



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL.
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.**

TITULO

Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con la depresión, ansiedad y la calidad de vida en familiar acompañante (cuidador primario) de pacientes crónicos que acuden a consulta externa de Medicina Interna CMN Siglo XXI

PROTOCOLO DE TESIS QUE PRESENTA:

Dr. JORGE EDUARDO SÁNCHEZ MORALES.

Para obtener el diploma en la especialidad en Medicina Interna.

ASESOR: DRA. ELSA ABURTO MEJÍA.

México, D.F.

FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

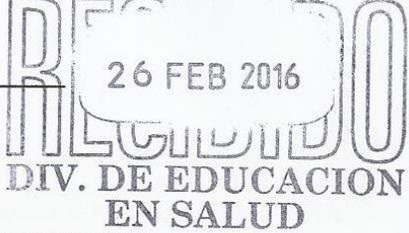


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DOCTORA

DIANA G. MENEZ DÍAZ.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

DOCTOR

MIGUEL GUILLERMO FLORES PADILLA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA.

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

DOCTORA

ELSA ABURTO MEJÍA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA.

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **13 CI 09 015 184** ante COFEPRIS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA **19/02/2016**

DRA. ELSA ABURTO MEJÍA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con la depresión, ansiedad y la calidad de vida en familiar acompañante (cuidador primario) de pacientes crónicos que acuden a consulta externa de Medicina Interna CMN Siglo XXI

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2016-3601-24

ATENTAMENTE

DR. (A) CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

	Página
Resumen.....	6
Marco teórico.....	8
Justificación.....	19
Planteamiento del problema.....	20
Preguntas de investigación.....	20
Objetivos.....	21
Hipótesis.....	22
Material y métodos.....	22
• Población.....	22
• Diseño del estudio.....	22
• Lugar donde se realizó.....	23
• Variables.....	23
• Criterios de inclusión.....	24
• Criterios de exclusión.....	24
• Criterios de eliminación.....	25
• Descripción del estudio.....	24
• Diagrama de flujo.....	26
Análisis estadístico.....	27
Aspectos éticos.....	27
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	28
Aspectos de bioseguridad.....	28

Resultados.....	29
Discusión.....	35
Conclusiones.....	38
Referencias bibliográficas.....	39
Anexos.....	
• Anexo 1. Consentimiento informado.....	48
• Anexo 2. Hoja de recolección de datos.....	51
• Anexo 3. Cuestionario Roma III, Escala de Bristol, Red Flags.....	52
• Anexo 4. Escala HADS.....	54
• Anexo 5. Cuestionario SF-36.....	56
• Anexo 5. Escala de Karnofsky.....	60

RESUMEN.

Título: Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con la depresión, ansiedad y la calidad de vida en familiar acompañante (cuidador primario) de pacientes crónicos que acuden a consulta externa de Medicina Interna CMN Siglo XXI

Antecedentes: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo que afecta a un gran porcentaje de la población mundial, a pesar de lo cual sigue siendo un trastorno poco diagnosticado. Dicha enfermedad afecta de manera importante la calidad de vida de quienes lo padecen, se relaciona con múltiples desordenes psiquiátricos y tiene repercusión económica importante por el número de visitas al médico y días laborales perdidos.

Objetivo: Identificar la presencia del síndrome de intestino irritable en familiar acompañante (cuidador primario) de pacientes crónicos que acuden a consulta externa de Medicina Interna CMN Siglo XXI, su asociación con ansiedad, depresión y el impacto que tienen en su calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y de prevalencia. Población de estudio: familiar acompañante (cuidador primario) de pacientes crónicos que asisten a consulta externa de Medicina Interna Centro Médico Nacional Siglo XXI durante enero y febrero 2016. Se les solicitara su consentimiento informado para la aplicación del cuestionario con los criterios de Roma III para SII, y el cuestionario de banderas rojas para descartar la presencia de enfermedad orgánica. En quienes se descarta enfermedad crónica, se procederá a realizar una serie de cuestionarios: para determinar el subtipo de SII (escala de Bristol), la presencia de ansiedad y depresión (HADS) y el grado de calidad de vida (SF-36). Con los datos obtenidos se realizara el análisis descriptivo de la población utilizando medidas de tendencia central tanto de los datos demográficos como de los síntomas de SII.

Resultados: del total de la población estudiada (287 pacientes), 47 pacientes (16.37%) cumplieron con los criterios de Roma III, descartándose 13 pacientes (27.6%) por presentar enfermedad orgánica según el cuestionario de Red Flags. Por lo tanto, se encontró el diagnóstico de SII en 34 pacientes (11.84 %), no atribuible a otra condición orgánica. El subtipo más frecuente de SII fue el mixto (85.20%). De la dieta, los alimentos con mayor consumo frecuente fueron las bebidas gaseosas (91.2%), el picante (82.4%) y el chocolate (73.5%). De acuerdo al cuestionario HADS se encontró la presencia de ansiedad en 3 pacientes (8.8%) y de depresión en 3 pacientes (8.8%). Se encontró una relación inversamente proporcional entre la percepción de salud general y el grado de dolor corporal referido.

Conclusión: La prevalencia de SII en una población rural de consulta externa de Medicina Interna es menor a la reportada en la literatura mundial, así como la prevalencia de ansiedad y depresión en estos paciente también resultó ser menor que lo reportado para la población con SII. El principal factor de impacto en la calidad de vida fue la percepción del dolor, sin embargo no se determinó si éste estaba en relación al SII o a las comorbilidades asociadas. Los pacientes con SII tienen dietas con alto consumo en bebidas gaseosas, picante y chocolate, con un bajo consumo de fibra.

Palabras clave: Intestino Irritable, ansiedad, depresión, cuidador primario.

1. Datos del alumno	
Apellido paterno	Sánchez
Apellido materno	Morales
Nombre (s)	Jorge Eduardo
Teléfono	(044 55) 6414 61 18
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o Escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Medicina Interna
Número de cuenta	30359362-3
2. Datos del asesor	
Apellido paterno	Aburto
Apellido materno	Mejía
Nombre (s)	Elsa
3. Datos de la tesis	
Título	Síndrome de Intestino Irritable y su asociación con la depresión, ansiedad y la calidad de vida en familiar acompañante (cuidador primario) de pacientes crónicos que acuden a consulta externa de Medicina Interna CMN Siglo XXI
Subtítulo	No cuenta
Número de páginas	60
Año	2016
Número de registro	R—2016-3601-24

MARCO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos funcionales digestivos (TFDS) son un conjunto de desórdenes con una alta prevalencia a nivel mundial. Tienen un alto impacto negativo en la calidad de vida asociada a la salud y generan grandes costos derivados de las múltiples visitas médicas, exámenes de laboratorio y gabinete, así como días laborales perdidos ⁽¹⁻²⁾. Son enfermedades crónicas y comunes en la práctica clínica, afectan todo el tracto digestivo y abarcan aproximadamente el 40% de todos los diagnósticos gastrointestinales. De los trastornos funcionales digestivos, uno de los más frecuentes es el síndrome de intestino irritable (SII). Esta enfermedad tiene un curso crónico y recurrente y aunque benigno, afecta la calidad de vida en grado variable ⁽³⁾.

El Síndrome de Intestino irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal muy común en el mundo occidental, cuya frecuencia ha sido señalada en el rango de 5% a 25% en poblaciones occidentales y del 2% al 19% en poblaciones orientales, de acuerdo con los criterios utilizados, pero las causas que lo originan y su mecanismo fisiopatológico aún no se conoce con exactitud ^(4,5). Se considera el principal motivo de referencia al gastroenterólogo (aproximadamente 50% de las consultas). Es más frecuente en mujeres que en hombres y su prevalencia es menor en individuos mayores de 50 años en comparación con los que se encuentran por debajo de dicha edad ⁽³⁾.

La prevalencia del SII en México se ha investigado principalmente en 3 estudios en el periodo comprendido entre los años de 2006 a 2008, en los cuales se utilizaron los criterios de Roma II. Estos estudios realizados en nuestro país han manifestado una frecuencia que varía del 16% al 35.5% ⁽⁶⁾. En el estado de Veracruz se realizó un estudio

con población abierta donde se encontró una prevalencia de 16.7%⁽⁷⁾, mientras que en el estado de Tlaxcala fue de 16%⁽⁸⁾. En otro estudio realizado en el Distrito Federal en voluntarios universitarios, se evidenció una prevalencia de 35.5%⁽⁹⁾.

En dichos estudios se analizó la prevalencia según los distintos subtipos de SII: subtipo diarrea, subtipo estreñimiento o mixto. En el primer estudio realizado en el estado de Veracruz se encontró una prevalencia de SII se encontró una mayor frecuencia de SII-E (50.0%), seguido por SII-D (30.0%) y SII-A (20.0%)⁽⁷⁾. En el estudio de Tlaxcala se evidenció una mayor frecuencia del subtipo alternante (SII-A: 44.0%), seguido por el subtipo estreñimiento (SII-E: 41.0%) y finalmente SII-D: 15.0%⁽⁸⁾. En el tercer estudio de observó predominio del subtipo de estreñimiento (SII-E 40.0%) sobre el de diarrea (SII-D 32.1%)⁽⁹⁾.

Recientemente otro estudio multicéntrico realizado ahora con los criterios de Roma III en pacientes del medio particular, analizó la frecuencia relativa y las características clínicas de los diversos subtipos de SII encontrando que el más frecuente era el de tipo mixto (48.4%) seguido del subtipo estreñimiento (43.0%). También se encontró que Todos los subtipos tienen mayor predominio de mujeres aunque el SII-D tiene mayor probabilidad que los demás, de presentarse en hombres⁽⁶⁾.

