

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO,  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

Facultad de Medicina



*LA DISFUNCIÓN SEXUAL EMPEORA LA CALIDAD DE VIDA GENERAL  
Y ESPECÍFICA DE MUJERES CON SÍNDROME DE INTESTINO  
IRRITABLE: ESTUDIO TRANSVERSAL EN POBLACIÓN ABIERTA*

## TESIS DE POSGRADO

P R E S E N T A

VEGA VALDÉS ARNOLD

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

TUTOR DE TESIS:

DR. SANTIAGO CAMACHO HERNÁNDEZ

TUTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DE FÁTIMA HIGUERA DE LA TIJERA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DEL 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

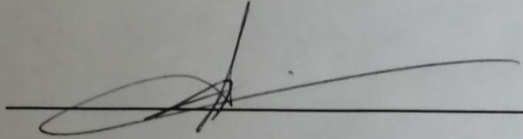


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

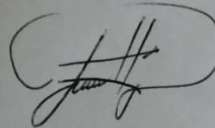
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

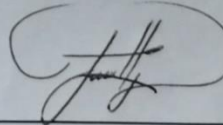
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



Dr. Santiago Camacho Hernández  
Coordinador de Investigación  
Servicio de Gastroenterología  
Hospital General de México.  
Tutor de Tesis



Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera  
Jefe del Servicio de Gastroenterología y Profesora Titular del Curso de Especialización  
Hospital General de México.  
Tutora de Tesis



Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera  
Jefe del Servicio de Gastroenterología y Profesora Titular del Curso de Especialización  
Hospital General de México.  
Profesora titular del curso de Gastroenterología

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por su incondicional apoyo, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por su paciencia, comprensión, por estar siempre dándome buenos consejos en los momentos de estrés, incertidumbre, enojo, tristeza, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mis hermanos, por estar siempre presentes, por todas las sonrisas que me esperaban después de días difíciles.

A mi tutor de tesis, el Dr. Santiago Camacho, por sus consejos, apoyo, enseñanzas, por compartir su experiencia y conocimientos, por creer en mí y darme otro tipo de perspectiva de la medicina la cual no olvidaré nunca.

A mi jefa de servicio, la Dra. Fátima Higuera, porque desde que el primer día de conocerla siempre me apoyo, me brindo su confianza en todo momento, por sus innumerables pláticas y enseñanzas y por haberme dado un pedacito de su tiempo en cada consulta para que yo aprendiera más, nunca olvidaré sus buenos tratos hacia mí.

A los profesores del curso de gastroenterología por sacarme de dudas cada que se presentaba la oportunidad, por corregirme cuando me equivocaba y por brindarme su apoyo en momentos difíciles.

Al Hospital General de México, por brindarme la oportunidad de conocer y aprender de grandes maestros y por abrirme sus puertas en todo momento.

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>3</b>
<b>AUTORIZACION DEL PROTOCOLO</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODO</b> .....	<b>10</b>
Sujetos .....	10
Diagnóstico del síndrome del intestino irritable .....	11
Evaluación de disfunción sexual .....	11
Mediciones de calidad de vida .....	11
Tamaño de muestra y poder del estudio .....	12
Análisis estadístico .....	12
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>14</b>
Sujetos .....	14
Disfunción sexual .....	15
<b>CALIDAD DE VIDA</b> .....	<b>15</b>
Subtipo de SII .....	19
Factores predictivos .....	19
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>23</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>24</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>29</b>

# AUTORIZACION DEL PROTOCOLO

# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



## 2019

Año del Centenario del Dr.  
EMILIANO ZAPATA



HOSPITAL  
GENERAL  
de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

No. de Of. CI/329/19

Ciudad de México a 10 de septiembre de 2019

**DR. SANTIAGO CAMACHO HERNÁNDEZ**  
SERVICIO: GASTROENTEROLOGÍA  
PRESENTE:

Notificamos a Usted la autorización del protocolo titulado: **"SATISFACCIÓN SEXUAL, CALIDAD DE VIDA E HIPERALGESIA VISCERAL EN MUJERES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE"**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"**

Atentamente

**DR. LUIS G. MOLINA FERNÁNDEZ DE LARA**  
El Presidente del Comité de Investigación

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
TORRE QUIRÚRGICA 11-319  
Copia de conocimiento  
entregada por el Dr.  
Santiago Camacho para la  
Dr. J. J. J. J. J.  
GASTROENTEROLOGÍA  
NOM: 19 HOR: 1739



DIRECCIÓN DE  
INVESTIGACIÓN  
[www.hgm.salud.gob.mx](http://www.hgm.salud.gob.mx)

Dr. Balmis 148  
Colonia Doctores  
Cauahémoc 06720

T +52 (55) 5004 3842  
Con +52 (55) 2789 2000

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**2019**

AÑO DEL CARRETERO DEL SUR  
EMILIANO ZAPATA



HOSPITAL  
GENERAL  
de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA

Of. No. HGM-DG-490-DI-2019

Ciudad de México, a 24 de septiembre de 2019.

DR. SANTIAGO CAMACHO HERNÁNDEZ  
GASTROENTEROLOGÍA

Presente

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la última versión del protocolo titulado: "SATISFACCIÓN SEXUAL, CALIDAD DE VIDA E HIPERALGESIA VISCERAL EN MUJERES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE", con clave de registro DI/19/107/03/080, fue presentado a los Comités de Ética en Investigación y Comité de Investigación, quienes dictaminaron su **A P R O B A C I Ó N**. Por lo tanto, puede dar inicio a su investigación.

