa entre el 17% y el 25%, en Italia en el 9%, y en Suecia en el 13%. En Australia la prevalencia de SII es del 13% mientras que, en Asia, en un estudio realizado en Bangladesh, alcanza casi el 33%. La prevalencia en España, país donde se ha investigado ampliamente este desorden es de aproximadamente un 20%.

Generalmente, los datos de América del Sur son escasos, en Uruguay, por ejemplo, un estudio comunicó una prevalencia general de 20.7% (14.8% en mujeres y 5.9% en hombres). Además, un estudio de Venezuela demostró una prevalencia del SII de 25,6%, siendo 81.6% de los individuos afectados fueron mujeres y 18.4% hombres. (Villalobos. P, 2014)

En Ecuador la prevalencia se estima de un 25%, en el año 2013 registrado en el Instituto Nacional de Estadística y Censo el número de egresos hospitalarios fueron de

304 casos de SII entre ellos 193 casos en el género femenino y 111 casos en el género masculino.

Schwartzmann (2012) sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes. Por sus características, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes, desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico acompañado de ansiedad, miedo y desorientación, hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida.

El síndrome de intestino irritable afecta en parte la calidad de vida de los pacientes, principalmente por su incidencia en los ámbitos cotidianos, como el laboral, social, actividades domésticas y ocio, entre otras, existe evidencia sobre el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes en cuanto suele constituir un factor limitante a nivel social. Al parecer la calidad de vida no se ve deteriorada solamente por la severidad de los síntomas, sino por su relación con factores psicosociales, que son los predictores más importantes de la calidad de vida en estos pacientes (Tobon, Sandin & Vinaccia, 2013) Múltiples estudios han mostrado que los pacientes con SII tienen una disminución importante en su calidad de vida, y que esto se acentúa en los pacientes consultantes versus los no consultantes, razón por la que se debe estudiar la calidad de vida relacionada con la salud como un método para saber la perspectiva del paciente con respecto a su enfermedad y tratamiento, así como sus mecanismos de adaptación de la enfermedad con el entorno que le rodea.

El presente trabajo se realiza por ser una enfermedad poco conocida, pero que su prevalencia va aumentando sin respetar ningún estrato social, edad o sexo, que afecta a la

población y que por poco interés en su salud llegan con cuadros exacerbados en busca de ayuda médica, es por ello que se establece la presente investigación denominada "Síndrome de Intestino Irritable según criterios Roma lll y calidad de vida en docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja." Cuyo objetivo general es determinar la frecuencia del síndrome de intestino irritable según criterios de Roma III y la calidad de vida en los docentes, para ello se establecieron objetivos específicos tales como: establecer la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable según criterios Roma III por género y edad, determinar la calidad de vida de los docentes con síndrome de intestino irritable y establecer la relación entre el síndrome de intestino irritable y la calidad de vida.

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal, dirigido a identificar en docentes de la carrera de medicina, síndrome de intestino irritable según criterios roma III, y su relación con calidad de vida, para ello se empleó como instrumento los criterios diagnósticos roma III, y el cuestionario SF (Short form healt survey) -36 para calidad de vida.

4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 Síndrome de Intestino Irritable

4.1.1 Definición

El síndrome del intestino irritable (SII) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina general y el más frecuente en gastroenterología. Se define, según el consenso de Roma III, como una alteración funcional de los intestinos caracterizada por dolor o molestia en el abdomen asociada con cambios en la defecación. (Roesch,F.2013).

Se trata de un trastorno crónico, recurrente que afecta no sólo el ámbito físico de la persona que lo padece, sino también el familiar, social, emocional, económico y laboral. Además, pone al paciente en riesgo de recibir tratamientos innecesarios, por lo que algunos autores piensan que a pesar de tratarse de trastorno que no “mata” puede volver la vida insoportable.

El síndrome de intestino irritable, se relaciona con una importante disminución de la calidad de vida y productividad laboral. Algunos estudios indican que el impacto que éste genera en la calidad de vida de las personas, es comparable al de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, artritis reumatoide, enfermedad por reflujo gastroesofágico y depresión. (Pérez, E.2012)

Hasta el momento se considera que su etiología es multifactorial y, por tanto, no existe un marcador biológico para diagnosticarla. Por lo anterior, el diagnóstico se basa en criterios clínicos, es decir, en un “diagnóstico positivo”. Los criterios clínicos más recientes son los de Roma III.

4.1.2 Epidemiologia

El SII es el más frecuente de los trastornos funcionales gastrointestinales, con una prevalencia mundial que va de 20 a 30%. Existen diferencias en los reportes de las prevalencias de los diferentes países que se deben a los diversos criterios diagnósticos utilizados (Manning, Roma I, Roma II, Roma III).

La distribución por género del SII en Latinoamérica es de 2 a 4 mujeres por cada hombre, afectando aproximadamente a un 15% de las mujeres y a 5% de los hombres. Específicamente en Venezuela, la prevalencia del SII es de 16.80%, siendo el subtipo mixto el predominante con un 46.83% y el sexo femenino el más afectado con un 81.6%. Mientras que en Estados Unidos, la prevalencia es del 8.7% en mujeres y 6.2% en hombres; y los subtipos de SII se distribuyen en subtipo estreñimiento: 37.4%, subtipo diarrea: 14.3%, subtipo mixto: 29.7%. (González, M 2015)

El grupo de edad más afectado corresponde a adultos jóvenes con un pico de presentación entre los 30 y 50 años de edad. En algunos textos se decía que era un padecimiento de los pobladores de las ciudades, relacionado con la prisa, el exceso de población, las comidas apresuradas y la tensión. (Fauci A, Braunwald E, Kasper D, et al. 2012)

En medicina general el SII está entre las 10 causas más frecuentes de consulta. En EEUU se calculó que en 2002 los costos anuales de su atención fueron de 21 000 millones de dólares. En ese mismo país se publicó que el SII es la causa de 2.4 a 3.5 millones de consultas al año, que originan 2.2 millones de recetas, y es la segunda causa de ausentismo laboral después de la gripe. En estudios de consultorio de especialistas se ha encontrado que este síndrome es la causa más frecuente de consulta gastroenterológica. (Pérez, E. 2013)

4.1.3 Etiopatogenia

El SII es el resultado de una inadecuada interacción cerebro intestino que se produce por diversos factores: genéticos, ambientales, psicológicos, alteraciones en la motilidad, hipersensibilidad visceral, factores dietéticos, respuesta inflamatoria persistente a infecciones gastrointestinales (inflamación de bajo grado), alteraciones en la microflora y sobrepoblación bacteriana (SPB). Ninguno de estos factores es universal, por lo cual la etiología es multifactorial y en la actualidad la investigación en esta materia continúa dando información al respecto. (Conductas de Gastroenterología, 2013)

4.1.3.1 Factores hereditarios y genéticos. Se ha observado mayor frecuencia de SII en familiares de pacientes afectados. Los pacientes con SII tienen una historia familiar de SII en 23%, de los cuales 17% fueron familiares de primer grado. También se ha observado mayor frecuencia de SII entre gemelos dicigotos, la cual aumenta significativamente entre monocigotos. El SII se ha asociado con ciertos polimorfismos; por ejemplo, el polimorfismo de la proteína transportadora de serotonina (SERT-P), que es el paso limitante en la acción de este neurotransmisor fundamental en la sensibilidad visceral, motilidad y secreción intestinal. (Roesch,F.2013).

El polimorfismo “bajo-productor” de IL-10 parece ser más frecuente en el SII, este polimorfismo se asocia con una menor producción de esta citosina antiinflamatoria, y podría sugerir una predisposición a la enfermedad si se acepta que la inflamación tiene una función en su fisiopatología.

4.1.3.2 Alteraciones en la motilidad. Durante muchos años se han considerado las alteraciones de la motilidad digestiva, el principal factor fisiopatológico del SII. Se ha descrito que algunos pacientes afectos de SII del subtipo con predominio de diarrea,

presentan un tránsito intestinal y colónico rápido, mientras que los pacientes con SII subtipo estreñimiento, tienen enlentecido el tránsito. Sin embargo, otros estudios mostraron que estas alteraciones son poco relevantes y que no se correlacionan bien con los síntomas percibidos. (Goldman,L. Schafer,A. 2013)

Por otro lado, la distensión abdominal y el meteorismo son quejas frecuentes, y a menudo relacionadas con el SII. Algunos estudios han intentado estimar el perímetro abdominal o la cantidad de gas del tracto intestinal, para poder interpretar los síntomas de estos pacientes, con resultados controvertidos. Mediante técnicas radiológicas (radiografía simple o volumetría mediante TAC) se han determinado las dimensiones abdominales y los volúmenes de gas que contiene el intestino en un momento determinado, sugiriendo que el gas intestinal está aumentado en el SII.