DIAGNÓSTICO DE SII

A pesar de ser uno de los trastornos gastrointestinales más comunes en la práctica clínica, continúa siendo un reto diagnóstico importante⁽³⁾. Los protocolos de investigación clínica publicaron en consenso una definición para el diagnóstico de SII en 1992, nombrada como los criterios de Roma, siendo revisados en su última actualización en el

2005 llamándosele criterios de Roma III. El diagnóstico debe basarse en datos clínicos, utilizando los síntomas que incluyen los criterios de Roma III, a menos que los síntomas sean atípicos ^(10, 11).

Actualmente se considera que el diagnóstico debe ser positivo y no de exclusión. Esto quiere decir que podemos realizar el diagnóstico sin necesidad de mayores estudios si se cumplen los criterios clínicos en ausencia de datos de alarma. Estos criterios clínicos tienen una sensibilidad del 70.7% y una especificidad del 87.8% y un valor predictivo positivo cercano al 100% y se encuentran validados en México para nuestra población ⁽¹²⁾.

El SII puede presentarse con una serie de síntomas gastrointestinales y extra intestinales, sin embargo, la característica primaria del SII es el complejo sintomatológico de dolor abdominal crónico y alteraciones del hábito intestinal ⁽³⁾. Estos síntomas varían en severidad y tienen efectos negativos en la calidad de vida de quienes los padecen. Entre otros síntomas gastrointestinales se encuentra la distensión, disfagia, saciedad temprana, dispepsia intermitente, náusea, y dolor torácico no cardíaco ⁽¹³⁻¹⁸⁾.

Entre los síntomas extra intestinales se reportan síntomas psiquiátricos, especialmente depresión mayor, ansiedad y trastornos somatomórfos ⁽¹⁹⁻²¹⁾. De los síntomas no psiquiátricos mejor documentados están la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, el trastorno de la articulación temporo-mandibular y el dolor pélvico crónico. Algunas otras manifestaciones pueden ser asma, síntomas de dolor cerebral como la cefalea primaria ⁽²²⁻²⁴⁾. En otras series se ha reportado la siguiente frecuencia de síntomas extra intestinales: cefalea (23-45%), dolor de espalda (27-81%), fatiga (36-63%), mialgias (29-36%), dispareunia (9-42%), frecuencia urinaria (21-61%), y mareo (11-27%) ⁽²⁵⁻²⁶⁾.

En la actualidad, los criterios de Roma III son el estándar de oro para el diagnóstico de SII. El SII se ha definido como dolor abdominal recurrente o malestar asociado con alteración en la defecación ⁽³⁾. Como se comentó anteriormente, estos criterios han sido revisados y adaptado a nuestro idioma y población (Cuadro 1) ⁽¹²⁾.

Cuadro 1. Criterios de Roma III
Dolor o malestar abdominal recurrente durante por lo menos 3 días al mes y en los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de lo siguiente:
1. Mejoría de síntomas al evacuar intestino
2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones.
3. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las evacuaciones
Estos criterios deben cumplirse en los últimos tres meses, con síntomas que iniciaron al menos > o = a 6 meses previos al diagnóstico.
Nota: <i>en la práctica clínica estos criterios son un referente, pero su mayor utilidad es para la realización de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y estudios de mecanismo fisiopatológicos.</i>

Adaptado de Remes-Troche JM, *et al.* Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable ⁽²⁷⁾

Los pacientes con SII son agrupados en diferentes subtipos (Cuadro 2), basados en la consistencia predominante de las heces ^(3, 27).

Cuadro 2. Subtipos de SII de acuerdo al patrón de las evacuaciones
1. SII con estreñimiento (SII-E): heces sólidas o en escíbalos en $\geq 25\%$ y heces líquidas o semiformadas en $<25\%$ de los movimientos intestinales.
2. SII con diarrea (SII-D): heces líquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ y heces sólidas o en escíbalos en $<25\%$ de los movimientos intestinales
3. SII mixto (SII-M): heces sólidas o en escíbalos en $\geq 25\%$ y líquidas o semiformadas en $\geq 25\%$ de los movimientos intestinales.
4. SII no clasificable: anormalidad insuficiente de la consistencia de las heces para cumplir criterios con SII-E, SII-D o SII-M.
<ul style="list-style-type: none"> • El término “SII alternante” (SII-A) se reserva para esos individuos cuyo hábito intestinal varía en el tiempo, por ejemplo, en algunos momentos se clasifican como SII-E y en evaluaciones subsecuentes como SII-D y viceversa.

Adaptado de Remes-Troche JM, *et al.* Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable⁽²⁷⁾

Con la finalidad de darle mayor objetividad a la evaluación de la consistencia de las heces, se ha propuesto utilizar la escala de forma de las evacuaciones de Bristol. Esta escala permite que exista un acuerdo entre el paciente y el médico (Cuadro 3)⁽²⁷⁾. De acuerdo a esta escala las formas 1 y 2 sugieren estreñimiento y las formas 6 y 7 diarrea. En un estudio recientemente realizado en nuestro país, se ha considerado que la población normalmente tiene evacuaciones que tienen las formas 3, 4 y 5^(27, 43).

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Otros síntomas asociados que apoyan el diagnóstico pero no son parte de los criterios de Roma III incluyen: frecuencia anormal de las evacuaciones, forma anormal de las evacuaciones, esfuerzo evacuatorio, urgencia o tenesmo, evacuaciones con moco y distensión ⁽²⁸⁾.

Lo más importante es la detección precisa de los síntomas y su dinámica, así como los datos de alarma y la exclusión de otras causas relevantes. Los pacientes son primero identificados con un complejo de síntomas compatibles con SII basado en los criterios de Roma III. Si el paciente con síntomas sugerentes de SII no presenta datos de alarma o tiene una historia familiar negativa para cáncer colorectal, un número limitado de estudios diagnósticos se requieren para excluir alguna causa orgánica en la mayoría de los pacientes. Este limitado abordaje diagnóstico excluye la presencia de enfermedad orgánica en más del 95% de los pacientes ⁽²⁹⁻³¹⁾. Los exámenes rutinarios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea) son normales en el SII ^(29, 32-37).

DATOS DE ALARMA O “BANDERAS ROJAS”

En presencia de datos de alarma o síntomas atípicos que no son compatibles con SII, es importante excluir otras causas. Los síntomas de alarma tienen una alta especificidad para la presencia de enfermedad maligna o inflamatoria. La hematoquezia, el dolor abdominal nocturno o progresivo, la pérdida de peso, la anemia y otras anomalías de laboratorio como la elevación de los marcadores inflamatorios o alteraciones electrolíticas, una historia familiar de cáncer colorectal, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad celiaca, son a menudo asociados con enfermedad orgánica ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Por lo tanto, se sugiere la exclusión de los siguientes datos de alarma ⁽²⁷⁾:

- Edad de inicio de síntomas o cambios en el hábito intestinal en pacientes mayores de 50 años de edad.
- Pérdida ponderal involuntaria más de 10% en 6 meses.
- Historia familiar de malignidad gastrointestinal.
- Fiebre.
- Hematoquezia.
- Diarrea asociada a deshidratación grave.
- Asociación con artritis, lesiones cutáneas, linfadenopatía, masa abdominal, síntomas nocturnos, anemia, leucocitosis o velocidad de sedimentación globular prolongada, o sangre oculta en heces positiva ^(41, 42).

(Nivel de evidencia IV, recomendación grado C)

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia del SII es compleja y no totalmente bien comprendida. El SII puede ser mejor conceptualizado como el resultado de complejas interacciones de un número de factores como una anomalía en la motilidad colónica, hipersensibilidad visceral e incremento en la percepción del dolor ^(44,45), inflamación de bajo grado incluyendo mastocitos ⁽⁴⁶⁾, intolerancia a la dieta ⁽⁴⁷⁾, alteración de la microbiota, anomalías en el sistema nervioso autónomo ^(48,49) y estrés ^(50,51).

SII Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La hipótesis de la hiperreactividad del eje cerebro-intestino describe un modelo bidireccional entre el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso entérico, uniendo las áreas cognitivas y emocionales en el sistema nervioso con los estímulos viscerales aferentes y la función del intestino ^(52,53). Con la información actual, se ha demostrado que el SII es causado por una desregulación en el eje cerebro-intestino, involucrándose vías neuronales, endocrinológicas y neuro inmunes que son afectadas y en ocasiones interrumpidas por factores ambientales y psicosociales, incluyendo eventos de la vida cotidiana o estresores físicos (infección/inflamación) ^(54,55).

La comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y SII está bien documentada. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con SII es alta, encontrándose alguna comorbilidad psiquiátrica en aproximadamente 60% de los pacientes diagnosticados ⁽⁵⁶⁾. De los resultados de algunos estudios controlados aleatorizados, se encontró que hasta el 44% de los pacientes con SII presentan alguna comorbilidad

psiquiátrica ⁽⁵⁷⁾. Estas altas tasas de comorbilidad se encontraron en pacientes vistos en centros de referencia, y aún permanece incierto si estas tasas de desórdenes psiquiátricos son tan altas en aquellos en quienes no acuden a consulta o si estos datos aplican exclusivamente a aquellos que han buscado tratamiento ⁽⁵⁸⁾. A pesar de lo anterior, hay una cantidad creciente de evidencia que sostiene una asociación entre las alteraciones psicológicas, estrés ambiental y SII.