Atentamente  
Director de Investigación

DR. JOSÉ DAMIÁN CARRILLO RUÍZ

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
TORRE QUIRÚRGICA U-110  
Copia de conocimiento  
entregada por el Dr.  
02 OCT 2019  
Santiago para la  
Dra. Alejandra  
GASTROENTEROLOGÍA  
NUM. 4 HOR: 1234



DIRECCIÓN DE  
INVESTIGACIÓN  
[www.hgm.salud.gob.mx](http://www.hgm.salud.gob.mx)

Dr. Balmis 148  
Colonia Doctores  
Cuahtémoc 06720

T +52 (55) 5004 3842  
Con +52 (55) 2789 2000

## INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción cerebro-intestinal<sup>1</sup> caracterizado por dolor abdominal crónico relacionado con la defecación (Criterios de Roma IV<sup>2</sup>). Afecta al 15% de la población general<sup>3</sup> (aunque en México se ha reportado una frecuencia de hasta 35%<sup>4</sup>) siendo dos veces más frecuente en mujeres.<sup>5</sup> A pesar de esta alta prevalencia, solo el 10% de los pacientes buscan atención médica y aun así representa entre el 25 y el 50% de la consulta gastroenterológica en los Estados Unidos.<sup>3</sup>

El SII es una enfermedad compleja y multifactorial cuya fisiopatología involucra alteraciones en la dieta,<sup>6</sup> la inmunidad,<sup>7</sup> la morfología<sup>8,9</sup> y la microbiota<sup>10</sup> entre otros. Sin embargo, las alteraciones en el eje cerebro-intestinal son consideradas el principal mecanismo en la generación de los síntomas.

El eje cerebro-intestinal regula las funciones homeostáticas por medio de un conjunto de órganos que forman una red bidireccional que vincula ambos elementos.<sup>11</sup> La porción neural incluye elementos periféricos (sistema nervioso entérico, SNE),<sup>12</sup> de relación (pares de nervios espinales y craneales)<sup>13</sup> y centrales (núcleos cerebrales superiores).<sup>14</sup>

El SNE es la tercera división del sistema nervioso autónomo.<sup>15</sup> Está conformado principalmente por neuronas, que en la pared intestinal forman plexos; además de elementos epiteliales, endócrinos, neurotransmisores y el músculo liso visceral como órgano efector.

Una vez captada la información sensorial en receptores periféricos, la información viaja por inervación intrínseca para generar reflejos locales en la víscera (principalmente absorción, secreción, motilidad y sensibilidad) o por la inervación extrínseca del nervio vago y las vías aferentes simpáticas toracolumbares hacia la médula espinal.

La principal vía de activación aferente es por medio de los ganglios prevertebrales que llevan la señal a las astas dorsales de la médula espinal que viajan por el tracto espino-



talámico lateral que, a través del tálamo; activa áreas corticales de localización somática dolorosa y por áreas límbicas (amígdala, ínsula y núcleo accumbens) para la evaluación emocional.<sup>16</sup> Las alteraciones ocasionadas por el SII en este conectoma cerebral es un tema de investigación actualmente en desarrollo.<sup>14</sup>

Esta compleja relación cerebro-intestinal en pacientes con SII incluye diferencias sexuales, comorbilidades y en la calidad de vida. Se han observado diferencias por la acción estrogenica,<sup>17</sup> en la estructura cerebral y la conectividad funcional de mujeres,<sup>18</sup> así como otros factores sexuales.<sup>19</sup>

Los pacientes con SII tienen frecuentemente sobreposición con otras enfermedades gastrointestinales<sup>20</sup> y no gastrointestinales, tales como trastornos psiquiátricos<sup>21</sup> y disfunción sexual (DSx), que se ve afectada por un desequilibrio de factores físicos, psicosociales, hormonales y genéticos.<sup>22</sup> De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) la DSx abarca patologías tales como: Trastorno orgásmico femenino, trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor genitopélvico/penetración y otras disfunciones sexuales no especificadas. Los síntomas deben tener una duración mínima de 6 meses y estar presentes entre 75% al 100% del tiempo para todos los diagnósticos y requieren una entrevista personal con un médico calificado. Se ha estimado que la incidencia de DSx femenina puede oscilar entre 25.8% y hasta el 91%.<sup>22</sup> Para efectos de acercamiento diagnóstico rápido se han utilizado cuestionarios breves y autoadministrados tales como el índice de función sexual femenina (Female Sexual Function Index, FSFI). Usando este instrumento, recientemente un estudio en Polonia demostró que hasta el 48% de los pacientes con SII remitidos a una clínica ambulatoria tenía DSx.<sup>23</sup>

Por otra parte existen otras condiciones relacionadas con el SII como el antecedente de abuso físico, psicológico<sup>24</sup> y sexual<sup>25</sup> los cuales pueden alterar la percepción del dolor<sup>26</sup> además de que variables fisiológicas pueden aumentar los síntomas tales como la menstruación<sup>27</sup> y los cambios hormonales.<sup>28</sup> Desde 1987, se ha demostrado que hasta el 83% de los pacientes con SII pueden tener a su vez DSx<sup>29</sup> además que hay asociación entre la DSx y la gravedad de los síntomas.<sup>30</sup> Este problema es tan importante que se han desarrollado programas específicos para tratar la DSx en pacientes con SII.<sup>31</sup> Asimismo, se ha demostrado que la calidad de vida (CV) es más baja en SII<sup>32</sup> y DSx<sup>33</sup> por separado. Sørensen J, y cols.<sup>34</sup> en una revisión reciente encontraron que la DSx en pacientes con SII se ha estudiado principalmente como criterio secundario. Hasta nuestro conocimiento no se han realizado estudios sobre la CV general y específica en población abierta que padece ambas condiciones. El objetivo de este estudio fue evaluar la CV en mujeres con SII y compararlas con controles, ambas con y sin DSx.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

### **Sujetos**

Este estudio se realizó en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de la Ciudad de México y la Universidad Iberoamericana tomando en cuenta la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los sujetos antes de la entrevista. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de DSx e IBS, así como su influencia en la calidad de vida en la población femenina mexicana y forma parte de un protocolo más amplio que se está ejecutando y que ha sido aprobado por los comités de ética e investigación del Hospital general de México (Registro en la dirección de investigación: DI/19/107/03/080).