4.1.3.3 Hipersensibilidad visceral. Se ha observado que los pacientes con SII tienen menor umbral al dolor que los sujetos sanos cuando se distienden balones colocados en recto, colon descendente e intestino delgado (hiperalgesia). Las encargadas de la percepción de las sensaciones viscerales, son las fibras aferentes de diámetro pequeño, a las que se les encomienda llevar la información a la médula espinal y tallo cerebral, con un sitio de revelo a nivel del hipotálamo y amígdala. (Goldman,L. Schafer,A. 2013)

Se ha descrito también un estado de hipervigilancia, es decir, una hiperatención a las sensaciones viscerales, fenómeno que se asocia con el estrés. Estos fenómenos de hipersensibilidad visceral se han asociado con alteraciones en varios neurotransmisores, entre los cuales la 5-HT es el más importante, actuando a través de receptores 5-HT3 y 5-HT4. Otros neurotransmisores implicados en la enfermedad incluyen las neurocininas, colecistocinina y factor liberador de corticotropina. (Enríquez, H. Rodríguez, J. Schneider, R. 2010)

4.1.3.4 Infecciones entéricas y SII postinfeccioso. Las infecciones entéricas se han reportado como factores desencadenantes del SII hasta en 17% de los individuos; a esto se le conoce como SII postinfeccioso (SII PI), y se presenta con infecciones bacterianas, parasitarias y virales. Los agentes más relacionados son Campylobacter jejuni y especies de Salmonella, Chlamydia trachomatis, Entamoeba histolytica, y el comensal Blastocystis hominis. Las infecciones parecen predisponer a una reacción inflamatoria que, una vez controlada, la enfermedad persiste en bajo grado. En este sentido, se ha reportado un aumento en los mastocitos y linfocitos intraepiteliales en mucosa colónica de pacientes con SII, lo que estimula las terminaciones nerviosas entéricas, contribuyendo a los síntomas de SII.(Fermín M, Miguel A, 2012).

4.1.3.5 Alteraciones en la microflora y sobrepoblación bacteriana. No sólo se ha relacionado al SII con el antecedente de infecciones gastrointestinales, sino también con alteraciones de la microflora, como disminución de lactobacilos y bifidobacterias, y aumento en coliformes, enterobacterias y bacteroides.

Asimismo, en los últimos años, la SPB (sobrepoblación bacteriana) ha cobrado gran interés como factor que contribuye al SII, y nace de la observación de que pacientes con SII cursan con SBP hasta en 80% de los casos, y mejoran con tratamiento antibiótico, sobre todo aquellos pacientes cuyos síntomas se asocian con distensión abdominal. Los estudios de los cuales nacieron estas hipótesis son cuestionables, ya que no todos contaban con sujetos controles y los métodos para el diagnóstico de SPB fueron diferentes al estándar de oro para determinar la presencia de SPB (aspirado duodenal), y se han basado en pruebas de aliento con glucosa o lactulosa. (Papadakis, M, 2010)

La posibilidad de asociación entre SII y SPB es prometedora; sin embargo, no se recomienda realizar pruebas para diagnosticar SPB en la práctica clínica, ya que los

antibióticos de acción luminal han mostrado eficacia en el tratamiento. Por tanto, se sugiere utilizarlos y observar la respuesta sintomática.

4.1.3.6 Factores traumáticos y estrés. Se ha demostrado que los pacientes con SII en comparación con los controles, tienen mayor frecuencia de antecedentes traumáticos en la infancia, como abuso físico o sexual, o la pérdida de alguno de los padres. Además, el estrés se asocia con cambios en la motilidad intestinal, mayor incapacidad y más visitas al médico. Recientemente, el estrés se ha asociado con desgranulación de mastocitos, y estas células en proximidad con las terminales nerviosas entéricas se vinculan con mayor frecuencia e intensidad al dolor abdominal. (Riquelme. Et la 2015)

4.1.3.7 Factores psicosociales. Se ha demostrado que existen altos índices de comorbilidad psicológica en el síndrome de intestino irritable, siendo principalmente trastornos como ansiedad y depresión. Se estima que alrededor de dos terceras partes de los pacientes con síndrome de intestino irritable, presentan dichos trastornos, debido a que se han encontrado en un 40-60% de los pacientes. Sin embargo, no forman parte de los criterios diagnósticos, pero si constituyen un aspecto relacionado que no debe olvidarse, debido a que influyen de cierta forma en el curso y gravedad de los síntomas. (Fermín M, Miguel A,2012).

Siendo el sexo femenino, el que ha demostrado mayor relación con dichos trastornos. Además, se ha encontrado alta prevalencia del síndrome de ansiedad generalizada, alteraciones del estado de ánimo como distimia y depresión, además de pánico y trastornos somatomorfos, entre otros. También se han encontrado altas tasas de fenómenos de adaptación ineficiente a situaciones difíciles, por lo que se cree que un acontecimiento complicado en la vida de la persona, sea el punto de partida de los

primeros síntomas. Además, se ha observado que el riesgo de suicidio en dicha población, se eleva de 2-4 veces más, de igual manera, es más frecuente el uso de ansiolíticos, antidepresivos, anti psicóticos o sedantes, con un riesgo dos veces mayor. Por consiguiente es necesario un abordaje integral de dicho padecimiento. (El SII no es un trastorno psiquiátrico o psicológico, sin embargo, los factores psicológicos pueden influir en la percepción de la gravedad de los síntomas abdominales, así como contribuir al deterioro de la calidad de vida y uso excesivo de servicios médicos. (González, M 2015)

Con frecuencia, el SII coexiste con trastornos como ansiedad y depresión. La ansiedad puede estar presente hasta en 90% de los pacientes con SII, y la depresión hasta en 50% de los mismos. Por otra parte, los pacientes con SII con ansiedad y depresión reportan síntomas del SII durante más días a la semana que los pacientes sin estos rasgos psicológicos, con el consecuente decremento en su rendimiento físico y mental. (Moraes, J., Quigley, E., 2015)

4.1.3.8 Dieta. Hasta 25% de los pacientes refiere que sus síntomas se exacerban o empeoran por componentes de la dieta. Estudios recientes indican que una dieta restringida de carbohidratos poco absorbibles como fructosa o sorbitol es benéfica; sin embargo, no se ha podido documentar este resultado en todos los pacientes. Por otra parte, se ha reportado un aumento en la frecuencia de enfermedad celiaca (EC) en el SII, pero no se justifica realizar tamizaje para este problema en pacientes cuya población de origen tiene una prevalencia general de EC menor a 1%, como ocurre en México.

4.1.4 Manifestaciones Clínicas

(Farreras, 2012) Los pacientes con el síndrome del intestino irritable se caracterizan por presentar de forma crónica o recurrente molestias abdominales asociadas a alteración del hábito deposicional, bien sea estreñimiento, diarrea o alternancia.

Según Roma III, los pacientes se pueden agrupar en cuatro posibles subtipos:

Subtipos de SII de acuerdo con criterios de Roma III
SII a predominio constipación (SII-C): • Heces duras (Bristol 1-2) en ≥25% de las deposiciones • Heces blandas (Bristol 6-7) en <25% de las deposiciones
SII a predominio diarrea (SII-D): • Heces blandas en ≥25% de las deposiciones • Heces duras en <25% de las deposiciones
SII mixto (SII-M): • Heces duras en ≥25% de las deposiciones • Heces blandas en ≥25% de las deposiciones
SII indeterminado: • La consistencia de las heces no cumple los criterios para SII-C, SII-D o SII-M.

Fuente: Conductas en Gastroenterología edición 2013
Elaboración: María José Vega Vélez

Para esta clasificación también puede ser de ayuda utilizar la escala de Bristol

Fuente:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182010000300009

Las manifestaciones clínicas predominantes del síndrome son:

4.1.4.1 Dolor abdominal. El dolor o molestia abdominal es la base del diagnóstico; los pacientes lo describen como: “vago”, “sordo”, cólico, como “retortijón” acompañado de deseos de evacuar o de expulsar gases, o como un espasmo o constricción persistente que puede durar días. Es de intensidad variable, puede a veces tolerarse sin medicamentos y en ocasiones desaparece con el empleo de antiespasmódicos. En los casos más difíciles, el paciente tiene que ser internado en el servicio de urgencias y tratado con analgésicos y espasmolíticos parenterales. (Dueso, J, Fernández C. 2013)

En un mismo paciente se puede localizar en diferentes sitios del abdomen, pero es más frecuente en la fosa iliaca izquierda que en la derecha y en el hemiabdomen distal más que en el proximal. El dolor es provocado por la ingestión de alimentos, sobre todo "irritantes" y grasas. Es aliviado con la defecación y la expulsión de gases por el recto. En algunos pacientes el consumo de alimentos específicos, como leche y otros, tiene una estrecha relación con la aparición del dolor. Es común que el dolor o la molestia aparezcan o se acentúen con los disgustos o con las preocupaciones. (Mearin, F., Ciriza, C., Mínguez, M., et al 2016)

4.1.4.2 Alteraciones en las características de las evacuaciones o hábito intestinal. ***(***Moraes, J, Quigley, E.2015) menciona que los síntomas abdominales pueden asociarse con una disminución de la frecuencia deposicional (menos de tres por semana), un aumento de la consistencia de las heces (heces duras o incluso caprinas) o una alteración de la evacuación fecal (evacuación difícil o incompleta). Frecuentemente, los pacientes con intestino irritable presentan heces acintadas, por lo común asociadas con dificultad expulsiva. Las molestias abdominales se asocian en estos casos con un aumento de la frecuencia deposicional (más de tres diarias), disminución de la consistencia (heces sueltas o incluso líquidas) o urgencia defecatoria.

Puede ser difícil determinar si el paciente tiene realmente estreñimiento o diarrea, porque muchas veces se combinan ambos síntomas. Al inicio de la defecación, las heces pueden ser duras y luego seguirse de una deposición diarreica. La alternancia de estreñimiento y diarrea puede seguir un patrón de varios días o semanas, de forma que períodos de estreñimiento terminan con una o varias deposiciones diarreicas o bien se siguen de unos días con diarrea.