En un estudio se demostró que el estrés psicosocial fue significativamente asociado con la presencia de algún trastorno funcional digestivo, a pesar de que esto no se explicaba por la utilización de servicios de salud ⁽⁵⁹⁾. Estudios realizados en estudiantes universitarios han remarcado el rol de la depresión y la ansiedad en predecir el estatus de SII ⁽⁶⁰⁾, y en sujetos de la comunidad, la depresión, ansiedad, trastornos del sueño y síntomas somáticos tales como cefalea, lumbalgia fueron más frecuentemente asociados a SII independientemente de otras variables como la edad, el sexo, el nivel de educación, estado civil, tabaquismo, consumo de alcohol e índice de masa corporal ⁽⁶¹⁾. En un estudio aleatorizado diseñado para investigar la prevalencia, comorbilidades y asociaciones de riesgo para SII y trastorno de ansiedad generalizada en la población general demostró que aproximadamente uno de cada 6 personas con SII en la comunidad tenían trastorno de ansiedad generalizada concomitante que se agregó a la severidad y a la discapacidad por SII, también asociada con síntomas depresivos centrales ⁽⁶²⁾. Otros estudios han demostrado que los pacientes con SII u otros trastornos funcionales digestivos tienden a tener trastornos funcionales adicionales en varios órganos y sistemas, requiriendo el doble de visitas al médico que los pacientes que no los padecen ⁽⁶³⁾. Por lo tanto, las implicaciones para la economía de la salud son significativas: los pacientes con SII incurren sustancialmente en mayores costos de salud

que quienes no lo padecen, y el 66% de estos costos extras con para síntomas no gastrointestinales, principalmente para las comorbilidades psiquiátricas ⁽⁶⁴⁾.

Datos de anormalidades psiquiátricas se han registrado en aproximadamente 80% de los pacientes con SII, especialmente en centros de referencia, sin embargo no hay un trastorno psiquiátrico predominante.

En México, Cruz Ruíz y colaboradores demostraron que la ansiedad o la depresión están presentes en por lo menos la mitad de los pacientes con SII y aunque no están considerados como criterios diagnósticos, es importante valorar su asociación. Además, otros autores encontraron que los pacientes que presentan ansiedad o depresión tienen síntomas del SII durante más días a la semana en comparación con aquellos que no tienen estos rasgos psicológicos, con el consecuente decremento en su rendimiento físico y mental ⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾. El género femenino ha mostrado mayor relación con ansiedad y depresión ⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾.

SII Y CALIDAD DE VIDA

En México, un estudio realizado por Huerta y colaboradores documentó que existe disminución en la calidad de vida en pacientes con SII al ser comparados con la población general. Según una encuesta realizada a 63 012 sujetos, los pacientes con SII con predominio de estreñimiento (SII-E) tienden a tomar menos alcohol (55% vs. 65%, $p = 0.05$), a realizar menos ejercicio (5.8 vs. siete días al mes, $p = 0.05$) tener peor desempeño físico y mental que los controles.

En México, Fosado-Gayoso y cols realizaron un estudio en el que incluyeron 192 pacientes con SII de acuerdo a los criterios de Roma III en los que encontraron ansiedad en el 86%, sin asociarse con algún subtipo en particular. Estos pacientes con ansiedad igualmente tuvieron una menor calidad de vida en las tres categorías de salud física, mental y cambio en el estado de salud respecto a los que no tenían ansiedad

Se han realizado diversos estudios sobre SII y su relación con síndrome psiquiátricos y el impacto en la calidad de vida. En un estudio realizado a estudiantes universitarios en China demostró una prevalencia de SII del 8.34%, con predominio del género femenino y con los factores ansiedad y depresión generando un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. En Arabia Saudita, un estudio realizado a internos y estudiantes de medicina evidenció una prevalencia del 31.8%, teniendo como principal factor predictor el género femenino seguido de la presencia de ansiedad. Otro estudio realizado en estudiantes de medicina en Malasia utilizando los criterios Roma I encontró una prevalencia de 15.8%, predominando el subtipo de estreñimiento.

El cuestionario sobre calidad de vida SF-36 en español (versión México), es un instrumento genérico que permite evaluar la calidad de vida en poblaciones de adultos. Contiene 36 preguntas que engloban ocho categorías de salud: función física (FF), limitación por problemas físicos (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), limitación por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Se califican de 0 a 100, en donde a mayor calificación, mejor calidad de vida. A su vez, estas categorías se agrupan en dos sub-escalas generales: salud física (SF) y salud mental (SM), y una pregunta que refiere el cambio en el estado de salud respecto al año anterior (CES). En la población general se han determinado con valores promedio de 50 y desviación estándar de 10. Esta encuesta ha sido validada para la población hispana ⁽⁶⁹⁾.

Uribe (2006)(2) refiere: el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental. La hipótesis de reflexión consiste en: como afirma Uribe (2006), si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de buena calidad.

Astudillo, et. al. (2008)(10), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.

JUSTIFICACIÓN

Hasta ahora, en nuestro país se han realizado algunos estudios sobre prevalencia, en los que se han utilizado diferentes criterios diagnósticos, tanto los de ROMA II como los de ROMA III, como se menciona en los antecedentes se ha relacionado el SII con el estrés, y ser el cuidador primario de pacientes crónicos conlleva un alto nivel de estrés físico y emocional por lo que consideramos se requieren valoraciones integrales al mismo para evaluar su bienestar y con ello garantizar el cuidado de calidad al enfermo crónico. El SII

se relaciona con depresión, ansiedad y decremento en la calidad de vida que puede impactar además del que lo padece en las atenciones brindadas al enfermo crónico y con ello en su adecuado control. Hay pocos estudios en los que se tome en cuenta la red de apoyo del enfermo crónico como factor para su adecuado control.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo, aproximadamente del 10-20% de los adultos y adolescentes tienen síntomas consistentes con SII, mostrando una mayor preferencia por el sexo femenino. Estos síntomas tienden a ir y venir durante el curso de la enfermedad y pueden asociarse a otros padecimientos (cefalea, lumbalgia, etc). La severidad de los síntomas varía y puede impactar de manera significativa en la calidad de vida de quienes lo padecen. A pesar de esta alta prevalencia en la población general y del impacto que puede llegar a tener en la vida de las personas, continúa siendo una entidad poco diagnosticada. Hasta el momento no hay estudios específicos en la población propuesta. Se ha relacionado de manera importante la presencia de SII con trastornos psiquiátricos y aunque no hay alguno que se relacione más que otro, la depresión y la ansiedad pueden encontrarse en estos pacientes en hasta 80% de los casos. Considerando el factor estrés y ansiedad, se deberá estudiar que prevalencia tienen en los pacientes con SII dentro de este grupo.

PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es la prevalencia de SII en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en el Hospital de Especialidades CMN SXXI?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI?
2. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad en pacientes con diagnóstico SII en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI?
3. ¿Cuál es la calidad de vida física y mental en pacientes con diagnóstico de SII en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI?

OBJETIVO

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de síndrome de intestino irritable en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI.
- Determinar la prevalencia de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI.

- Determinar el nivel de calidad de vida que presentan cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI.

HIPÓTESIS

- Hipótesis nula

La prevalencia de síndrome de intestino irritable en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI es igual a la prevalencia reportada en la literatura para la población general.

- Hipótesis alterna

La prevalencia de síndrome de intestino irritable en cuidadores primarios de pacientes crónicos que asisten a consulta a Medicina Interna en Hospital de Especialidades CMN SXXI es mayor que la reportada en la población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

Se evaluó a todos los cuidadores primarios de pacientes crónicos (que aceptaron participar en el estudio), hombres y mujeres mayores de 18 años que acudieron a la consulta externa del Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Diseño del estudio:

Observacional, transversal, descriptivo y de prevalencia.

Lugar dónde se realizó el estudio:

Consulta externa del Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION	
EDAD	Años de vida	Años de vida desde el nacimiento hasta la actualidad	Intervalo	Números arábigos
GENERO	Sexo fenotípico	Sexo fenotípico (Caracteres sexuales externos)	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
DIETA IRRITANTE			Nominal dicotómica	1, Si 2, No
ESCALA DE ROMA III	ANEXO 3	LO MISMO	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
SUBTIPO	ANEXO 3	LO MISMO	Nominal	1. SII-E 2. SII-D 3. SII-M 4. SII No clasificable
ESCALA RED FLAGS	ANEXO 3	LO MISMO	Nominal dicotomica	1. Sin enfermedad organica 2. Con enfermedad organica

ESCALA DE BRISTOL	ANEXO 3	LO MISMO	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo 1 2. Tipo 2 3. Tipo 3 4. Tipo 4 5. Tipo 5 6. Tipo 6 7. Tipo 7
ESCALA DE HADS	ANEXO 3	LO MISMO	NOMINAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad 2. Depresión
CALIDAD DE VIDA SF-36	ANEXO 3	LO MISMO	Intervalo	Números arábigos de 0 al 100

Cuidador primario: Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo crónico.

Enfermo crónico: Paciente portador de enfermedad crónico degenerativa con Karnofsky igual o menos a 50. (Anexo 6)

Criterios de inclusión

- Ser cuidador primario de pacientes crónicos que asisten a consulta externa de Medicina Interna Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.
- Edad mayor de 18 años.
- Aquellos que acepten participar en el estudio y firmaron la hoja de consentimiento informado
- Aquellos que contesten más del 80% de las preguntas evaluadas.

Criterios de exclusión

- Quienes cursan con enfermedad severa o inestable de cualquier órgano o sistema.

- Quienes no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- Aquellos que cumplieron con 7 o más ítems del cuestionario de “Red flags”, confirmándose la presencia de un trastorno orgánico.

Descripción del estudio

- ❖ Se invitó a participar a todos los acompañantes de pacientes crónicos que cumplieron con el criterio de cuidador primario que asistieron a la consulta externa de Medicina Interna en el Hospital de Especialidades CMN SXXI. Durante los meses del 01 de enero al 15 de febrero del 2016.
- ❖ Se firmó la hoja de consentimiento informado para su participación.
- ❖ A aquellos que aceptaron participar, se les aplicó el cuestionario de Roma III para diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.
- ❖ Aquellos que cumplieron con los criterios de SII, se les aplicaron las siguientes escalas y cuestionarios:

-Escala de Bristol, para clasificar el subtipo de SII.