Reclutamos mujeres en población abierta por muestreo de oportunidad de marzo a septiembre de 2019. Para ser incluidas, las participantes debían haber tenido entre 18-50 años, no estar embarazadas, lactando o en menopausia; firmar el consentimiento informado y aceptar responder los cuestionarios. Excluimos a las mujeres con enfermedades sistémicas no controladas, con consumo regular de medicamentos en los últimos 3 meses y/o pacientes con diagnóstico establecido de enfermedades sexuales y/o gastrointestinales diferentes a las investigadas. Las pacientes que no aceptaron dar información de contacto, no respondieron los cuestionarios, no entendieron las instrucciones y/o no fueron localizables después de la aplicación de los cuestionarios fueron eliminadas del estudio.

Para evitar sesgos de selección, aplicamos los cuestionarios en una sola entrevista y los datos se ingresaron en una hoja de cálculo que no fueron analizados de inmediato. Realizamos el primer análisis dos meses después del inicio del estudio para que las estudiantes de psicología hicieran una presentación en la Universidad Iberoamericana. Un segundo análisis se realizó en julio para participar en el Congreso Mexicano de

Gastroenterología (Anexo 1). En noviembre hicimos el último análisis intermedio para semana de enfermedades digestivas de la Asociación Gastroenterológica Americana (Digestive Disease Week, DDW) (Anexo 2). Finalmente, entre enero y junio hicimos el análisis final para esta tesis.

### **Diagnóstico del síndrome del intestino irritable**

Para establecer el diagnóstico de SII y sus subtipos (estreñimiento, diarrea, mixto e indeterminado) utilizamos los criterios de Roma IV<sup>2</sup>. A través de dibujos de la Escala de Bristol registramos el tipo más frecuente de consistencia de las heces que el paciente percibe subjetivamente (Escala general de Bristol, EGB) y el porcentaje de tiempo en el que el paciente observó objetivamente sus diferentes consistencias (Escala específica de Bristol, EEB). Dividimos a los pacientes en estreñimiento (SII-E), diarrea (SII-D), mixto (SII-M) o indeterminado (SII-I) de acuerdo con la EEB.

### **Evaluación de disfunción sexual**

Utilizamos el Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index, FSFI)<sup>35</sup> que ha sido validado en la población mexicana.<sup>36</sup> Consta de 19 preguntas que evalúan 6 dominios: Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Una puntuación más alta significa una mejor función. La disfunción sexual se determinó cuando el puntaje total (sumando el puntaje de cada dominio) fue menor a 24.95.<sup>37</sup>

### **Mediciones de calidad de vida**

Utilizamos el cuestionario Forma Corta 36 (Short-Form 36, SF-36) para la CV general, que consta de 36 preguntas que evalúan 8 dominios: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, función emocional y salud mental. Las preguntas fueron codificadas, resumidas y transformadas a una escala de 0 (peor) a 100 (mejor) estado de salud. Además, hay una pregunta sobre el cambio en el estado general de

salud con respecto al año previo. Calculamos también los Resúmenes de los Componentes Físico (RCF) y Mental (RCM) a través de la aproximación ortogonal sugerida en el manual.<sup>38</sup> El SF-36 ha sido ampliamente utilizado y validado en la población mexicana.<sup>39</sup>

Evaluamos la calidad de vida específica mediante el cuestionario del síndrome de intestino irritable-calidad de vida (Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life, IBS-QOL) ya utilizado en población mexicana<sup>40</sup> y que con 34 preguntas evalúa 8 dominios (disforia, interferencia con la actividad, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, preocupación sexual y relación social) y una puntuación total (la suma de todos dominios). Los puntajes más altos significan una mejor calidad de vida. Este cuestionario, a pesar de tener costo; fue utilizado gratuitamente para este protocolo gracias al apoyo desinteresado de Mapi Research Trust; a quienes agradecemos su apoyo.

### **Tamaño de muestra y poder del estudio**

Debido a que no hay artículos previos que aborden la CV en la misma población de pacientes con superposición de IBS y DSx utilizando SF-36 y el IBS-QOL como variable principal; decidimos reclutar mujeres consecutivas como primer enfoque. El reclutamiento, tanto de pacientes como de controles, se realizó en población no seleccionada (abierta). En el análisis posterior (StatMate 2, V 2.0) encontramos un poder beta superior al 80% en las diferencias de las variables principales (dominios de los cuestionarios SF-36 e IBS-QOL), por lo que concluimos que el tamaño de la muestra es suficiente para tener validez estadística

### **Análisis estadístico**

Las variables primarias fueron las diferencias en los resúmenes de componentes, puntajes totales y dominios de SF-36 e IBS-QOL entre pacientes con SII y controles; con y sin DSx. Las variables secundarias fueron edad, índice de masa corporal (IMC), estado civil, dolor relacionado con la menstruación, frecuencia de defecación por semana, subtipo de SII

y escala de Bristol (general y específica). El análisis estadístico se realizó con Prism 3.0 (software GraphPad, Inc.). Los datos expresan la media  $\pm$  desviación estándar, intervalos de confianza (IC) del 95%, rango y/o porcentajes cuando correspondan. Las diferencias estadísticas se evaluaron mediante las pruebas t de Student, Mann-Whitney, Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher con aproximación de Katz para el riesgo relativo (RR); alfa = 0.05.

## RESULTADOS

### Sujetos

De 117 mujeres reclutadas, eliminamos a 12 (10.26%) [Consentimiento informado inadecuado (6), no localizable (3), enfermedad sistémica no controlada (2) y no respondieron los cuestionarios completos (1)], por lo que evaluamos 105 (51 con SII y 54 controles). La edad, el IMC con puntos de corte, el dolor relacionado con la menstruación y el estado civil se indican en la tabla 1. Los pacientes con SII fueron mayores y en su mayoría solteras comparadas con los controles. La frecuencia semanal de defecación fue menor en las mujeres con SII [ $9.33 \pm 5.85$  (7.73-10.94)] versus los controles [ $13.15 \pm 6.89$  (11.31-14.99),  $p = 0.002$ ] mientras que las mujeres con DSx [ $11.57 \pm 6.82$  (9.37-13.77)] no mostraron diferencias contra aquellas sin DSx [ $11.15 \pm 6.61$  (9.58-12.72),  $p = 0.758$ ]. Las mujeres con SII-D con DSx eran mayores que los controles y las pacientes con SII sin DSx tenían un IMC más alto que aquellas con SII y los controles con DSx (Tabla 3).