La historia natural de la alternancia entre estreñimiento y diarrea es difícil de determinar, especialmente cuando los pacientes toman laxantes. Un síntoma adicional frecuente es la evacuación de moco, a veces muy abundante.

La relación de las molestias abdominales con las alteraciones del hábito deposicional es variable. En pacientes con estreñimiento, las molestias abdominales generalmente aumentan conforme pasan los días sin evacuar y la evacuación suele producir un alivio de los síntomas. Sin embargo, otras veces el dolor abdominal se exacerba cuando existe una evacuación difícil, conforme el paciente repite esfuerzos infructuosos o cuando la evacuación es incompleta con sensación de tenesmo persistente. En los pacientes con diarrea, las molestias abdominales, muchas veces desencadenadas tras la ingesta, se alivian con una deposición diarreica, aunque también la secuencia puede ser inversa, con aparición de las molestias abdominales tras la deposición.

4.1.4.3 Síntomas o signos asociados. Como distensión abdominal, flatulencia y expulsión de gases fétidos. La mayoría de los pacientes refieren una sensación de distensión abdominal (a lo que el paciente llama “inflamación” y el médico meteorismo) acompañada de borborigmos, eructos y flatulencias.

4.1.4.4 Síntomas extraintestinales. Los pacientes refieren frecuentemente diversas molestias asociadas como, por ejemplo, otros síntomas digestivos (dispepsia funcional, dolor torácico no coronario, síntomas de reflujo esofágico), síntomas urológicos (disuria, polaquiuria, nicturia), ginecológicos (dispareunia, dismenorrea), síntomas extraabdominales (cefalea, lumbalgia, cuadros de fibromialgia) y psicológicos (alteraciones de sueño, agorafobia, depresión, ataques de pánico). (World Gastroenterology Organization, 2015)

4.1.5 Diagnóstico

Un diagnóstico firme y convincente es fundamental para el tratamiento de los pacientes con intestino irritable. El diagnóstico de este síndrome es puramente clínico. Debe buscarse con especial cuidado la presencia de datos de alarma que militan contra el diagnóstico de este síndrome, como la aparición del trastorno por primera vez a una edad avanzada, la evolución progresiva de los síntomas, los síntomas de aparición nocturna que despiertan al paciente, la presencia de ictericia e hipertermia, la pérdida de peso significativa no atribuible a depresión, la pérdida de sangre por el recto o en las heces, la diarrea intensa, las evacuaciones esteatorreicas y la anemia.

Todos estos síntomas obligan a realizar los estudios adecuados para encontrar una causa orgánica. Es necesario recordar que cualquier enfermo con disfunción puede desarrollar cualquier enfermedad orgánica y que, dada la cronicidad del cuadro, es seguro que a lo largo de los años aparecerán otros padecimientos. Por ello, el médico debe estar muy alerta a la variación de los síntomas o a la aparición de datos nuevos.

Datos de alarma que obligan a realizar pruebas diagnósticas en los pacientes con cuadro clínico sugestivo de intestino irritable
• Pérdida de peso, anemia, sangre oculta en heces • Antecedente de viaje a lugares con parasitosis endémicas • Síntomas nocturnos • Inicio del cuadro después de los 50 años de edad • Historia familiar de cáncer de colón o enfermedad inflamatoria intestinal • Artritis o dermatitis a la exploración • Signos de absorción intestinal deficiente • Signos de disfunción tiroidea

Fuente: Roesch, F. Remes, J. Ramos de la Medina, A.(2013), *Gastroenterología Clínica*, 3ed, Mexico, Editorial Alfil.
Elaboración: María José Vega Vélez

En 1978, Manning publicó los primeros criterios diagnósticos, que con el tiempo evolucionaron a los Criterios de Roma, los cuales han sido modificados hasta los más actuales Criterios de Roma III

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA III DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
Dolor o malestar abdominal recurrente al menos 3 días al mes los últimos 3 meses asociado a **dos** de los siguientes:
a. Mejoría con la defecación
b. Comienzo coincidiente con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
c. Comienzo coincidiente con un cambio en la consistencia de las deposiciones
*Criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses, con síntomas que iniciaron al menos 6 meses previos al diagnóstico

Fuente: Goldman, L. A. (2013). Tratado de Medicina Interna. Barcelona-España: Editorial Elsevier.
Elaboración: María José Vega Vélez

La sensibilidad global de los criterios de Roma I para el diagnóstico de SII es del 65-85%, mientras que la especificidad llega al 70-100%. En 1999 se revisaron los criterios de Roma I y se publicaron los de Roma II. Esta nueva versión exigía la presencia de al menos dos de tres criterios que relacionaran el dolor abdominal con los síntomas intestinales. Del mismo modo que los de Roma I, los criterios de Roma II especificaban que los síntomas tenían que estar presentes durante 12 semanas como mínimo. La diferencia principal es que estas semanas no tenían que ser consecutivas, sino que podían sumarse a lo largo de 1 año. (Wilson N, Schey R. 2015)

La sensibilidad diagnóstica de los criterios de Roma II para el SII osciló entre el 64 y el 89%, y la especificidad, entre el 66 y el 73%. Una vez publicados los criterios de

Roma II, muchos clínicos e investigadores plantearon que eran demasiado restrictivos y excesivamente centrados en estudios clínicos, y no representaban al paciente prototípico con SII atendido en la práctica clínica.

Esto llevó al desarrollo de los criterios de Roma III. Sin embargo, en 2013 se publicó un estudio de validación de los criterios de Roma y Manning en atención secundaria. Los investigadores recogieron todos los datos de síntomas, colonoscopia e histología de 1.848 pacientes adultos consecutivos con síntomas gastrointestinales. Concluyeron que el rendimiento de los criterios diagnósticos existentes (Roma II incluidos) para diferenciar entre SII y enfermedad orgánica solo era discreto.

Los criterios de Roma III para enfermedades funcionales permiten proveer educación, legitimación y validación de condiciones clínicas que carecen de marcadores de laboratorio. En el caso del SII permite, además, caracterizar distintos subtipos a fin de ofrecer distintas opciones terapéuticas adaptadas a cada caso. La sensibilidad y especificidad para los criterios diagnósticos de Roma III son de 71% y 88%, respectivamente para la versión inglesa y de 78% y 84% para la versión hispana (Francis. A, 2015)

Se ha discutido mucho si se debe solicitar un grupo básico de estudios paraclínicos en todo paciente. Olden cita un informe de 196 pacientes con intestino irritable a los que se les realizaron múltiples estudios de laboratorio y gabinete en ausencia de datos clínicos de organicidad: en ninguno de los 196 se encontró anemia, hiperleucocitosis ni parásitos intestinales; en menos de1% se encontraron anormalidades en las pruebas de función hepática y tiroidea, de cáncer de colon, de enfermedad inflamatoria intestinal y de úlcera péptica. Se halló infección urinaria en 2.5%, pólipos de colon en 5%, hemorroides en 5% y divertículos de colon en 9%. La única anormalidad frecuente fue una prueba de absorción deficiente de lactosa positiva en 26% de los pacientes. (Mearin, F., et.al, 2016)

Un buen interrogatorio tiene casi la misma sensibilidad. Olden también recomienda que se hagan estudios paraclínicos seleccionados en pacientes con datos de alarma distintos de los que se acaban de mencionar. Esto quizá sea más aplicable en los países desarrollados.

4.1.6 Diagnóstico Diferencial

Montoro M, García J, Castells A, et al. (2012)

- Efecto secundario de Fármacos
    - Fármacos inductores de diarrea (laxantes que contienen magnesio, antiácidos, colchicina)
    - Fármacos inductores de estreñimiento (opiáceos para control del dolor, sales de aluminio.
- Enfermedad metabólica
    - Diabetes o disfunción tiroidea (hipo o hipertiroidismo)
- Infecciones gastrointestinales (Giardia, entamoeba hystolitica, Yersinia enterocolítica
- Enfermedad inflamatoria intestinal
    - Colitis ulcerosa
    - Enfermedad de Crohn
    - Colitis microscópica.
- Sindrome de mala absorción/ maldigestión
    - Enteropatía sensible al gluten y sensibilidad al gluten
    - Intoleracia a la lactosa, fructosa o sorbitol
    - Malabsorción de sales biliares
    - Insuficiencia exocrina del páncreas
    - Sobrecrecimiento bacteriano intestinal

- Alergias alimentarias
- Neuropatía o miopatía intestinal
- Malignidad: cáncer de páncreas, cáncer colorrectal
- Tumores neuroendocrinos (vipoma, gastrinoma, carcinoma medular de tiroides, carcinoide.
- Pólipos adenovellosos y carcinoma colorrectal

4.1.7 Tratamiento

El primer paso importante en el tratamiento es lograr una buena relación médico/paciente, explicarle de qué se trata su padecimiento, brindarle atención. En cuanto a la dieta no se recomienda realizar restricciones excesivas, sino aconsejar que evite aquellos alimentos o bebidas que exacerban los síntomas; en particular si presenta intolerancia a los carbohidratos (lactosa, fructosa, sorbitol) o a las grasas. Por el momento sólo existen tratamientos síntoma-dirigidos y no una terapia que modifique la enfermedad.