-Evaluación de “Red flags”, para identificar enfermedad orgánica

- La presencia de 7 o más ítems presentes se consideró positivo para enfermedad orgánica

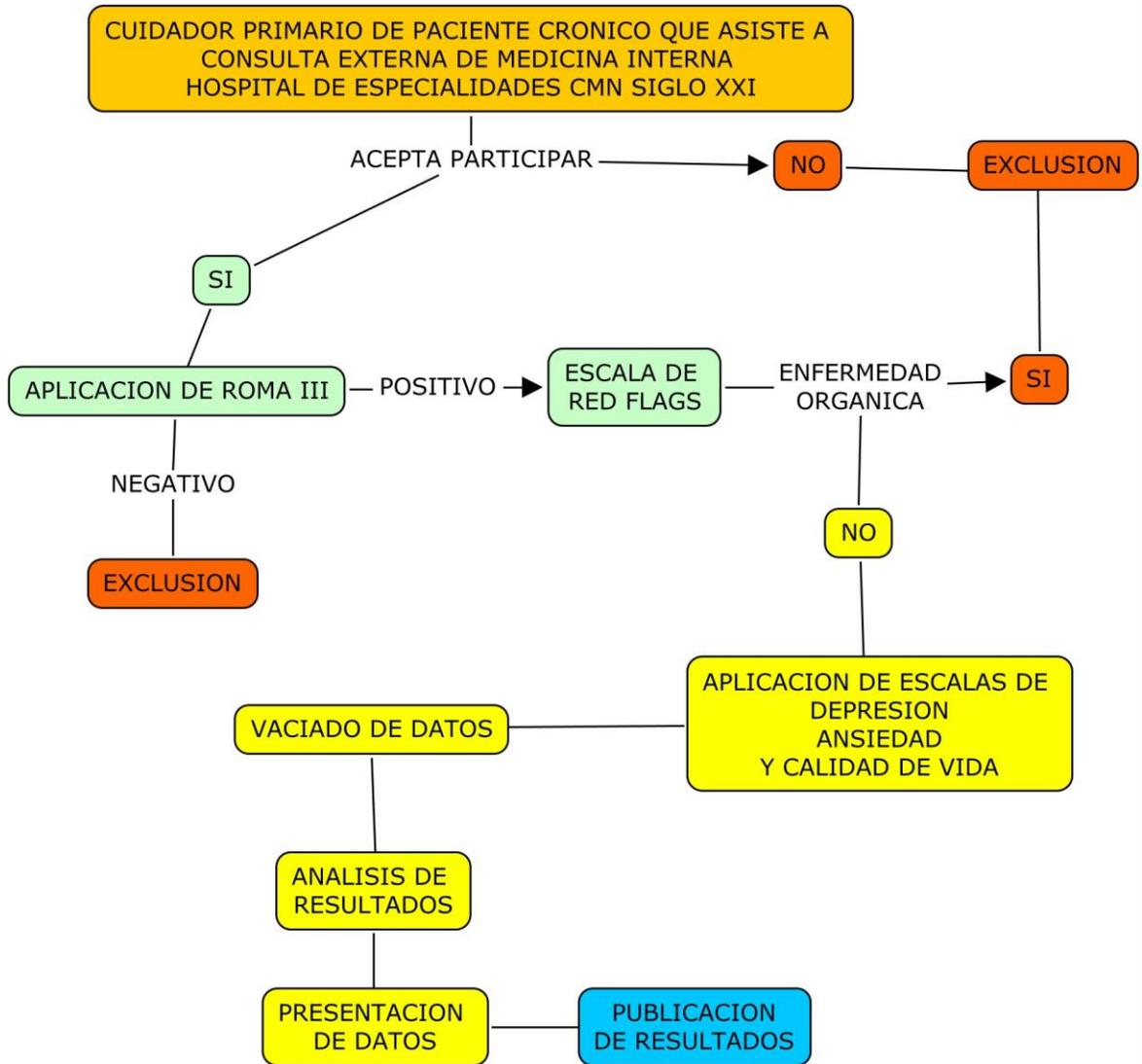
-Escala HADS de depresión y ansiedad (rango de puntuación global de 0 a 42)

- Ítems pares para depresión (rango de puntuación de 0 a 21)
- Ítems impares para ansiedad (rango de puntuación de 0 a 21)
- Puntos de corte para cada subescala: 0 – 7 normal, 8 – 10 dudoso, mayor o igual a 11 problema clínico significativo.

-Cuestionario SF-36 para evaluación de la calidad de vida

- Rango de puntuación de 0 a 100, siendo éste último el mayor puntaje para calidad de vida en cada uno de los ítems evaluados.

DIAGRAMA DE FLUJO



Análisis estadístico:

A partir de los datos obtenidos, se realizó el análisis descriptivo de la población utilizando medidas de tendencia central tanto de los datos demográficos como de los síntomas de SII.

ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio se condujo bajo estricto apego a lo establecido en la legislación sanitaria mexicana vigente en materia de investigación clínica, la Declaración de Helsinki, así como a lo establecido en los acuerdos de las buenas prácticas clínicas y de fármaco-epidemiología vigentes al nivel mundial. Todos los participantes fueron incluidos previa firma del consentimiento informado (Anexo 1). Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Se utilizaron en la investigación los siguientes recursos:

Humanos:

1. Un médico realizador del proyecto.
2. Un asesor del proyecto.

Materiales y físicos:

1. Copias del cuestionario Roma III, escala de Bristol y Red Flags (Anexo 3)
2. Copias del cuestionario HADS (Anexo 4)
3. Copias del cuestionario SF-36 (Anexo 5)
4. Cartas de consentimiento informado (Anexo 1).
5. Copias de la hoja de datos de recolección (anexo 2)
6. Plumas lápices.
7. Libreta de registro.
8. Una computadora con Office (Word y Excel)
9. Hojas blancas.
10. Paquete estadístico SPSS versión 12.
11. Un consultorio con mesa de trabajo y luz suficiente.

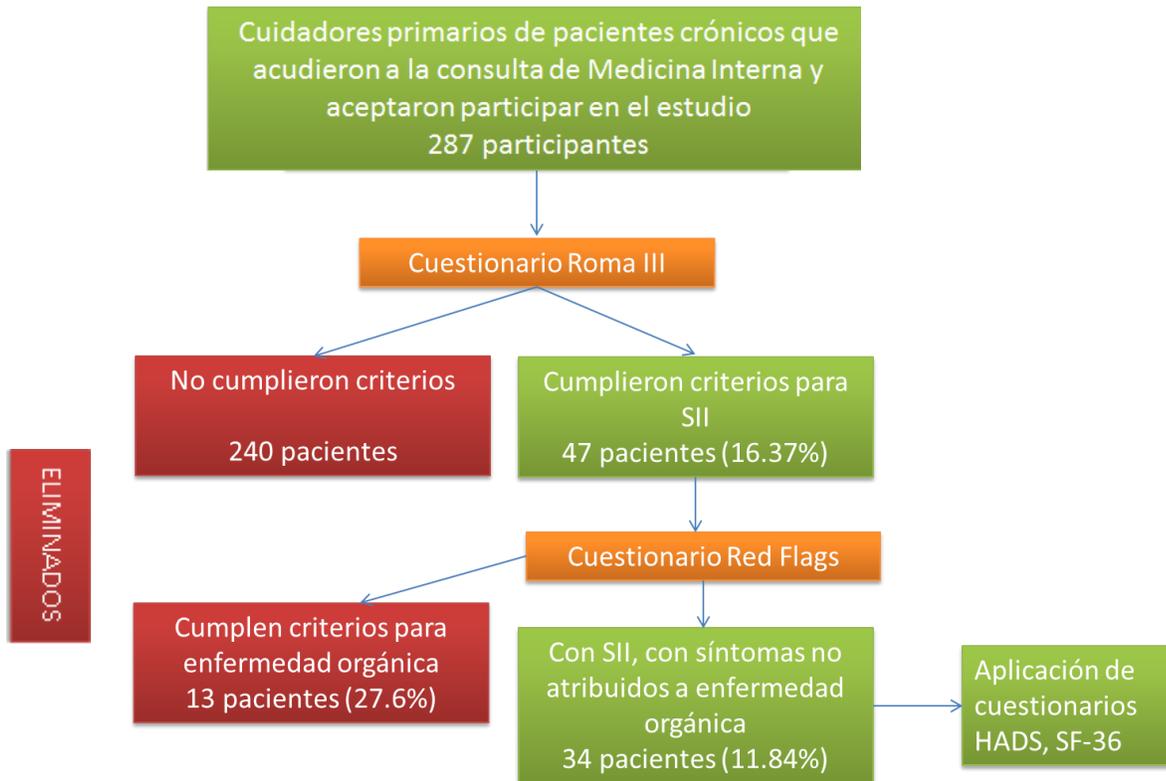
Financiamiento del proyecto.

El financiamiento del estudio fue asumido por el investigador.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplica

RESULTADOS



Se incluyó a todos los cuidadores primarios de pacientes crónicos que aceptaron colaborar en el estudio, que acudieron a la consulta externa de medicina interna del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI (287 pacientes), de los cuales 47 pacientes (16.37%) cumplieron con los criterios de Roma III para el diagnóstico de Síndrome Intestino Irritable. De estos, 13 pacientes (27.6%) se descartaron por presentar enfermedad orgánica según el cuestionario de Red Flags. Por lo tanto, del total de los participantes, se encontró el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable en 34 pacientes (11.84%), en quienes los síntomas no se atribuían a alguna otra enfermedad orgánica.