**Tabla 1.** Edad, IMC con puntos de corte, dolor relacionado con la menstruación y el estado civil en la población total y subgrupos.

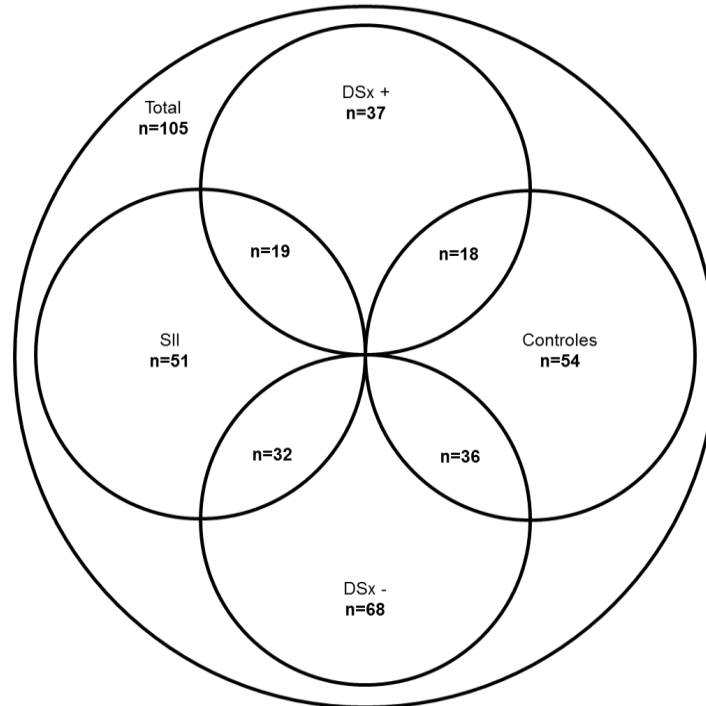
	<b>Total (n=105)</b>	<b>SII (n=51)</b>	<b>Controles (n=54)</b>	<b>p</b>	<b>DSx (n=37)</b>	<b>No DSx (n=68)</b>	<b>p</b>
<b>Edad (años)</b>	26.65±7.08 (25.29–28)	28.45±7 (26.53–30.37)	24.94±6.79 (23.13–26.76)	0.010	27.76±8.39 (25.05–30.46)	26.04±6.25 (24.56–27.53)	0.238
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	22.14±2.91 (21.59-22.7)	22.56±2.45 (21.89-23.24)	21.75±3.26 (20.87-22.62)	0.150	21.59±2.42 (20.81–22.37)	22.45±3.13 (21.7–23.19)	0.150
<b>Puntos de corte IMC (%)</b>							
<b>Desnutrida (&lt;18)</b>	6.67	1.90	4.76		3.81	2.86	
<b>Normal (18-24.9)</b>	81.90	41.90	40.00	0.648	29.52	52.38	0.307
<b>Sobrepeso I (25-29.9)</b>	9.52	3.81	5.71		1.90	7.62	
<b>Sobrepeso II (30-39.9)</b>	1.90	0.95	0.95		0.00	1.90	
<b>DRM (%)</b>	41.90	47.06	37.04	0.327	37.84	44.12	0.679
<b>Estado Civil (%)</b>							
<b>Soltera</b>	79.05	33.33	45.71		24.76	54.29	
<b>Casada</b>	14.29	8.57	5.71	0.022	5.71	8.57	0.125
<b>Divorciada</b>	1.90	1.90	0.00		1.90	0.00	
<b>Unión libre</b>	4.76	4.76	0.00		2.86	1.90	

Los datos expresan la media  $\pm$  desviación estándar (IC 95%) o porcentajes, según corresponda. SII= síndrome del intestino irritable, DSx= disfunción sexual, IMC = índice de masa corporal, DRM= Dolor relacionado a la menstruación. Prueba exacta de Fischer o prueba t de Student no pareada, de dos colas.

## Disfunción sexual

Casi un tercio de la población (35.24%) tenía DSx. No encontramos diferencias en la prevalencia entre mujeres con SII y controles (Figura 1), así como entre los dominios y la puntuación total del FSFI (Tabla 2).

Figura 1. Prevalencia de disfunción sexual (DSx) en mujeres con Síndrome de Intestino Irritable (SII) y Controles



## Calidad de vida

La calidad de vida general mostró puntuaciones más bajas para la función física, dolor corporal, salud general, funcionamiento social, función emocional, RCF y RCM del subgrupo SII. Las mujeres con DSx mostraron valores menores en función física, funcionamiento social, salud mental y RCM. Ambos subgrupos informaron un deterioro mayor de la salud en comparación con el año anterior (Tabla 2).

El cuestionario IBS-QOL mostró una puntuación más baja en los 8 dominios y la puntuación total en las mujeres con SII y en 7 dominios (excepto la imagen corporal) y la puntuación total en el subgrupo DSx (Tabla 2).



Tabla 2. Calidad de vida general (SF-36), específica (IBS-QOL) y función sexual (FSFI) en subgrupos de población total, SII y DSx.