El tratamiento está encaminado a aliviar los síntomas, a identificar y modificar los factores que agravan el padecimiento y a ayudar al paciente a aceptar su condición. Por ello, como objetivo terapéutico es conveniente clasificar al paciente de acuerdo con el síntoma que él considere más molesto y con las alteraciones en la defecación: si predomina el estreñimiento o predomina la diarrea. (Yamada E, Inamori M, Uchida E, et al.2014)

4.1.7.1 Dieta. Alrededor del 60-70% de los pacientes cree que la dieta juega un papel importante en las exacerbaciones de la enfermedad. En una encuesta se observó que los pacientes mejoraban sus síntomas con algunos cambios en el estilo de vida, como comer porciones pequeñas, evitar comidas grasas, aumentar el consumo de fibra, evitando

productos lácteos, cafeína, alcohol y alimentos hiperproteicos (carnes). Al haber escasa evidencia sobre esto, no están recomendadas las dietas de exclusión rutinariamente, aunque existen algunos pacientes que se beneficiarían. (World Gastroenterology Organization, 2015)

4.1.7.2 Opciones terapéuticas para Síndrome de intestino irritable tipo constipación.

4.1.7.2.1 Fibras y agentes formadores de masa. El consumo de fibra no disminuye al dolor pero sí mejora la constipación y puede dar consistencia a las heces blandas. Se debe iniciar a dosis bajas e ir incrementando lentamente, ya que puede producir aumento de dolor y distensión. El objetivo es alcanzar 10-15 g al día. Los suplementos, en particular el psyllium, son mejor tolerados que la fibra dietética. Se demostró una mejoría significativa de los síntomas comparado a placebo, aunque en estudios de mayor calidad la mejoría fue marginal

4.1.7.2.2 Laxantes. Su utilidad en el tratamiento del SII-C no está bien estudiada. Los laxantes de tipo osmótico son los de elección, algunas sales inorgánicas como magnesio o polietilenglicol. Los derivados de los alcoholes y azúcares (lactulosa) pueden generar mayor distensión y un exceso de flatulencia (Wilson N, Schey R.2015),

4.1.7.2.3 Activadores de los canales de cloruro. El Lubiprostone es un activador de los canales de cloro en el epitelio intestinal, aumentando la secreción y motilidad intestinal; ha sido recientemente aprobado por la FDA para el tratamiento del SII-C en mujeres, a una dosis de 8 mcg cada 12 horas. Un tratamiento menor a 12 semanas demostró un beneficio significativo contra placebo. Está contraindicado en caso de obstrucción intestinal o embarazo

4.1.7.2.4 Tegaserod. Agonista 5-HT4 de la serotonina, mejora la frecuencia y consistencia de las evacuaciones. Es efectivo en el control global de la enfermedad. Desacelera el tránsito colónico e incrementa la secreción intestinal. Si bien demostró ser

eficaz en el tratamiento del SII con predominio de constipación, fue retirado del mercado por su asociación con colitis isquémica, isquemia miocárdica y eventos cerebrovasculares. (Vargas, J., Martínez, A., Rivas, J. 2012),

4.1.7.3 Opciones terapéuticas para Síndrome de intestino irritable tipo diarrea.

4.1.7.3.1 Antidiarreicos. Análogos opiodes, tales como loperamida y difenoxilato, estos medicamentos reducen la peristalsis, incrementan el tiempo de tránsito intestinal y aumentan el tono del esfínter anal. Deben manejarse durante periodos cortos y con mucha precaución, debido a sus efectos secundarios. Pueden prescribirse a dosis de una tableta de 2 mg después de cada evacuación líquida, sin pasar de 12 mg al día. En plan preventivo se prescribe una tableta cada 12 o 24 h, según los resultados. (Remes J, Bernal R, Valladares M, et al. 2016)

4.1.7.3.2 Alosetron. Antagonista de los receptores 5-HT3 de serotonina, muy efectivo en pacientes con diarrea. Demostró alivio sostenido del dolor abdominal, malestar y la urgencia en pacientes con SII-D por un máximo de 48 semanas.

Presenta como eventos adversos la colitis isquémica y constipación severa, que aparecen tempranamente en el tratamiento y resuelven al discontinuarlo. Sólo está disponible para mujeres con síntomas severos de SII-D y que no responden al tratamiento convencional. (Perez., A. 2013).

4.1.7.3.3 Antibióticos no-absorbibles. World Gastroenterology Organization, (2015). El tratamiento de pacientes con SII-D con rifaximina se asoció a mejoría en los síntomas globales, que se mantuvieron más alla de 12 semanas de suspendido el mismo. La mayor eficacia se observó en pacientes con síntomas leves a moderados y aquellos con diarrea. Faltan estudios que demuestren su seguridad a largo plazo y la eficacia. Recomendamos el uso en pacientes con SII no constipación, con síntomas leves a moderados. Rifaximina – 400mg tres veces al día, por 14 días

4.1.7.4 Tratamiento del dolor abdominal

4.1.7.4.1 Antiespasmódicos. Deben utilizarse para el alivio a corto plazo del dolor o malestar abdominal, ya que no existen datos sobre eficacia a largo plazo y seguridad. Son particularmente útiles para el alivio de los síntomas postprandiales, por lo que se recomienda administrarlos una hora antes de las comidas principales:

- Bromuro de octilonio 40 mg
- Bromuro de pinaverio 100 mg
- Trimebutina 200 mg
- Hioscina 10-20 mg
- Meveberina 135 mg

4.1.7.4.2 Antidepresivos tricíclicos (TCA). Amitriptilina, se inicia a dosis bajas 10-25 mg/día a la noche, y se puede aumentar la dosis en caso de requerirlo, hasta un máximo de 150 mg/día. Tiende a producir constipación, por lo que se indica en SII-D. (Perez, A. 2013).

4.1.7.4.3 Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS). Aceleran el tránsito intestinal, por lo que se indican en SII-C. Ambos antidepresivos (TCA y SSRIs) son más efectivos que el placebo para el alivio de los síntomas globales de SII, principalmente mejorando el dolor abdominal. Los SSRI serían mejor tolerados que los TCA.

4.1.7.5 Tratamiento psicológico y conductual. Algunos pacientes con formas moderadas o severas de SII pueden beneficiarse de una intervención psicológica, particularmente si la evaluación clínica ha detectado factores psicosociales relevantes (incluyendo una historia de abusos físicos o sexuales). Aunque no existen pruebas de la responsabilidad de estos acontecimientos en la etiología del SII, es incuestionable que un grado importante de estrés vital o un trastorno psiquiátrico concomitante (ansiedad, hipocondriasis, depresión) contribuye a la búsqueda persistente de ayuda médica e influye en gran medida en la respuesta al tratamiento convencional. (Farreras, P. 2012).

Aunque existen opiniones críticas al respecto, distintas modalidades de psicoterapia (cognitivo-conductual, psicodinámica), técnicas de relajación e incluso hipnoterapia han demostrado ser útiles en casos refractarios a otras terapias. La terapia cognitivo-conductual y la hipnoterapia son las que tienen mayor eficacia para la mejoría de los síntomas globales de SII. El mayor inconveniente de este tipo de tratamiento es que requieren de la colaboración de psicoterapeutas con experiencia, cuya disponibilidad suele ser desafortunadamente limitada.

4.1.7.6 Tratamientos complementarios-alternativos

4.1.7.6.1 *Probióticos.* Faltan estudios de alta calidad que demuestren que su uso es efectivo, pero algunos han demostrado mejoría de los síntomas relacionados al gas, mediante alteración de la flora intestinal: Lactobacilos, estreptococo, bifidobacterias.

4.2 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

4.2.1 Definición

Hace ya varias décadas que la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. De esta definición se desprende que la evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas. (Salazar JG, González M, Colunga P. 2012)

Así, debe valorarse tanto el estado objetivo de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud.

En un intento de dar respuesta a estas valoraciones más amplias de la medición de salud surge, a mediados de los años setenta, el término “calidad de vida” (CV). Aparece

como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social. （Ruiz, M., Coss-Adame, 2015)

No existe, sin embargo, un consenso sobre la definición de calidad de vida, e incluso en la literatura se utilizan los términos “estado de salud”, “estado funcional”, “calidad de vida” o “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos, cuando realmente son términos relacionados, pero responden a conceptos distintos.

González, M., (2015) menciona que aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

> “La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”.

Por tanto, no debemos olvidar que la CV está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la CVRS o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. (Salazar G, González M, Colunga P. 2012)

Por otro lado, la CVRS constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del sujeto. Su

valoración nos permite detectar alteraciones e intervenir precozmente, así como establecer comparaciones entre las distintas opciones terapéuticas. La evaluación de la CVRS en medicina nos aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad; en cómo se siente el paciente, independientemente de los datos clínicos. (Camacaro P.2014),

El instrumento para medir la CVRS es el cuestionario, que consta de una serie de preguntas (ítems) que se responden mediante escalas visuales analógicas o bien de forma categórica, mediante una escala numérica. Todas estas preguntas hacen referencia a las diferentes dimensiones o áreas del individuo (función física, psicológica y social, estatus económico y bienestar general).