De estos pacientes que cumplieron los criterios de SII, se describen a continuación las características de la población:

Género		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	5	14.7
Mujeres	29	85.3

La población presentó una edad promedio de 42.88 años, con ES de 1.958

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado	21	67.6
Soltero	3	20.6
Unión libre	8	5.9
Viudo	1	2.9
Divorciado	1	2.9

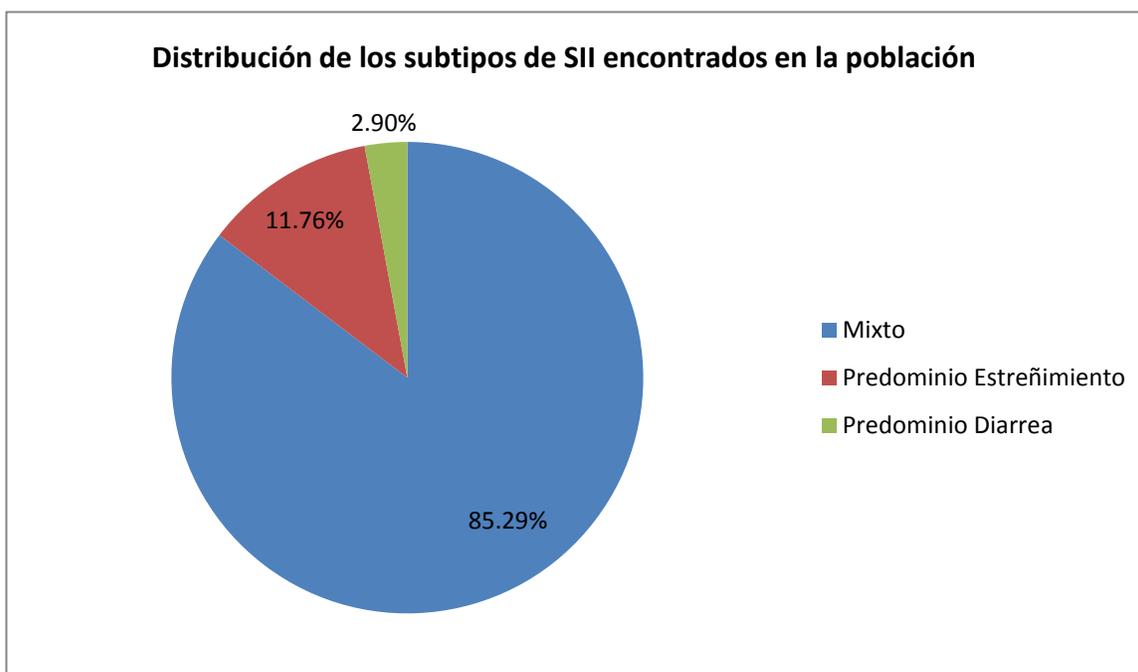
En relación a la ocupación de los participantes, 23 de ellos (67.6%) se dedicaba al hogar, mientras que el resto tenía algún tipo de empleo o eran económicamente activos. En cuanto a la religión que profesan los participantes, 22 pacientes (64.7%) dijeron ser católicos, 6 (17.6%) adventistas y 5 (14.6%) pertenecientes a otras religiones.

En cuanto al nivel de estudios, se encontró lo siguiente:

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	11	32.5
Primaria	16	47.1
Secundaria	4	11.8
Bachillerato	2	5.9
Licenciatura	1	2.9

En relación al hábito tabáquico, 3 pacientes (8.8%) dijeron consumir o haber consumido tabaco; mientras que 31 (91.2%) mencionaron no haberlo consumido. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas el 20.6% de la población refirió consumirlas.

De acuerdo al subtipo de SII que presentaron, se encontró que el más prevalente fue el mixto encontrado en 29 pacientes (85.29%), seguido del subtipo predominio estreñimiento con 4 pacientes (11.76%) y el predominio diarrea con 1 paciente (2.9%).

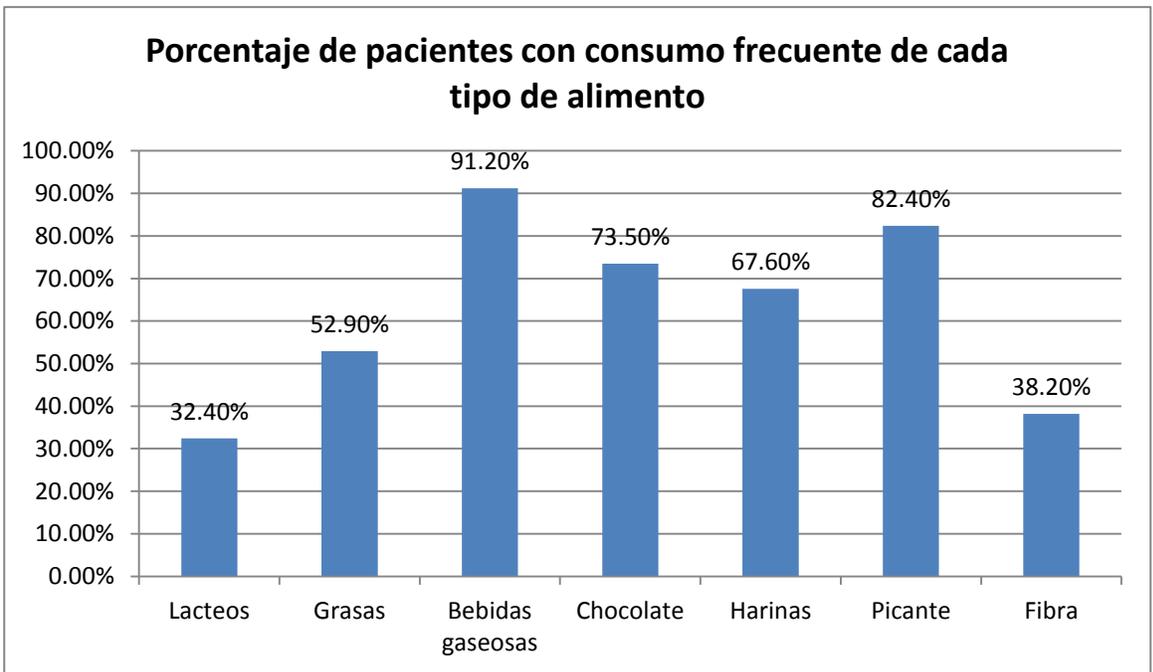


En cuanto al grado de actividad de la enfermedad al momento del cuestionario, se encontró lo siguiente:

Actividad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Activo	11	32.4
No activo	23	67.6

De acuerdo a los hábitos alimenticios, se clasificó como consumo frecuente aquel consumo mayor o igual a 2 días a la semana de cada uno, encontrándose los siguientes resultados:

Tipo de alimento	Frecuencia	Porcentaje de pacientes con consumo frecuente (%)
Lácteos	11	32.4
Grasas	18	52.9
Bebidas gaseosas	31	91.2
Chocolate	25	73.5
Harinas	23	67.6
Picante	28	82.4
Fibra	13	38.2



Para encontrar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, se aplicó el cuestionario HADS para ansiedad y depresión, lo cual arrojó los siguientes resultados:

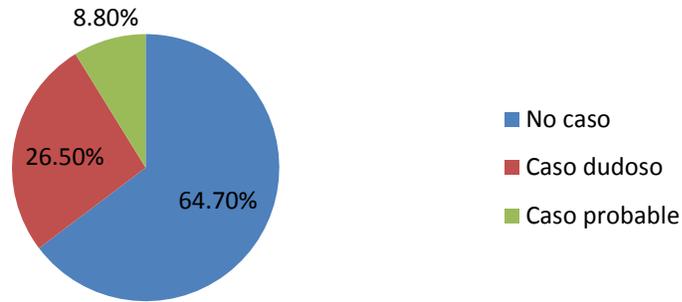
HADS Ansiedad

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
No caso	22	64.7
Dudoso	9	26.5
Probable caso	3	8.8

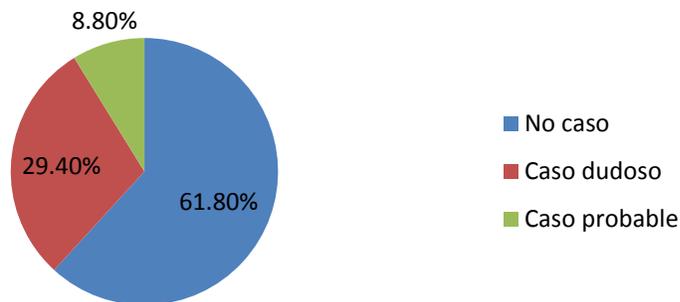
HADS Depresión

Depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
No caso	21	61.8
Dudoso	10	29.4
Probable caso	3	8.8

Clasificación de los pacientes de acuerdo al cuestionario HADS para ansiedad



Clasificación de los pacientes de acuerdo al cuestionario HADS para depresión



Se aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36 en sus 8 apartados distintos, encontrándose los siguientes resultados en la población general:

	Media	E.S.
Función física	77.794	2.9189
Rol físico	74.559	3.1550
Dolor corporal	70.368	3.7794
Salud general	72.029	3.1384
Vitalidad	72.971	2.7832
Función social	71.941	3.0660
Rol emocional	71.912	4.6202
Salud mental	76.147	2.4125

Al realizarse la correlación entre el estado de salud general y las demás variables de la escala, se encontró una relación inversamente proporcional entre la percepción de salud general y el grado de dolor corporal referido por los pacientes.

DISCUSIÓN

Se encontró que, del total de cuidadores primarios de pacientes crónicos que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna, el 11.84% cumplían con los criterios para Síndrome de Intestino Irritable, sin que los síntomas fuesen atribuidos a alguna otra condición orgánica. Esta prevalencia encontrada es menor a la reportada en la literatura en general tanto a nivel mundial, regional y en México, en donde en este último se menciona que va del 16 al 35%. Principalmente puede deberse a que el tamaño de la muestra no es lo suficientemente grande. Sin embargo, hay que tomar en cuenta otros factores como pudiera ser la ocupación. Hay que resaltar que la mayoría de los pacientes se dedican al hogar como labor principal y no tienen que estarse desplazando hacia algún otro lugar de trabajo, minimizando así la exposición a otros factores estresores relacionados con la vida laboral. En este sentido, sería importante evaluar el impacto de otras actividades de la vida cotidiana en el desarrollo de la enfermedad.