	TOTAL (N=105)	SII (N=51)	CONTROLES (N=54)	P	DSX (N=37)	NO DSX (N=68)	P
<b>SF-36</b>							
<b>Función física</b>	93.38±13.02 (90.89-95.87)	90.49±16.01 (86.1-94.88)	96.11±8.67 (93.8-98.42)	<b>0.026</b>	88.24±17.61 (82.57-93.92)	96.18±8.6 (94.13-98.22)	<b>0.002</b>
<b>Rol físico</b>	83.1±29.72 (77.41-88.78)	78.43±32.02 (69.64-87.22)	87.5±26.93 (80.32-94.68)	0.118	77.7±35.74 (66.19-89.22)	86.03±25.69 (79.92-92.14)	0.171
<b>Dolor corporal</b>	74.57±21.83 (70.4-78.75)	66.72±22.25 (60.61-72.82)	81.99±18.79 (76.98-87)	<b>0.000</b>	68.99±24.05 (61.24-76.73)	77.61±20.06 (72.84-82.38)	0.052
<b>Salud general</b>	64±18.7 (60.42-67.58)	58.63±18.28 (53.61-63.64)	69.07±17.81 (64.32-73.82)	<b>0.003</b>	59.19±17.18 (53.65-64.72)	66.62±19.09 (62.08-71.16)	0.051
<b>Vitalidad</b>	52.48±16.44 (49.33-55.62)	50±18.3 (44.98-55.02)	54.81±14.24 (51.02-58.61)	0.134	49.19±15.75 (44.12-54.26)	54.26±16.65 (50.31-58.22)	0.131
<b>Función social</b>	74.88±22.3 (70.62-79.15)	68.14±23.76 (61.62-74.66)	81.25±18.93 (76.2-86.3)	<b>0.002</b>	67.23±22.51 (59.98-74.48)	79.04±21.21 (74.84-09)	<b>0.008</b>
<b>Rol emocional</b>	63.81±41.63 (55.85-71.77)	53.59±42.73 (41.87-65.32)	73.46±38.52 (63.18-83.73)	<b>0.013</b>	53.15±41.91 (39.65-66.66)	69.61±40.62 (59.95-79.26)	0.052
<b>Salud mental</b>	67.7±15 (64.83-70.57)	64.78±16.57 (60.24-69.33)	70.44±12.92 (67-73.89)	0.052	63.03±14.62 (58.32-67.74)	70.24±14.7 (66.74-73.73)	<b>0.018</b>
<b>Resumen del Componente Físico</b>	59.45±10.63 (57.42-61.49)	56.21±11.28 (53.12-59.31)	62.51±9.06 (60.1-64.93)	<b>0.002</b>	56±11.54 (52.28-59.72)	61.33±9.67 (59.03-63.63)	<b>0.013</b>
<b>Resumen del Componente Mental</b>	45.16±5.93 (44.02-46.29)	44.11±6.78 (42.25-45.97)	46.14±4.86 (44.85-47.44)	<b>0.079</b>	43.89±5.83 (42.01-45.77)	45.85±5.91 (44.44-47.25)	0.106
<b>Cambio en salud (1 año, %)</b>							
<b>Mejor/Mucho Mejor</b>	32.38	12.38	20.00		9.52	22.86	
<b>Igual</b>	54.29	24.76	29.52	<b>0.009</b>	16.19	38.10	<b>0.009</b>
<b>Mal/Muy mal</b>	13.33	11.43	1.90		9.52	3.81	
<b>IBS-QOL</b>							
<b>Disforia</b>	87.62±19.75 (83.84-91.4)	79.72±23.99 (73.13-86.3)	95.08±10.29 (92.34-97.83)	<b>0.000</b>	79.9±24.88 (71.88-87.91)	91.82±14.91 (88.28-95.36)	<b>0.002</b>
<b>Interferencia con la actividad</b>	86.19±19.77 (82.41-89.97)	77.87±22.63 (71.66-84.08)	94.05±12.41 (90.74-97.36)	<b>0.000</b>	78.28±23.65 (70.66-85.9)	90.49±15.9 (86.72-94.27)	<b>0.002</b>
<b>Imagen corporal</b>	80.24±21.32 (76.16-84.32)	69.73±22.34 (63.6-75.86)	90.16±14.65 (86.25-94.07)	<b>0.000</b>	75±25.04 (66.93-83.07)	83.09±18.58 (78.67-87.5)	0.063
<b>Preocupación por la salud</b>	79.13±25.19 (74.31-83.95)	66.34±27.13 (58.89-73.79)	91.2±15.65 (87.03-95.38)	<b>0.000</b>	72.07±30.25 (62.32-81.82)	82.97±21.23 (77.92-88.01)	<b>0.033</b>
<b>Evitación a la comida</b>	72.86±27.71 (67.56-78.16)	58.01±29.39 (49.94-66.07)	86.88±16.71 (82.42-91.34)	<b>0.000</b>	65.54±34.37 (54.47-76.61)	76.84±22.62 (71.46-82.21)	<b>0.045</b>
<b>Reacción social</b>	85.65±21.41 (81.56-89.75)	77.33±24.87 (70.5-84.15)	93.52±13.63 (89.88-97.15)	<b>0.000</b>	78.89±25.36 (70.71-87.06)	89.34±18.07 (85.04-93.63)	<b>0.016</b>
<b>Preocupación sexual</b>	91.07±17.91 (87.65-94.5)	85.05±22.5 (78.87-91.22)	96.76±9.15 (94.32-99.2)	<b>0.000</b>	85.14±21.62 (78.17-92.1)	94.3±14.72 (90.8-97.8)	<b>0.011</b>
<b>Relación social</b>	86.9±21.27 (82.84-90.97)	79.25±24.8 (72.44-86.05)	94.14±14.08 (90.38-97.89)	<b>0.000</b>	80.18±25.64 (71.92-88.44)	90.56±17.63 (86.37-94.75)	<b>0.016</b>
<b>Puntuación Total</b>	84.31±18.89 (80.7-87.93)	75.06±21.29 (69.21-80.9)	93.06±10.59 (90.23-95.88)	<b>0.000</b>	77.25±23.68 (69.62-84.88)	88.16±14.49 (84.72-91.6)	<b>0.004</b>
<b>FSFI</b>							
<b>Deseo</b>	3.82±1.16 (3.59-4.04)	3.82±1.05 (3.53-4.11)	3.81±1.27 (3.47-4.15)	0.956	2.89±1.23 (2.49-3.28)	4.32±0.74 (4.15-4.5)	<b>0.000</b>
<b>Excitación</b>	4.19±1.75 (3.86-4.53)	4.34±1.47 (3.93-4.74)	4.06±1.98 (3.53-4.58)	0.414	2.44±1.81 (1.86-3.03)	5.14±0.59 (5-5.28)	<b>0.000</b>
<b>Lubricación</b>	4.26±1.84 (3.91-4.61)	4.46±1.58 (4.03-4.9)	4.07±2.04 (3.53-4.62)	0.275	2.51±2 (1.87-3.16)	5.21±0.69 (5.05-5.38)	<b>0.000</b>
<b>Orgasmo</b>	4.09±1.96 (3.72-4.47)	4.29±1.74 (3.81-4.77)	3.9±2.15 (3.33-4.48)	0.315	2.14±1.91 (1.53-2.76)	5.15±0.87 (4.95-5.36)	<b>0.000</b>
<b>Satisfacción</b>	4.7±1.27 (4.46-4.95)	4.72±1.25 (4.38-5.06)	4.69±1.3 (4.34-5.04)	0.895	3.51±1.27 (3.1-3.92)	5.35±0.65 (5.2-5.51)	<b>0.000</b>
<b>Dolor</b>	4.05±2.01 (3.66-4.43)	4.38±1.74 (3.9-4.85)	3.74±2.21 (3.15-4.33)	0.105	2.11±2.12 (1.42-2.79)	5.11±0.8 (4.91-5.3)	<b>0.00</b>
<b>Puntuación Total</b>	25.12±8.69 (23.46-26.78)	26.01±7.45 (23.97-28.06)	24.27±9.71 (21.68-26.86)	0.307	15.6±7.95 (13.04-18.16)	30.29±2.45 (29.71-30.88)	<b>0.000</b>