Para que los cuestionarios de medida de la CVRS puedan ser aplicados de forma fiable, deben cumplir unos criterios de multidimensionalidad (que incluyan diferentes dimensiones que permitan medir de forma integral la CVRS), estandarización de las preguntas en categorías de respuesta ordinal, cumplir unas características psicométricas adecuadas (fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio) y ser aceptables por los pacientes, profesionales sanitarios e investigadores. Existen básicamente dos tipos de cuestionarios de medida de la calidad de vida, los cuestionarios genéricos y los específicos. (Rebollo, R, Morales, A.2015).

Sf-36 Health Survey o cuestionario de Salud SF-36. Ha sido desarrollado en EEUU a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizada en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study [MOS]), que incluía 40 conceptos relacionados con la salud. Consta de 36 ítems distribuidos en 8 dimensiones: función física y social, actividad/rol físico y emocional, dolor corporal, salud mental, percepciones generales de salud y vitalidad. A su vez, estas 8 dimensiones se asocian en dos grandes componentes: componente físico (Función física, Rol físico y Dolor

corporal) y componente mental (Función social, Rol emocional y Salud mental). Camacaro P.(2014),

Éste test es autoadministrado por el paciente y se fundamenta en ocho dimensiones o determinantes de la calidad de vida tales como:

- Función física: valora el nivel en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la cotidianidad, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar peso, entre otros.
- Rol físico: valora el nivel en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, causando como consecuencia un rendimiento menor del deseado, y limitando sus actividades cotidianas.
- Dolor corporal: valora la intensidad del dolor y su efecto en sus actividades y vida diaria.
- Salud general: valora la percepción del estado de salud, que engloba el estado actual, la proyección futura y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad: valora el sentimiento de energía y vitalidad que presenta el paciente, frente al cansancio y desánimo.
- Función social: valora el nivel en el que los problemas físicos o emocionales consecuencia de la falta de salud interfieren en la vida social cotidiana.
- Rol emocional: valora el nivel en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, incluyendo reducción del tiempo dedicado a sus actividades y disminución del rendimiento deseado.
- Salud mental: valora la salud mental general, englobando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

4.2.2 Calidad de vida en el síndrome del intestino irritable

La aplicación de cuestionarios genéricos, como el SF-36 (Short Form Healt Survey), a los pacientes con síndrome del intestino irritable ha puesto de manifiesto que aquellos que consultan al médico presentan una disminución de la calidad de vida respecto de los que no lo hacen, y que ambos tienen a su vez una menor calidad de vida que los controles sanos. La calidad de vida se asocia a la gravedad sintomática del síndrome de intestino irritable. El espectro de afectación de la calidad de vida en este proceso patológico es muy amplio, abarcando desde mínimas modificaciones hasta limitaciones incapacitantes. Los aspectos de la vida en los que se advierte una mayor afectación son la energía, la fatiga, las limitaciones de la actividad causadas por problemas en la salud física, el dolor corporal y la percepción general de la salud. (López, J 2018)

Cuando se ha comparado la calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable con estreñimiento predominante frente a los que presentan diarrea predominante, se ha observado que el grado de afectación de la calidad de vida es similar en ambos grupos, aunque sí existen diferencias en la sintomatología.

Usando cuestionarios genéricos se ha podido comparar el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable y el de aquellos que padecen otras enfermedades. De este modo, se ha observado que las personas con síndrome de intestino irritable tienen idéntica o peor afectación que los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en todas las escalas del SF-36, en cuanto a dimensiones como la vitalidad, el dolor corporal, la función social, la situación emocional o el estado mental. Tan sólo las dimensiones de la función física (habilidad para caminar o vestirse), la capacidad laboral y la salud general están menos alteradas en los primeros que en los segundos. (Mearin, F 2017)

5 MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

Por su enfoque el presente estudio clasifica como de tipo cuantitativo, por su alcance es de tipo descriptivo, por su corte como de tipo transversal, prospectivo.

5.2 Área de estudio

Área de la salud humana de Universidad Nacional de Loja ubicada en el sector alto de la calle Manuel Montero.

5.3 Universo y Muestra

El universo y muestra está conformado por 60 docentes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja que laboraron en el período académico septiembre-marzo 2018

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

5.4.1 Inclusión

- Docentes que trabajen en la carrera de medicina.
- Docentes hombres y mujeres independiente de la edad, lugar de origen, residencia.
- Docentes que firme voluntariamente el consentimiento informado.

5.4.2 Exclusión

- Docentes que no deseen participar y que no firmen el consentimiento informado.
- Docentes que no pertenezcan a la carrera de medicina

5.5 Técnicas, instrumento y procedimiento.

5.5.1 **Técnicas** Cuestionario diagnóstico para síndrome de intestino irritable y cuestionario SF (Short Form Healt Survey) -36 para calidad de vida.

5.5.2 **Instrumento.** Para el cumplimiento de todos los objetivos se utilizó como instrumento el cuestionario diagnóstico para síndrome de intestino irritable y cuestionario SF-36 para calidad de vida. (Anexo 5y 6)

5.5.3 Procedimiento. La presente investigación inició con la elaboración del proyecto siguiendo luego aprobación del tema de investigación (Anexo 1), posteriormente se solicitó la pertinencia respectiva del proyecto de tesis (Anexo 2), una vez otorgada, se designó el director correspondiente, una vez registrado el tema de tesis se procedió a solicitar una petición al decano de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja para poder aplicar las encuestas a todos los 60 docentes de la carrera de medicina, con el permiso otorgado se procedió a elaborar un consentimiento informado el cual fue entregado a cada docente para posteriormente proceder a aplicar el cuestionario, se procedió con la recolección de datos a través de los criterios diagnósticos roma III para síndrome de intestino irritable (Anexo 5) creado por el comité internacional de Trastornos Funcionales Intestinales Roma III que tienen un valor predictivo positivo del 100% y una sensibilidad de 65-75%, los cuales han constituido en el estándar de oro para el diagnóstico de los pacientes con SII en todo el mundo. El cual consta de 6 preguntas diagnósticas que se interpretará de la siguiente manera: Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a dos o más de los siguientes síntomas: Mejora con la defecación, comienzo asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones, asociado con un cambio en la consistencia de las deposiciones.

La calidad de vida se evaluará mediante el Cuestionario de salud SF 36(Short Form Health Survey) (Anexo 6), diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachussets, para medir conceptos genéricos de salud. Test validado en Cartagena Colombia en un meta análisis que constaron 100 docentes universitarios jubilados donde la confiabilidad global mostró un coeficiente de 0.9314 mediante cálculo de consistencia interna con alfa de

Cronbach, por lo que el instrumento es una herramienta útil para su uso en investigación y en la práctica clínica

El SF-36 consta de 36 items que evalúa las ocho dimensiones siguientes: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Para asignar el puntaje se transforma a una escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo, pregunta de 3 categorías se puntean 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntean 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. A su vez, estas 8 dimensiones se asocian en dos grandes componentes: componente físico (Función física, Rol físico y Dolor corporal) y componente mental (Función social, Rol emocional, Salud mental), para sacar el puntaje final de cada componente físico como mental se promedian ($\bar{X}$) los totales dando así el resultado final de los componentes físico y mental, determinando así la calidad de vida.

- Mala: 0-25
- Regular: 25-50
- Buena: 50-75
- Excelente: 75-100

5.6 Equipo y materiales

Dentro de los equipos utilizados estuvieron la computadora y la impresora. En cuanto a materiales encontramos suministro de escritorio, resmas de papel bond, tinta para impresora, esferos.

5.7 Análisis estadístico.

Una vez recolectados los datos se procesó y almacenó el programa Microsoft Office Excel 2010, posterior a aquello se tabuló y analizó los datos según los objetivos propuestos con la ayuda del programa SPSS statics versión 22, para el tercer objetivo se utilizaron las frecuencias y porcentajes antes determinados para así establecer la relación entre síndrome de intestino irritable y calidad de vida en los docentes de la carrera de medicina, a través de la prueba estadística Chi cuadrado y obteniendo el valor de “p”, lo que nos indica la significancia estadística de la presente relación, siendo significativa sólo cuando $p < 0,05$. Al final para los tres objetivos se realizó la representación respectiva de los resultados obtenidos en tablas de frecuencia y porcentajes y se procedió a realizar el correspondiente análisis e interpretación.

6 RESULTADOS

6.1 Resultado para el primer objetivo: Establecer la frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable según criterios Roma III por género y edad a docentes de la carrera de medicina periodo septiembre-marzo del 2018

Tabla N° 1: Frecuencia del Síndrome de Intestino Irritable por género y edad a docentes de la carrera de medicina periodo septiembre-marzo del 2018

	Género Masculino		**Género Femenino**	
Grupo Etario	**F**	**%**	**f**	**%**
<35	0	0,00	2	3,33
35-44	1	1,67	5	8,33
45-54	2	3,33	4	6,67
55-64	3	5,00	2	3,33
>65	1	1,67	0	0,00
TOTAL	7	11,67	13	21,66
DOCENTES CON SII	20	33,33%		

Fuente: *Cuestionario diagnóstico para Síndrome de Intestino Irritable*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de los resultados: De los 60 docentes encuestados 20 de ellos presentan síndrome de intestino irritable, de los cuales el 11,67% (n=7) son hombres y 21,66% (n=13) mujeres, mientras que de acuerdo al grupo etario el género masculino entre 55-64 años: 5,00% (n=3); 45-54 años: 3,33% (n=2), mientras que el género femenino, 35-44 años: 8,33% (n=5), 45-54años: 6,67% (n=4). Dando un total de 33,33% (n=20) de docentes que presentan síndrome de intestino irritable.