Por otro lado, los estudios de prevalencia se han realizado previamente en población abierta mientras que en este estudio sólo se investigó la presencia de la enfermedad únicamente en quienes acuden a la consulta externa de Medicina Interna como cuidadores primarios de un paciente crónico.

El 85.3% fueron mujeres, lo cual concuerda con lo que se ha reportado en donde por género la enfermedad predomina en el femenino; así también en cuanto a la edad, en donde el diagnóstico de esta entidad se realiza con mayor frecuencia antes de los 50 años.

De las características demográficas llama la atención el nivel de estudios de los participantes, los cuales en su mayoría alcanzaban únicamente la primaria, seguido de aquellos quienes referían no haber cursado algún nivel de estudios. Esto nos habla del alto rezago educativo de la población estudiada y del conflicto que puede implicar el intentar modificar sus factores de riesgo.

En relación al subtipo de SII más frecuente, nuestros resultados concuerdan con la literatura, con un mayor predominio del subtipo mixto, seguido del subtipo estreñimiento. No se realizó la comparación por género debido al escaso número de pacientes del sexo masculino que fueron incluidos por lo que se incluyó a hombres y mujeres por igual.

Del análisis de hábitos alimenticios llaman la atención varios puntos. En primer lugar, lo más consumido son las bebidas gaseosas, ya que más del 90% de los pacientes las consumen al menos 2 días a la semana, seguido del picante, con más del 80% consumiéndolo al menos 2 días a la semana. De esto se desprende que la mayoría de los pacientes cursan con una alimentación en donde predominan alimentos con altos contenidos irritantes y que esto pudiese estar en relación con la presentación de síntomas y el desarrollo de SII. En contraste, se encontró que de los grupos de alimentos propuestos, la fibra es el que menos se consume. Así, podemos decir que una alimentación con alto contenido de irritantes y bebidas gaseosas y con alimentos bajos en fibra en la dieta cotidiana se encuentra en relación con la presencia de la enfermedad. En

relación a este último punto, se deberán realizar a futuro más estudios en los cuales se compare con un grupo control no consumidor de dichos alimentos, la presencia o ausencia de SII para poder determinar una relación causal. De igual manera, tener un tamaño de muestra mucho mayor podría ser más orientador en este respecto.

Al analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en esta población encontramos que es baja y no tiene relación con el subtipo de SII ni con la actividad de la enfermedad al momento del cuestionario. Por lo tanto, lo encontrado en este estudio no concuerda con lo reportado en la literatura en donde se estiman prevalencias de hasta 60% de trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión, sin predominar alguno de ellos, en pacientes con SII.

De igual forma, tampoco hay alguna relación entre la presencia o ausencia de depresión y ansiedad con el puntaje de calidad de vida según los diferentes parámetros del SF-36. Incluso, en el pequeño porcentaje de pacientes en quienes se encontraron dichos trastornos no hubo un impacto en el nivel de calidad de vida, manteniendo puntajes por arriba de 70.

Al realizar un análisis de los ítems contenidos en el cuestionario SF-36 se encontró que el apartado que más impactaba en la salud general y que más relevancia tuvo fue el dolor corporal en comparación con alteraciones funcionales en otras áreas físicas o mentales. Esto nos indica que los pacientes observan mermada su calidad de vida principalmente debido al dolor físico que experimentan, sin embargo, cabe aclarar que el cuestionario no se enfoca en medir el grado de dolor provocado por el SII. En relación a esto, no podemos afirmar que el dolor que los aqueja sea únicamente aquel en relación al SII, ya que en diferente medida, muchos de ellos padecen otras comorbilidades que les generan

dolor crónico. En este sentido sería importante a futuro poder evaluar qué componente del SII les genera mayor disminución de la calidad de vida, si es el dolor o el patrón de evacuaciones, o ambos, en una población sin enfermedades crónicas subyacentes y en un grupo control sin SII.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de SII en una población rural de consulta externa de Medicina Interna es menor a la reportada en la literatura para la población general (11.84% vs 16-35% en la literatura universal).
- La prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con SII en esta población es menor en comparación con lo reportado en la literatura mundial para la población general con SII (8.8% vs >60% en la literatura mundial).
- El principal factor de impacto en la calidad de vida en estos pacientes se debió a la percepción del dolor, sin embargo no se discriminó si este estaba en relación al SII o a comorbilidades asociadas.
- En este estudio, los pacientes con SII tienen dietas con alto consumo de bebidas gaseosas (91.2%), picante (82.4%) y chocolate (73.5%), y poca fibra, todo lo cual forma parte de su dieta básica en la comunidad.
- Se requiere a futuro ampliar el tamaño de la muestra y dar seguimiento a largo plazo, además de evaluar el impacto que pudiera tener la enfermedad en la atención brindada hacia el enfermo crónico y sus desenlaces, así como las comorbilidades que estos pacientes pudieran tener.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dixon-Woods R, Critchley S, “Medical and lay views of irritable bowel syndrome,” *Family Practice*, vol. 17, no. 2, pp. 108–113, 2000.
2. Agarwal, T, Spiegel MR, “The effect of irritable Bowel syndrome on health-related quality of life and health care expenditures,” *Gastroenterology Clinics of North America*, vol.40, no. 1, pp. 11–19, 2011.
3. Soares RLS. Irritable bowel syndrome: A clinical review. *World J Gastroenterol* 2014; 20(34): 12144-12160
4. Kang JY. Systematic review: the influence of geography and ethnicity in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 15;21:663-76.
5. Ohman L, Simrén M. Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010;7:163-73.
6. Schmulson M, Vargas JA, López-Colombo A, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC. Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, multicéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Revista de Gastroenterología de México* 2010; 4(75):427-438.
7. Valerio-Ureña J, Pérez-Sosa JA, Jiménez Pineda A, et al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz. *Rev Gastroenterol Mex* 2006;71(Suppl2):124.
8. López-Colombo A, Bravo-González D, Corona-López A, et al. First community based study of functional gastrointestinal disorders (FGID) in Mexico using the Modular Rome II Questionnaire. *Gastroenterology* 2006;130(Suppl2):A-508.

9. Schmulson M, Ortíz O, Santiago-Lomeli M, et al. Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. *Dig Dis* 2006; 24:342-347.
10. Costanza CD, Longstreth GF, Liu AL. Chronic abdominal wall pain: clinical features, health care costs, and long-term outcome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 395-399 [PMID:15118977]
11. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-112 [PMID: 7992984]
12. Schmulson WM, Morgan D, Cortés L y cols. Traducción y validación multinacional del cuestionario diagnóstico de Roma III en español. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73(Suppl 2):79.
13. Halder SL, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton LJ, Talley NJ. Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. *Gastroenterology* 2007; 133: 799-807 [PMID: 17678917]
14. Sperber AD, Dekel R. Irritable Bowel Syndrome and Co-morbid Gastrointestinal and Extra-gastrointestinal Functional Syndromes. *J Neurogastroenterol Motil* 2010; 16: 113-119 [PMID: 20535341 DOI: 10.5056/jnm.2010.16.2.113]
15. Choung RS, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Associations between medication use and functional gastrointestinal disorders: a population-based study. *Neurogastroenterol Motil* 2013; 25: 413-49, e298 [PMID: 23360217 DOI: 10.1111/nmo.12082]
16. Lovell RM, Ford AC. Prevalence of gastro-esophageal reflux-type symptoms in individuals with irritable bowel syndrome in the community: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 1793-801; quiz 1802 [PMID: 23032982 DOI: 10.1038/ajg.2012.336]

17. Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN, Ricci JA, Zorich NL. Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the United States: prevalence and impact. *Dig Dis Sci* 2000; 45: 1166-1171 [PMID: 10877233]
18. Ringel Y, Williams RE, Kalilani L, Cook SF. Prevalence, characteristics, and impact of bloating symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 68-72; quiz 3 [PMID: 19124113 DOI: 10.1016/j.cgh.2008.07.008]
19. Bonavita V, De Simone R. Towards a definition of comorbidity in the light of clinical complexity. *Neurol Sci* 2008; 29 Suppl 1: S99-102 [PMID: 18545908]
20. Drossman DA. Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med* 1998; 60: 258-267 [PMID: 9625212]
21. Gwee KA, Leong YL, Graham C, McKendrick MW, Collins SM, Walters SJ, Underwood JE, Read NW. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut* 1999; 44: 400-406 [PMID: 10026328]
22. Soares RL, Moreira-Filho PF, Maneschy CP, Breijão JF, Schmidte NM. The prevalence and clinical characteristics of primary headache in irritable bowel syndrome: a subgroup of the functional somatic syndromes. *Arq Gastroenterol* 2013; 50: 281-284 [PMID: 24474230 DOI: 10.1590/S0004-28032013000400008]
23. Yunus MB. The prevalence of fibromyalgia in other chronic pain conditions. *Pain Res Treat* 2012; 2012: 584573 [PMID: 22191024 DOI: 10.1155/2012/584573]
24. Jun DW, Lee OY, Yoon HJ, Lee HL, Yoon BC, Choi HS, Lee MH, Lee DH, Kee CS. Bronchial hyperresponsiveness in irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 2005; 50: 1688-1691 [PMID: 16133970]
25. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications. *Gastroenterology* 2002, 122:1140-56.