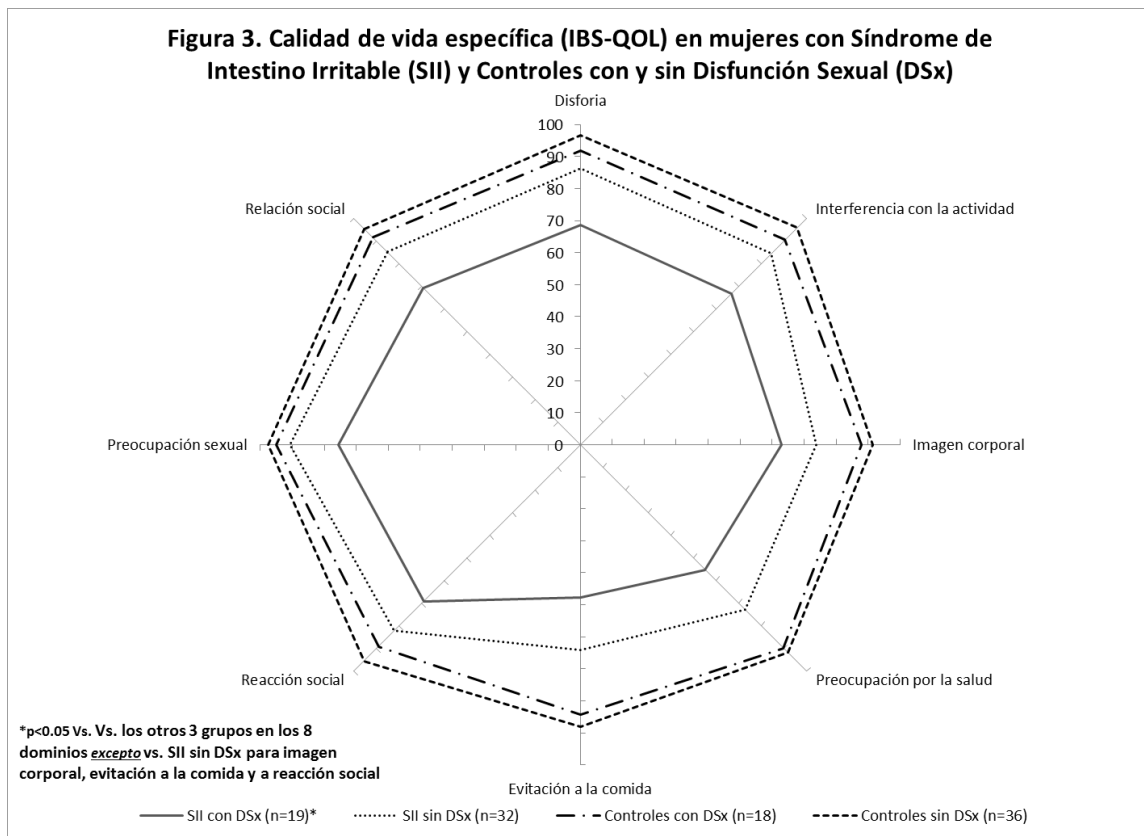
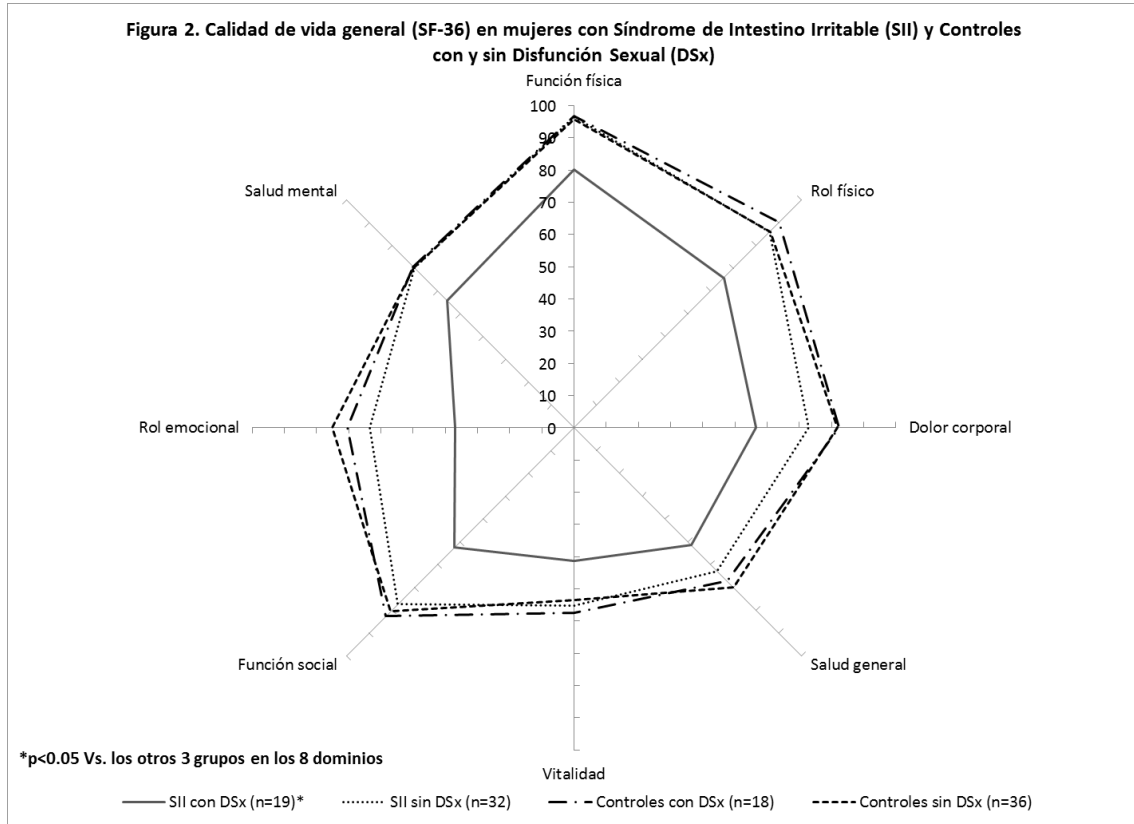
Los datos expresan la media ± desviación estándar (IC 95%) o porcentajes, según corresponda. SII= síndrome del intestino irritable, DSx= disfunción sexual. Prueba exacta de Fischer o prueba t de Student no pareada, de dos colas.