6.2 Resultado para el segundo objetivo: Determinar la calidad de vida de los docentes con síndrome de intestino irritable.

Dimensiones que valora el cuestionario SF-36 para calidad de vida.

Tabla N° 2: Función Física de los docentes con síndrome de intestino irritable.

FUNCIÓN FÍSICA		
	f	%
Sí , me limita mucho	0	0
Sí, me limita un poco	13	21,66
No, no me limita nada	7	11,67
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: De acuerdo con la función física de los docentes con síndrome de intestino irritable al 21,66% (n=13) si, se les limita un poco, y al 11,67% (n=7) no les limita nada.

Tabla N° 3: Rol físico de los docentes con síndrome de intestino irritable.

ROL FÍSICO		
	f	%
Siempre	0	0
Casi siempre	0	0
Algunas veces	5	8,33
Sólo alguna vez	8	13,33
Nunca	7	11,67
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: El rol físico de los docentes con síndrome de intestino irritable, es decir el 8,33% (n=5) algunas veces presentaron interferencia en el trabajo y actividades diarias, solo alguna vez el 13,33% (n=8), y nunca el 11,67% (n=7).

Tabla N° 4: Dolor corporal de los docentes con síndrome de intestino irritable.

DOLOR CORPORAL		
	f	%
Ninguno	0	0
Sí, poco	14	23,33
Sí, moderado	6	10,00
Sí, mucho	0	0
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: el 10,00% (n=6) de los docentes con síndrome de intestino irritable presentó dolor corporal en alguna parte del cuerpo en moderada intensidad, mientras que el 23,33% (n=14) en leve intensidad.

Tabla N° 5: Salud General de los docentes con síndrome de intestino irritable.

SALUD GENERAL		
	f	%
Excelente	0	0,00
Muy Buena	4	6,67
Buena	15	25,00
Regular	1	1,67
Mala	0	0,00
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: Los docentes con síndrome de intestino irritable consideran que su salud en general es buena en 25,00% (n=15).

Tabla N° 6: Vitalidad de los docentes con síndrome de intestino irritable.

VITALIDAD		
	f	%
Siempre	3	5,00
Casi siempre	12	20,00
Algunas veces	5	8,33
Solo alguna vez	0	0,00
Nunca	0	0,00
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: el 20,00% (n=12) menciona que casi siempre se sienten llenos de energía.

Tabla N° 7: Función Social de los docentes con síndrome de intestino irritable.

FUNCIÓN SOCIAL		
	f	%
Nada	1	1,67
Un poco	10	16,67
Regular	9	15,00
Bastante	0	0,00
Mucho	0	0,00
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: la vida social está afectada de manera regular en los docentes con síndrome de intestino irritable en un 15,00% (n=9), mientras que el 16,67% (n=10) tienen poca afectación.

Tabla N° 8: Rol emocional de los docentes con síndrome de intestino irritable.

ROL EMOCIONAL		
	f	%
Siempre	0	0,00
Casi siempre	0	0,00
Algunas veces	9	15,00
Solo alguna vez	8	13,33
Nunca	3	5,00
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: El 15,00% (n=9) menciona que algunas veces los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias y solo alguna vez el 13,33% (n=8).

Tabla N° 9: Salud mental de los docentes con síndrome de intestino irritable.

SALUD MENTAL		
	F	%
Siempre	0	0,00
Casi siempre	0	0,00
Algunas veces	3	5,00
Solo alguna vez	14	23,33
Nunca	3	5,00
TOTAL	20	33,33

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: el 5,00% (n=3) mencionan que algunas veces se ha sentido deprimido, con ansiedad; mientras que 23,33% (n=14) en una ocasión su salud mental ha sido afectada.

Tabla N° 10: Calidad de vida de los docentes con síndrome de intestino irritable, componentes físico y mental.

COMPONENTE FÍSICO		COMPONENTE MENTAL	
Componentes	Promedio ($\bar{X}$)	Componentes	Promedio ($\bar{X}$)
Función física	67,50	**Función social**	65,00
Rol físico	77,50	**Rol emocional**	68,75
Dolor corporal	67,50	**Salud mental**	75,00
TOTAL	70,83		69,58

Fuente: *Cuestionario SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: La calidad de vida de los docentes con síndrome de intestino irritable de acuerdo al componente físico y mental es de 70,83 puntos y 69,58 puntos respectivamente demostrando que la calidad de vida en los docentes se encuentra encasillada como buena, de acuerdo al rango de calificación entre 50 a 75 puntos: Buena calidad de vida.

6.3 Resultado para el tercer objetivo: Establecer la relación entre el síndrome de intestino irritable y la calidad de vida.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE			CALIDAD DE VIDA	
	F	%	Componente físico	Componente mental
Masculino	7	11,67%	67,85	61,90
Femenino	13	21,66%	71,79	73,71

chi2=0,125; valor de p= 0,225

Fuente: *Cuestionarios diagnósticos para Síndrome de Intestino irritable y SF-36 para Calidad de Vida*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Interpretación de resultados: Al relacionar el síndrome de intestino irritable en los docentes de la carrera de medicina y la calidad de vida no se evidencia diferencia significativa entre los docentes con síndrome de intestino irritable y la afectación en la calidad de vida ya que el valor de p es > 0,05; lo que indica que el síndrome de intestino irritable en los docentes de la carrera de medicina no afecta en gran proporción la calidad de vida.

7 DISCUSIÓN

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo, manifestado por dolor abdominal y disturbios de la defecación. Su prevalencia en la población general oscila entre un 20% hasta un 35%, es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina general y el más frecuente en gastroenterología afectando en ámbitos laborales, sociales físicos y mentales. No existen marcadores diagnósticos claros para la enfermedad, por lo que su diagnóstico se basa en la presentación clínica, se han descrito una serie de criterios, que agrupan los diferentes síntomas y signos y pretenden establecer un diagnóstico positivo del síndrome como son los criterios roma III.

Los resultados de este estudio después de la tabulación y análisis de las encuestas que se aplicaron a docentes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja se evidencio que de los 60 docentes el 33,33% presenta síndrome de intestino irritable, predominando en el género femenino en un 21,66% y en el género masculino con un 11,67%, resultados similares al estudio realizado por Franco León Jiménez y colaboradores, en la revista de la sociedad Mexicana de Medicina Interna en el 2017 quienes encontraron una incidencia de SII en un 31% con criterios Roma III de la población general; en cuanto a que la mayor prevalencia de SII se encuentra en pacientes del género femenino, así mismo se asemeja al estudio transversal prospectivo de la Universidad de San Marcos en Lima-Perú realizado a 200 habitantes de la ciudad de Piura lo cual indica una prevalencia de 30% , con más frecuencia en mujeres 2:1 frente a hombres. (González. M, 2015).

Así también en un estudio prospectivo realizado en Ecuador 2017, donde tuvo como objetivo establecer la frecuencia de SII en adultos mayores donde dio como resultados un 31,6 % siendo prioritario el género femenino en 20% contra 11% el género masculino resultados similares al presente estudio. (González, A 2017)

De acuerdo al grupo etario, el SII en el género masculino con un 5,00% en el grupo de 55-64 años, y 3,33% en el grupo de 45-54 años de edad, mientras que en el género femenino el grupo etario predomínante fue de 35 a 44 años un 8,33% seguido del grupo de 45 a 54 años de edad en un 6,67%, similar al estudio transversal cuantitativo realizado por Alfredo López en el personal de doctores del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala- Ecuador, donde el grupo etario con síndrome de intestino irritable es de los 40 años a 60 años de edad. (López, A 2018)

Además de determinar los pacientes con síndrome de intestino irritable se pudo evidenciar que el SII en los docentes es a predominio de constipación en un 18,33%, resultados similares al estudio retrospectivo que se realizó en Estados Unidos a 100 pacientes adultos, en donde se constató que 25% de ellos presenta Síndrome de intestino irritable con predominio constipación. (Mearin, 2016).

Resultados similares al estudio realizado por la Md. Mariela González en ciudad de Caracas – Venezuela cuya muestra fue 100 docentes de la Universidad de Caracas en donde se determinó que la frecuencia de SII es de 34% con predominio constipación en un 19 % frente a diarrea 15%. (González, M 2017)

En el curso de lo mencionado, la calidad de vida en los docentes de acuerdo al cuestionario SF-36 se pudo evidenciar que afecta más en unas dimensiones que en otras, como en el componente físico se vio con más afectación la función física, dio como resultados que los docentes con SII en un 21,66% sus actividades físicas de la cotidianidad, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar peso, entre otros están alteradas, así como también la dimensión de dolor corporal han presentado dolor en leve intensidad en un 23,33%, categorizando a este componente físico según la escala de calificación como Buena con 70,83 puntos.

Similar al estudio cualitativo realizado en la ciudad de Caracas – Venezuela en el que participaron 20 pacientes diagnosticados con SII, con edades comprendidas entre 25 y 55 años, predominantemente del género femenino en donde se evaluó la calidad de vida en donde dio como resultados afectación de la función física a los pacientes mayores de 45 años, así como también interferencias en el rol emocional en mayor proporción. (Paute,G 2015).