26. Frissora CL, Koch KL. Symptom overlap and comorbidity of irritable bowel syndrome with other conditions. *Curr Gastroenterol Reports* 2005;7:264-71.
27. Remes-Troche JM, *et al.* Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable. Cuadro clínico y criterios diagnósticos. *Rev Gastroenterol Mex*, Vol. 74, Núm. 1, 2009
28. Halpert AD. Importance of early diagnosis in patients with irritable bowel syndrome. *Postgrad Med* 2010; 122: 102-111
[PMID: 20203461 DOI: 10.3810/pgm.2010.03.2127]
29. Doğan UB, Unal S. Kruis scoring system and Manning's criteria in diagnosis of irritable bowel syndrome: is it better to use combined? *Acta Gastroenterol Belg* 1996; 59: 225-228 [PMID: 9085621]
30. Ilnyckyj A, Graff LA, Blanchard JF, Bernstein CN. Therapeutic value of a gastroenterology consultation in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 871-880 [PMID: 12656689]
31. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, Kirsch I, Schyner RN, Nam BH, Nguyen LT, Park M, Rivers AL, McManus C, Kokkotou E, Drossman DA, Goldman P, Lembo AJ. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008; 336: 999-1003 [PMID: 18390493 DOI: 10.1136/bmj.39524.439618.25]
32. Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, Chang L, Dulai GS, Naliboff B, Mayer EA. Is a negative colonoscopy associated with reassurance or improved health-related quality of life in irritable bowel syndrome? *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 892-899 [PMID: 16301033]

33. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA* 2004; 291: 2705-2712 [PMID:15187051]
34. Minderhoud IM, Oldenburg B, Wismeijer JA, van Berge Henegouwen GP, Smout AJ. IBS-like symptoms in patients with inflammatory bowel disease in remission; relationships with quality of life and coping behavior. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 469-474 [PMID: 15139501]
35. Farrokhyar F, Marshall JK, Easterbrook B, Irvine EJ. Functional gastrointestinal disorders and mood disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: prevalence and impact on health. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 38-46 [PMID: 16374257]
36. Chang JY, Talley NJ. An update on irritable bowel syndrome: from diagnosis to emerging therapies. *Curr Opin Gastroenterol* 2011; 27: 72-78 [PMID: 21099429 DOI: 10.1097/MOG.0b013e3283414065]
37. Mearin F, Lacy BE. Diagnostic criteria in IBS: useful or not? *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24: 791-801 [PMID: 22908861 DOI: 10.1111/j.1365-2982.2012.01992.x]
38. 216 Cash BD, Rubenstein JH, Young PE, Gentry A, Nojkov B, Lee D, Andrews AH, Dobhan R, Chey WD. The prevalence of celiac disease among patients with nonconstipated irritable bowel syndrome is similar to controls. *Gastroenterology* 2011; 141: 1187-1193 [PMID: 21762658 DOI: 10.1053/j.gastro.2011.06.084]
39. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, Pearce A, Ward AM, McAlindon ME, Lobo AJ. Association of adult coeliac disease with irritable bowel syndrome: a case-control study in patients fulfilling ROME II criteria referred to secondary care. *Lancet* 2001; 358: 1504-1508 [PMID: 11705563]

40. Zipser RD, Patel S, Yahya KZ, Baisch DW, Monarch E. Presentations of adult celiac disease in a nationwide patient support group. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 761-764 [PMID: 12741468]
41. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB *et al.* Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002;97(11):S8-S26.
42. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD *et al.* Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006,130:1480-91.
43. Remes-Troche JM, Carmona-Sánchez R, González-Gutiérrez M y cols. Qué se entiende por estreñimiento: Un estudio epidemiológico en México. *Rev Gastroenterol Méx* 2009;74.
44. Mayer EA, Aziz Q, Coen S, Kern M, Labus JS, Lane R, Kuo B, Naliboff B, Tracey I. Brain imaging approaches to the study of functional GI disorders: a Rome working team report. *Neurogastroenterol Motil* 2009; 21: 579-596 [PMID: 19646070 DOI: 10.1111/j.1365-2982.2009.01304.x]
45. Elsenbruch S. Abdominal pain in Irritable Bowel Syndrome: a review of putative psychological, neural and neuroimmunemechanisms. *Brain Behav Immun* 2011; 25: 386-394 [PMID: 21094682 DOI: 10.1016/j.bbi.2010.11.010]
46. Philpott H, Gibson P, Thien F. Irritable bowel síndrome - An inflammatory disease involving mast cells. *Asia Pac Allergy* 2011; 1: 36-42 [PMID: 22053295 DOI: 10.5415/apallergy.2011.1.1.36]
47. Atkinson W, Sheldon TA, Shaath N, Whorwell PJ. Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Gut* 2004; 53: 1459-1464 [PMID: 15361495 DOI: 10.1136/gut.2003.037697]
48. Aggarwal A, Cutts TF, Abell TL, Cardoso S, FAMILONI B, Bremer J, Karas J. Predominant symptoms in irritable bowel syndrome correlate with specific

- autonomic nervous system abnormalities. *Gastroenterology* 1994; 106: 945-950 [PMID: 8143999]
49. Berman S, Suyenobu B, Naliboff BD, Bueller J, Stains J, Wong H, Mandelkern M, Fitzgerald L, Ohning G, Gupta A, Labus JS, Tillisch K, Mayer EA. Evidence for alterations in central noradrenergic signaling in irritable bowel syndrome. *Neuroimage* 2012; 63: 1854-1863 [PMID: 22917679 DOI: 10.1016/j.neuroimage.2012.08.028]
50. Dinan TG, Clarke G, Quigley EM, Scott LV, Shanahan F, Cryan J, Cooney J, Keeling PW. Enhanced cholinergic-mediated increase in the pro-inflammatory cytokine IL-6 in irritable bowel syndrome: role of muscarinic receptors. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2570-2576 [PMID: 18785949 DOI: 10.1111/j.1572-0241.2008.01871.x]
51. Konturek PC, Brzozowski T, Konturek SJ. Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *J Physiol Pharmacol* 2011; 62: 591-599 [PMID: 22314561]
52. Mulak A, Bonaz B. Irritable bowel syndrome: a model of the brain-gut interactions. *Med Sci Monit* 2004; 10: RA55- RA62 [PMID: 15260348]
53. Mach T. The brain-gut axis in irritable bowel syndrome- -clinical aspects. *Med Sci Monit* 2004; 10: RA125-RA131 [PMID: 15173682]
54. Mayer EA, Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annu Rev Med* 2011; 62: 381-396 [PMID: 21090962 DOI: 10.1146/annurev-med-012309-103958]
55. Ohman L, Simrén M. New insights into the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Dig Liver Dis* 2007; 39: 201-215 [PMID: 17267314 DOI: 10.1016/j.dld.2006.10.014]

56. Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 210-215 [PMID: 15142474 DOI: 10.1007/s11920-004-0066-0]
57. Guthrie E, Creed F, Fernandes L, Ratcliffe J, Van Der Jagt J, Martin J, Howlett S, Read N, Barlow J, Thompson D, Tomenson B. Cluster analysis of symptoms and health seeking behaviour differentiates subgroups of patients with severe irritable bowel syndrome. *Gut* 2003; 52: 1616-1622 [PMID: 14570732 DOI: 10.1136/gut.52.11.1616]
58. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002; 360: 555-564 [PMID: 12241674 DOI: 10.1016/S0140-6736(02)09712-X]
59. Locke GR, Weaver AL, Melton LJ, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 350-357 [PMID: 15046228 DOI: 10.1111/ j.1572-0241.2004.04043.x]
60. Shen L, Kong H, Hou X. Prevalence of irritable bowel syndrome and its relationship with psychological stress status in Chinese university students. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 1885-1890 [PMID: 19780881 DOI: 10.1111/ j.1440-1746.2009.05943.x]
61. Choung RS, Locke GR, Zinsmeister AR, Schleck CD, Talley NJ. Psychosocial distress and somatic symptoms in community subjects with irritable bowel syndrome: a psychological component is the rule. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1772-1779 [PMID: 19491833 DOI: 10.1038/ajg.2009.239]
62. Lee S, Wu J, Ma YL, Tsang A, Guo WJ, Sung J. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Aliment*

Pharmacol Ther 2009; 30: 643-651 [PMID: 19552631 DOI: 10.1111/j.1365-2036.2009.04074.x]

63. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2020-2027 [PMID: 17465442]
64. Levy RL, Whitehead WE, Von Korff MR, Feld AD. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 451-456 [PMID: 10685749 DOI:10.1111/j.1572-0241.2000.01766.x]
65. Reséndiz-Figueroa F, Ortiz-Garrido OM, Pulido D, et al. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73:3-10.
66. Cruz Ruiz MA, Ortiz Herrera RB, Muñiz Jurado D, et al. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2007;72:29-33.
67. Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry* 1993;163:293-298.
68. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983;67:361-370.
69. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne AM, et al. Racial differences in the impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:782-9.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL TRABAJO

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU ASOCIACIÓN CON LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN FAMILIAR ACOMPAÑANTE (CUIDADOR PRIMARIO) DE PACIENTES CRÓNICOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA CMN SIGLO XXI

LUGAR Y FECHA: Ciudad de México a ____ de _____ del 2016

NÚMERO DE REGISTRO: _____

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO: Esta enfermedad, antes llamada colon irritable, es un trastorno muy común en la población que se caracteriza por dolor abdominal y cambios en las evacuaciones (diarrea, estreñimiento o ambos) los cuales pueden tener un curso prolongado. Quienes lo padecen no cuentan con alteraciones demostrables por métodos de laboratorio o gabinete. Esta enfermedad puede asociarse al estrés o a la presencia de ansiedad y/o depresión y puede provocar una menor calidad de vida en quienes lo padecen. Por lo anterior, es necesario determinar la prevalencia de la misma en aquellos quienes tienen a cargo el cuidado de un paciente crónico, y cuántos de ellos desarrollan trastornos del estado de ánimo.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en el estudio se le solicitará que responda el cuestionario de Roma III. En caso de corroborarse la presencia de Síndrome de Intestino irritable, se procederá a responder una serie de 4 cuestionarios (Escala de Bristol, Red Flags, Escala HADS de ansiedad y depresión y SF-36) con un total de 50 preguntas, para evaluar la intensidad de los síntomas y la presencia de alteraciones del estado de ánimo, así como la calidad de vida. El tiempo aproximado es de 30-40 minutos.