Los resúmenes de los componentes físico y mental fueron menores en pacientes con ambas enfermedades (Tabla 3). Los pacientes con SII y DSx mostraron una puntuación más baja en los 8 dominios del SF-36 (Figura 2), así como en ambos RCF y RCM con peor/mucho peor (Tabla 3). Del mismo modo, los pacientes con SII y DSx mostraron puntuaciones más bajas en 8 dominios de SII-QOL (Figura 3), excepto la imagen corporal, la evitación de alimentos y la reacción social que no mostraron diferencias comparados con las mujeres con SII sin DSx. La puntuación total de IBS-QOL fue menor en SII con DSx en comparación con los otros 3 grupos y los controles tuvieron una puntuación más alta en comparación con las mujeres con SII sin DSx (Tabla 3).

**Tabla 3.** Edad, Índice de masa corporal (IMC), RCF, RCM, cambio de salud del SF-36 y puntuación total para el cuestionario IBS-QOL entre mujeres con SII, controles (Ctl) con y sin DSx

	<b>SII con DSx</b> <b>(n=19)</b>	<b>SII sin DSx</b> <b>(n=32)</b>	<b>Ctl con DSx</b> <b>(n=18)</b>	<b>Ctl sin DSx</b> <b>(n=36)</b>
<b>Edad (años)</b>	30.42±9.09 (26.33-34.51)	27.28±5.22 (25.47-29.09)	24.94±6.72 (21.84-28.05)*	24.94±6.93 (22.68-27.21)*
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	21.68±2.28 (20.66-22.7)#	23.09±2.43 (22.25-23.93)	21.49±2.62 (20.28-22.7)#	21.87±3.57 (20.71-23.04)
<b>SF-36</b>				
<b>Resumen del Componente Físico</b>	50.05±10.2 (45.46-54.64)	59.87±10.37 (56.28-63.47)*	62.28±9.51 (57.89-66.67)*	62.63±8.96 (59.71-65.56)*
<b>Resumen del Componente Mental</b>	41.51±5.74 (38.93-44.09)	45.65±6.96 (43.24-48.07)*	46.4±4.92 (44.12-48.67)*	46.02±4.89 (44.42-47.61)*
<b>Cambio en salud (1 año, %)</b>				
<b>Mejor/Mucho Mejor</b>	15.79	31.25	38.89	38.89
<b>Igual</b>	36.84	59.38	55.56	58.33
<b>Mal/Muy Mal</b>	47.37	9.38*	5.56*	2.78*
<b>IBS-QOL</b>				
<b>Puntuación Total</b>	65.05±24.23 (54.16-75.95)	81±17.11 (75.07-86.93)*	90.11±14.98 (83.19-97.03)*#	94.53±7.36 (92.12-96.93)*#

Los datos expresan la media ± desviación estándar (IC 95%). Prueba exacta de Fischer o prueba t de Student no pareada, de dos colas. \* p <0.05 vs. SII con DSx. # p <0.05 vs SII