En relación de lo mencionado en el 2016, el grupo canadiense de Wong et al entrevistó a un grupo de 100 pacientes con síndrome del intestino irritable y detectó cuatro dimensiones de la vida con mayor afectación por su enfermedad: limitación de actividades, disfunción emocional, salud mental y rol físico, siendo predominante en personas de la tercera edad que en jóvenes, en ellos más se vio alterado el componente mental que el físico. (Wong, et al, 2016)

Siendo así en el componente mental se evidenció alteración en la función social en un 15,00% de los docentes con SII, así también hay afectación en el rol emocional en 15,00% por problema emocionales, hay afectación en el trabajo y actividades diarias, de acuerdo a la calificación de 69,58 puntos, el componente mental al igual que el componente físico se los encasilla en buena calidad de vida. Por lo que podemos decir que la calidad de vida de los docentes con SII de la carrera de medicina de Universidad Nacional de Loja es buena.

A diferencia del estudio cualitativo trasversal que se realizó en Estados Unidos mediante la encuesta SF-36 a pacientes de consulta externa vs pacientes ambulatorios con SII se detectó mayor afectación de la calidad de vida a los pacientes de consulta externa vs los pacientes ambulatorios. Concluyendo que los pacientes con síndrome de intestino irritable han puesto de manifiesto que aquellos que consultan al médico presentan una

disminución de la calidad de vida respecto de los que no lo hacen, y que ambos tienen a su vez una menor calidad de vida que los controles sanos.

De este modo, se ha observado que las personas con síndrome del intestino irritable tienen idéntica o peor afectación que los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en todas las escalas del SF-36, en cuanto a dimensiones como la vitalidad, el dolor corporal, la función social, la situación emocional o el estado mental. Tan sólo las dimensiones de la función física (habilidad para caminar o vestirse), la capacidad laboral y la salud general están menos alteradas en los primeros que en los segundos según el estudio prospectivo realizado en Uruguay a 200 pacientes con SII y con insuficiencia cardiaca congestiva. (Vilagut, G 2017)

Estudios similares a los realizados en Cartagena Colombia en un meta análisis que constaron 100 docentes universitarios jubilados en donde se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 dando resultados de 55.65 puntos y 60,20 puntos componente físico y mental respectivamente, correspondiendo a buena calidad de vida. (Vargas, J 2017)

Por último y en el orden de desarrollo del presente trabajo, al evaluar la posible relación entre el síndrome de intestino irritable y la calidad de vida de los docentes de la carrera de medicina se ha constatado que no existe significancia estadística ($p > 0,05$) para la relación propuesta, es decir, que el síndrome de intestino irritable en los docentes de la carrera de medicina no afecta la calidad de vida.

En un estudio investigativo cuantitativo transversal realizado en Barcelona- España tuvo como objetivo conocer la relación de calidad de vida de los pacientes mayores a 50 años con SII. De las 8 dimensiones que se estudiaron, la puntuación más baja la obtuvo la función física por requerir de un esfuerzo físico intenso, como el rol social, conclusión

igual a la de nuestro estudio, con un puntaje de 49 encasillando como una regular calidad de vida dando significancia estadista para la relación. (Fernández, A 2015)

En orden de lo mencionado una revisión realizada en Colombia en el 2018 que analizó la relación de la calidad de vida en pacientes diagnosticados con SII mediante el cuestionario SF-36 dio resultados similares al presente estudio en cuanto la calidad de vida es buena con puntaje de 55puntos en estos pacientes siendo alterada la función física y emocional en regular proporción, siendo así la ausencia de la relación en estas variables (Cáceres, E 2018)

8 CONCLUSIONES

- Con los resultados obtenidos en el estudio se identificó que el 33,33% de los docentes de la carrera de medicina de la Universidad nacional de Loja presentan síndrome de intestino irritable, predominando en el género femenino 2:1 frente al género masculino; 21,66% y 11,67% respectivamente, de acuerdo al grupo etario se evidenció mayor frecuencia en edades comprendidas entre 35 a 54 años en el género femenino y 45 a 64 años en el género masculino.

- La calidad de vida de los docentes con Síndrome de intestino irritable es buena, teniendo limitaciones en las dimensiones de función física, dolor corporal, función social y rol emocional.

- Se ha constatado que no existe significancia estadística para la relación entre el síndrome de intestino irritable y calidad de vida, es decir, que el síndrome de intestino irritable en los docentes de la carrera de medicina no afecta la calidad de vida.

9 RECOMENDACIONES

- A la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja promueva 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.

- Debido a los datos obtenidos en el estudio se recomienda a los docentes con síndrome de intestino irritable que acudan a realizarse chequeos médicos continuos y por ende mejorar su calidad de vida.

- Que el Ministerio de Salud a través del departamento de Salud Ocupacional conozcan la problemática de esta enfermedad e inicie campañas de comunicación y conocimiento a la población sobre el síndrome de intestino irritable.

10 BIBLIOGRAFÍA

Aguilera, K. e. (2013). Conductas en Gastroenterología. Buenos Aires-Argentina: Editorial Roemmers.

Balboa A, Carrillo R, Mínguez M, Valdepérez J, Tort S, Mearín F.(2015). Guía de Práctica clínica. Síndrome del Intestino Irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano.

Camacaro P.(2014), Aproximación a la calidad de vida en el trabajo en la organización castrense venezolana. Málaga: Universidad de Málaga. Eumed. Net;

Cerecedo, Espinosa y Juáreza, S. (2014). Síndrome de Intestino Irritable en Estudiantes de Medicinia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 54, (3), 4-11.

Chang L, Lembo A, Sultan S.(2014), American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the pharmacological management of irritable bowel syndrome.

Dueso. J, Fernández C. (2013). Síndrome del intestino irritable. Revista de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), (63).

España F, F.(2017). La calidad de vida en personas con síndrome de intestino irritable Madrid- España. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618083001

Farreras, P. (2012). *Medicina Interna.* Barcelona-España: Editorial Elsevier. 17 Edición.

Fermín M, Miguel A,(2012). Síndrome de intestino Irritable. Avalado por la Asociación Española de Gastroenterología (cap 36) . Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2 Ed (pp. 525-568).

Francis, A. (2015). Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. Revista de Gastroenterología de Perú. 27, 177-184.Gastroenterology. Nov;147(5):1149-72 e2.

Goldman, L. A., Schafer, A., (2013). Tratado de Medicina Interna, 24 Edición, Barcelona-España: Editorial Elsevier.

González, M. (2015). Calidad de vida en pacientes con sindrome de intestino irritable.: Un estudio cualitativo. Gen, 69(3), 55-63. Recuperado en 19 de junio de 2019, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00163503201500030000 2&lng=es&tlng=es. Rpyo

Harmand, Limbird, Gilman, (2003). Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, (10ª ed). México: McGraw-Hill.225.

Hood S, Shufflebotham J, Hendry J, Hince D, Rich A,Probert C, et al. (2013). Irritable bowel syndrome patients exhibit depressive and anxiety scores in the subsyndromal range. The Open Psychiatry Journal. 2013;2:12-22.

Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, J., et al. (2013). *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 18e.Mexico. Editorial McGraw-Hill

Mearin, F., Ciriza, C., Mínguez, M., Rey, E., Mascort, J., Peña, E., Cañones, P., Júdez, J.,(2016), Clinical practice guidelines: Irritable bowel syndrome with constipation

and functional constipation in adults: Concept, diagnosis, and healthcare continuity, PubMed, Doi: doi: 10.1016/j.aprim.2016.11.003.

Moraes, J., Quigley, E., (2015), The intestinal microbiota and the role of probiotics in irritable bowel syndrome, PubMed, Doi: 10.1590/S0004-28032015000400015.

Otero Renio, W. y Gomez Zuleta, M. (2015). Síndrome de Intestino Irritable: diagnóstico y tratamiento farmacológica Revisión concisa. Rev. gastroenterol. Perú, vol.25, n.2 [citado 2014-03-17], pp. 189-197.Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022.

Panda, U. (2013). *Diccionario Medico Conciso y de Bolsillo.* Editorial Jaypee Highlights Medical Publishers, Inc. 2da Edición.

Papadakis, M, (2010), *Diagnóstico y tratamiento clínico*, 49ed,Mexico, Editorial Editorial McGraw-Hill Interamericana

Perez.E, A. (2013). Gatroeneterología. Mexico: Mc Graw Hill Interamerica

Porras, R., López, A., Schmulson M, (2015). Increase in Mexican and Latin American scientific articles on irritable bowel syndrome. Rev Gastroenterol Mex 2015;80:228–35.

Ramírez R, Agredo R, Jerez A.(2017). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey) en adultos Colombianos. Rev. salud pública. 2017 Octubre; 12(5): 807-819. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf

Rebollo, R, Morales, A. (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en España. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/calidad de vida/v35n1/revision.pdf

Remes J, Bernal R, Valladares M, et al. (2016) Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. RevGastroenterolMex; 74(1): 58-62.

Roesch,F. Remes, J. Ramos de la Medina, A.(2013), *Gastroenterología Clínica*, 3ed,Mexico, Editorial Alfil, S. A. de C. V.

Ruiz, M., Coss-Adame, (2015), Calidad de vida en pacientes con diferentes subtipos de estreñimiento de acuerdo a los criterios de ROMA III, Revista de Gastroenterología de México, Editorial Elsevier.

Salazar JG, González M, Colunga P. (2012), Trabajo, calidad de vida y salud. Estudio en usuarios de servicios sanitarios públicos en Guadalajara. Revista de Psiquiatría.;72(2):150.