Los pacientes que cumplan con los criterios para integrar el diagnóstico de síndrome de intestino irritable serán sometidos a la Escala Red Flags, para identificar enfermedad orgánica, y en ese caso será excluido del estudio y canalizado al área y/o con el especialista que corresponda para

complementar su diagnóstico y manejo. Si no se identifica enfermedad orgánica continuara formando parte de estudio y continuará respondiendo a los cuestionarios.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS: NO se realizará ningún procedimiento invasivo que pudiera ponerlo en riesgo. Una potencial complicación es el tiempo extra a su consulta que le lleve responder a los cuestionarios, como se menciona previamente entre 30 y 40 min extras a su consulta.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO: en caso de encontrarse con enfermedad orgánica, a pesar de ser excluido del estudio se complementará el diagnóstico para su manejo específico. En caso de no encontrar enfermedad orgánica pero si SII se le canalizara para su atención al servicio de gastroenterología que le corresponda para seguimiento e inicio de tratamiento. En caso de identificar trastorno de ansiedad y/o depresión y/o impacto en su calidad de vida será canalizado al área específica para su manejo.

INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: Los datos que se obtengan en la investigación podrán ser del conocimiento de los participantes del estudio y también se proporcionará la información actualizada sobre tratamientos alternativos actuales o que surjan y que pudieran ser ventajosas para el paciente.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: En caso de NO aceptar participar, su atención médica continuara sin ninguna consecuencia, ni represalia, si usted decide abandonar el estudio, puede hacerlo en el momento que así decida, sin que esto repercuta en la atención médica que se le brinda en la unidad hospitalaria.

CONFIDENCIALIDAD: La información que nos proporcione será totalmente confidencial y sólo se utilizará para fines de este estudio. Y de ningún modo se le podrá identificar en las publicaciones que resulten del estudio actual.

REEMBOLSOS: En este estudio no está contemplado otorgar ningún tipo de compensación económica por su participación. Si como resultado de responder los cuestionarios se identifican enfermedades que ameriten manejo, estas serán tratadas de la misma forma que lo serían aun sin haber participado en el estudio, con los recursos que cuenta la Unidad Hospitalaria.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Dra. Elsa Aburto Mejía (investigador principal), comunicándose al teléfono 56276909
Correo electrónico: elsa_aburto@yahoo.com.mx
Jorge Eduardo Sánchez Morales (colaborador), comunicándose al teléfono 56460470
Correo electrónico: lalitomd@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

CONSENTIMIENTO

Consiento participar en este estudio, he recibido una copia de este escrito y he tenido oportunidad de leerlo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

TESTIGO 1
NOMBRE, DIRECCION, RELACIÓN Y FIRMA

TESTIGO 2
NOMBRE, DIRECCION, RELACIÓN Y FIRMA

ANEXO 2

RECOLECCION DE DATOS

FOLIO _____

SEXO: MASCULINO (01), FEMENINO (F)

EDAD: _____ AÑOS

SERVICIO TRATANTE: _____

DIAGNOSTICOS CONOCIDOS: _____

TRATAMIENTOS ACTUALES

NOMBRE	DOSIS	TIEMPO APROXIMADO DE USO

DIETA Y HÁBITOS (CONSUMO SEMANAL)

LACTEOS		FARMACODEPENDENCIA	
ALIMENTOS RICOS EN GRASA (FRITANGAS)		FIBRA	
REFRESCOS		LIQUIDOS	
CHOCOLATE			
HARINAS/PASTAS			
PICANTE			
TABAQUISMO			
ALCOHOLISMO			

RESULTADOS:

ESCALA ROMA III _____

ESCALA DE RED FLAGS _____

ESCALA BRISTOL _____

ESCALA DE HADS _____

CALIDAD DE VIDA SF-36 _____

Fecha de inicio de cuidador primario del paciente crónico: _____

Dia/mes/año

ANEXO 3

CUESTIONARIO ROMA III, ESCALA DE BRISTOL Y CUESTIONARIO RED FLAGS

- Cuestionario Roma III, validado en castellano

Criterios diagnósticos

Dolor o molestia abdominal recurrente al menos tres días al mes en los últimos tres meses asociado a dos o más de los siguientes:

1. Mejoría con la evacuación
2. Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
3. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las deposiciones

Los criterios se satisfacen durante los últimos tres meses y los síntomas están presentes cuando menos seis meses antes del diagnóstico.

Como “molestia” se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor.

- Escala de heces de Bristol

De los pacientes que cumplan los criterios para SII, se clasificará según sea de predominio diarrea, de predominio estreñimiento o no clasificable utilizando la escala de bristol.

Escala de heces de Bristol

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. Enteramente líquido

Para clasificar a los pacientes de acuerdo al subtipo clínico, se realizará de la siguiente manera:

- ❖ **SII de predominio estreñimiento:** evacuaciones de los tipos uno o dos en 25% de las veces y evacuaciones seis o siete en <25% de las veces.
- ❖ **SII de predominio diarrea:** tipo seis o siete en ³ 25% de las evacuaciones, pero tipo uno a dos en <25%
- ❖ **SII de tipo mixto:** presentaba en 25% de las veces evacuaciones tipo uno o dos y en tipo seis o siete, se clasificaron como SII-M, y finalmente,
- ❖ **SII de tipo no clasificable** si no llenaron ninguno de los criterios anteriores.

- Evaluar si los que cumplían los criterios de SII presentaban la enfermedad activa en el momento, definido como la presencia de dolor o malestar abdominal, por lo menos dos días a la semana durante la semana previa a la valoración inicial realizada.
- Identificación de banderas rojas (*red flags*), recomendado por la Asociación Americana de Gastroenterología para distinguir entre síntomas estructurales y funcionales. En caso de cumplir con 7 o más de los siguientes, se deberá excluir al paciente del estudio.

Inicio de los síntomas o cambios en el hábito intestinal después de los 50 años	Hematoquezia
Pérdida ponderal involuntaria de más de 10% en 6 meses	Diarrea asociada a deshidratación severa
Dolor abdominal que despierta por las noches	Asociación con artritis, linfadenopatías, masa abdominal, síntomas nocturnos, anemia, leucocitosis, VSG aumentada, sangre oculta en heces.
Historia familiar de malignidad gastrointestinal	Historia de cirugía abdominal
Fiebre	

Nivel de evidencia IV, recomendación grado C

ANEXO 4

Escala hospitalaria de depresión y ansiedad (HADS)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso

Todos los días
Muchas veces
A veces
Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

Como siempre
No lo bastante
Sólo un poco
Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte
Sí, pero no es muy fuerte
Un poco, pero no me preocupa
Nada

4. Puedo reirme y ver el lado positivo de las cosas

Al igual que siempre lo hice
No tanto ahora
Casi nunca
Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces
Con bastante frecuencia
A veces, aunque no muy seguido
Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

Nunca
No muy seguido
A veces
Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

Siempre
Por lo general
No muy seguido
Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento

Por lo general en todo momento
Muy seguido
A veces
Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago

Nunca
En ciertas ocasiones
Con bastante frecuencia
Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado

Totalmente
No me preocupa como debiera
Podría tener un poco más de cuidado

Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

Mucho

Bastante

No mucho

Nada

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

Muy frecuentemente

Bastante seguido

No muy seguido

Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

Seguido

A veces

No muy seguido

Rara vez

ANEXO 5

CUESTIONARIO PARA CALIDAD DE VIDA SF-36

- 1.- En general, usted diría que su **salud** es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala
- 2.- ¿Cómo diría que es su **salud actual**, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

- 3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
- 12.- Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

- 13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - 1 Sí

- 2 No
- 14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1 Sí
- 2 No
- 15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 Sí
- 2 No
- 16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- 1 Sí
- 2 No
- 17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
- 2 No
- 18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
- 2 No
- 19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
- 2 No
- 20.- 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?
- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho
- 21.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo
- 22.- 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)?
- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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.

- 23.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de **vitalidad**?
- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 24.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy **nervioso**?
- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca
- 25.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan **bajo de moral** que nada podía animarle?
- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 26.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **calmado y tranquilo**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 27.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo **mucha energía**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 28.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **desanimado y triste**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 29.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **agotado**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 30.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **feliz**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 31.- Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió **cansado**?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Muchas veces
4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez
6 Nunca
- 32.- 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)?
- 1 Siempre
2 Casi siempre
3 Algunas veces
4 Sólo alguna vez
5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

- 33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
2 Bastante cierta
3 No lo sé
4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

- 34.- Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
2 Bastante cierta
3 No lo sé
4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ANEXO 6

ESCALA DE KARNOSFKY

%	DESCRIPCION
100	NORMAL
90	ACTIVIDAD NORMAL ESCASOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD
80	ACTIVIDAD NORMAL ALGUNOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD
70	AUTOCAUIDADO INCAPAZ DE TRABAJO NORMAL
60	REQUIERE ALGO DE AYUDA
50	REQUIERE AYUDA Y ATENCION MEDICA FRECUENTEMENTE
40	DISAPACITADO REQUIERE CUIDADOS ESPECIALES
30	SEVERA DISCAPACIDAD, REQUIERE HOSPITALIZACION
20	REQUIERE ATENCION MEDICA URGENTE
10	MORIBUNDO, RAPIDAMENTE PROGRESAA DESENLACE FATAL