Urzúa A, Caqueo, A. (2016) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica 2012; 30 (1): 61-71. DOI: 10.4067/S0718-48082012000100006

Valenzuela, E. (2008). Síndrome de Intestino Irritable (S.I.I): Nuevos Conceptos Sobre Una Antigua Enfermedad. Revista médica y Clínica, 19, (4), 353 – 359.

Vargas, J., Martínez, A., Rivas, J.(2017), Síndrome del intestino irritable y factores socioemocionales: ansiedad, depresión y calidad de vida, Recuperado de: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/78_sindr

ome_intestino_irritable_ansiedad_depresion_calidad_vida_factores_socioemocionales.pdf

Veitia G, Pernalete B, Cachima L, et al.(2013) Prevalencia del síndrome intestino irritable en la población adulta venezolana. Rev GEN 2013;67:139–44

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo R, Permanyer P, Quintana J, et al. (2017). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213911120050002000 07

Wilson N, Schey R. (2015), Lubiprostone in constipation: Clinical evidence and place in therapy. Therapeutic advances in chronic disease 2015;6(2):40-50. PMID: 25729555. DOI: 10.1177/2040622314567678

World Gastroenterology Organization, (2015), Síndrome de Intestino Irritable:una Perspectiva Mundial Recuperado de: http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-spanish-2015.pdf

Yamada E, Inamori M, Uchida E, Tanida E, Izumi M, Takeshita K, et al. (2014). Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan. Am J Gastroenterol 2014;109:1900–5.

11 ANEXOS

ANEXO Nº1: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0062 CCM-FSH-UNL

PARA: María José Vega Vélez.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de Agosto de 2017

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **"SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARREA DE MEDICINA DE LA UNL"**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo
NOT

ANEXO N2: INFORME DE PERTINENCIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0410 CCM-FSH-UNL

PARA: María José Vega Vélez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de Octubre de 2017

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARREA DE MEDICINA DE LA UNL",** de su autoría, de acuerdo al informe del Dr. Cristian Galarza, **es pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo
NOT

ANEXO Nº3: OFICIO DE ASIGNACIÓN DE DIRECTOR/A DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0411 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Cristian Galarza Sanchez
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de Octubre de 2017

ASUNTO: **DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha designado como Director de tesis, tema, **"T SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARREA DE MEDICINA DE LA UNL"**, autoría de la Srta. *María José Vega Vélez*.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinación Carrera de Medicina

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo
NOT

2017/11/7
8:15

ANEXO Nº4: AUTORIZACIÓN PARA EL TRABAJO INVESTIGATIVO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0535 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. María José Vega Vélez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustàn.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 24 de Noviembre de 2017

ASUNTO: **autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de comunicarle que, que esta Direccion autoriza la realización del Trabajo de Investigación: titulada **"SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNL"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Cristian Galarza Sánchez, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustàn.
DIRECTORA

Universidad Nacional de Loja
Coordinacion Carrera de Medicina

C.c.- Archivo

TereO

ANEXO N°5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La presente investigación es conducida por la estudiante de medicina, María José Vega Vélez, de la Universidad Nacional de Loja, la meta de este estudio es conocer si usted presenta o no la enfermedad denominada síndrome de intestino irritable y la relación que existe con su calidad de vida.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ con Cl_____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, habiendo sido informada/o de que la meta de este estudio es con fines investigativos en salud y didácticos.

Firma del Participante

ANEXO Nº5: CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO PARA SII

Cuestionario diagnóstico para Síndrome de Intestino Irritable
MARQUE UNA RESPUESTA

I. Datos generales	
1. Edad: _____ 2. Sexo • Femenino ( ) • Masculino ( ) 3. Estado civil • Soltero(a) ( ) • Unido(a) ( ) • Casado(a) ( ) • Separado(a) ( ) • Divorciado(a) ( ) • Viudo(a) ( )	
II. A. Criterios diagnósticos	
Preguntas	**Opciones de respuesta**
1. En los últimos 3 meses, ¿Ha sentido usted ***molestias o dolor*** en el abdomen?	0. No ( ) 1. Sí ( )
2. ¿Con qué frecuencia ha sentido usted las molestias o dolor?	1. Un día al mes ( ) 2. Dos o tres días al mes ( ) 3. Un día a la semana ( ) 4. Más de un día a la semana ( ) 5. Todos los días ( )
3. ¿El dolor o las molestias mejoran o desaparecen después de hacer las deposiciones?	0. No ( ) 1. Sí ( ) 2. Algunas veces ( )
6. Desde que comenzaron estas molestias, ¿Ha cambiado el número de veces que va usted al baño a defecar (ya sean más o menos)?	0. No ( ) 1. Sí ( )
7. Desde que comenzaron estas molestias, ¿Sus heces son más blandas, pastosas o liquidas?	0. No ( ) 1. Sí ( ) 2. Algunas veces ( )
8. Desde que comenzaron estas molestias, ¿Sus heces son más duras?	0. No ( ) 1. Sí ( ) 2. Algunas veces ( )

ANEXO Nº6: CUESTIONARIO SF-36 PARA CALIDAD DE VIDA

Cuestionario de Salud SF-36 sobre Calidad de Vida

MARQUE CON UNA X UNA SOLA RESPUESTA

1.	En general, usted diría que su salud es
a.	**Excelente ( )**
b.	**Muy buena ( )**
c.	**Buena ( )**
d.	**Regular ( )**
e.	**Mala ( )**
2.	¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:
a.	**Mucho mejor ahora que hace un año ( )**
b.	**Algo mejor ahora que hace un año ( )**
c.	**Más o menos igual que hace un año ( )**
d.	**Algo peor ahora que hace un año ( )**
e.	**Mucho peor ahora que hace un año ( )**
3.	Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

		Sí, me limita mucho	*Sí, me limita un poco*	*No, no me limita nada*
a.	**Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores**			
b.	**Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora**			
c.	**Coger o llevar la bolsa de la compra**			
d.	**Subir varios pisos por la escalera.**			
e.	**Subir un solo piso por la escalera.**			
f.	**Agacharse o arrodillarse**			
g.	**Caminar un kilómetro o más**			
h.	**Caminar varios centenares de metros**			
i.	**Caminar unos 100 metros**			
j.	**Bañarse o vestirse por sí mismo**			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

		Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Sólo alguna vez*	*Nunca*
a.	**¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?**					
b.	**¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?**					
c.	**¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?**					
d.	**¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas**					

(por ejemplo, le costó más de lo normal)?					
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?					
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Solo alguna vez*	*Nunca*
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
Nada	*Un poco*	*Regular*	*Bastante*	*Mucho*	
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					
No ninguno	*Sí, muy poco*	*Sí, un poco*	*Sí, Moderado*	*Sí, mucho*	*Sí, muchísimo*
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)					
Nada	*Un poco*	*Regular*	*Bastante*	*Mucho*	
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas. ¿con qué frecuencia….					
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Solo alguna vez*	*Nunca*
¿Se sintió lleno de vitalidad?					
¿Estuvo muy nervioso?					
¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					
¿Se sintió calmado y tranquilo?					
¿Tuvo mucha energía?					
¿Se sintió desanimado y deprimido?					
¿Se sintió agotado?					
¿Se sintió feliz?					
¿Se sintió cansado?					

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?				
Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Solo alguna vez*	*Nunca*

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases*:*					
	Totalmente cierta	*Bastante cierta*	*No lo sé*	*Bastante falsa*	*Totalmente falsa*
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy tan sano como cualquiera					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 7: TABLAS DE FRECUENCIA CRITERIOS ROMA III

Tabla N°1: Frecuencia del dolor/molestia abdominal en los docentes con síndrome de intestino irritable en los últimos 3 meses

Frecuencia del dolor/molestia abdominal		
	F	%
Un dia al mes	0	0,00%
Dos o tres días al mes	14	23,33%
Un dia a la semana	3	5,00%
Más de un dia a la semana	3	5,00%
Todos los días	0	0,00%
Total	20	33,33%

Fuente: *Cuestionario diagnóstico para Síndrome de Intestino Irritable*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

Tabla N°2: Cambios en la deposición de los docentes con síndrome de intestino irritable.

	No		**Si**		**Algunas Veces**	
	f	%	f	%	f	%
¿Dolor/molestias mejoran o desaparecen después de hacer la deposición?	1	1,67	12	20,00	7	11,67
¿Cambio en el número de veces que realiza la deposición?	7	11,67	13	21,66	0	0,00
¿Sus heces son más blandas, pastosas o líquidas?	12	20,00	5	8,33	3	5,00
¿Sus heces son más duras?	5	8,33	11	18,33	4	6,67

Fuente: *Cuestionario diagnóstico para Síndrome de Intestino Irritable*
Elaboración: *María José Vega Vélez*

ANEXO N° 8: CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN AL IDIOMA INGLÉS

English Speak Up Center

Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción del documento adjunto solicitada por la señorita **MARÍA JOSÉ VEGA VÉLEZ** con cédula de ciudadanía número **1150023958** cuyo tema de investigación se titula: **"SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS ROMA III Y CALIDAD DE VIDA EN DOCENTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center".

Esta es una traducción textual del documento adjunto, y el traductor es competente para realizar traducciones.

Loja, 15 de julio de 2019

Elizabeth Sánchez de Vélez

Mgs. Elizabeth Sánchez Burneo

DIRECTORA ACADÉMICA