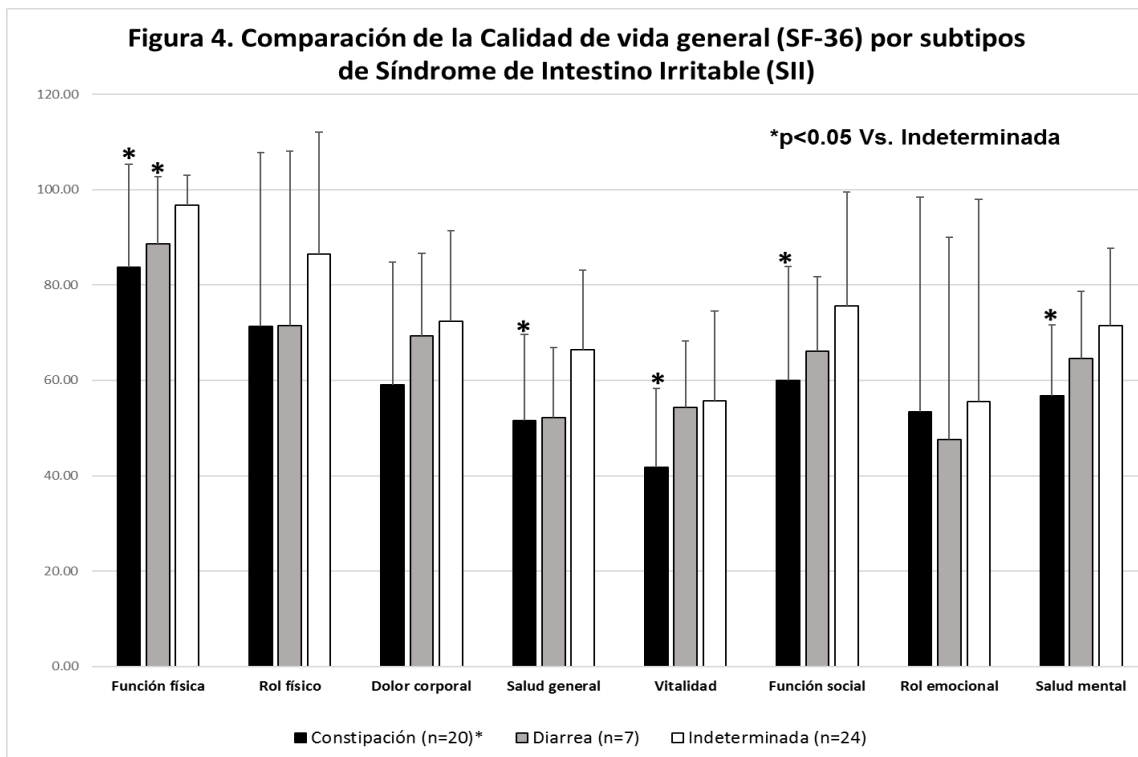
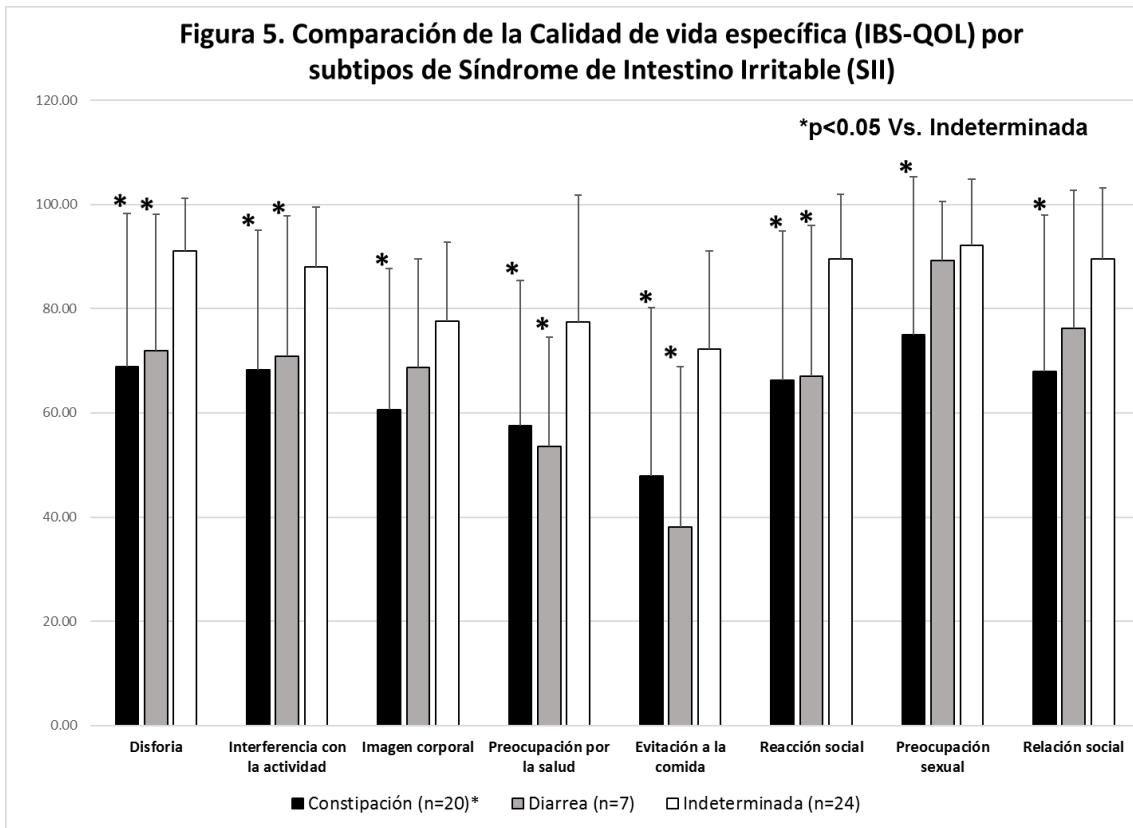
### Subtipo de SII

Hubo 24 (47.06%) SII-I, 20 (39.22%) SII-E, 7 (13.73%) SII-D y ningún paciente con SII-M. No se encontraron diferencias en la prevalencia de DSx entre SII-I (29.17%), SII-E (45%) y SII-D (42.86%). Los pacientes con SII-E mostraron puntuaciones más bajas en los dominios de función física, salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental en comparación con el SII indeterminado (figura 4). EL RCF fue más alto en SII-I [ $61.7 \pm 8.47$  (58.32-65.09)] en comparación con SII-E [ $50.62 \pm 11.94$  (45.38-55.85)  $p = 0.0008$ ], pero no con SII-D [ $53.38 \pm 9.94$  (46.02-60.74),  $p = 0,5$ ]. No hubo diferencias en el RCM entre SII-I [ $44.82 \pm 6.77$  (42.12-47.53)], SII-D [ $45.29 \pm 5.26$  (41.4-49.19)] e SII-E [ $42.84 \pm 7.35$  (39.62-46.06)]. La percepción del cambio de salud peor/mucho peor no mostró diferencias dentro de un año entre los grupos SII-I (12.5%), SII-D (28.57%) o SII-E (35%).

La figura 5 muestra una calidad de vida específica más baja en los 8 dominios en las mujeres con SII-E en comparación con las SII-I. La puntuación total también fue menor en SII-E [ $64.89 \pm 25.26$  (53.82-75.96)] en comparación con SII-I [ $85.72 \pm 10.41$  (81.56-89.89),  $p = 0.0006$ ] pero no con SII-D [ $67.54 \pm 21.83$  (51.37 -83,71),  $p = 0,8$ ].

### Factores predictivos

El no tener pareja disminuye el riesgo de SII en 0.772 ( $p = 0.01$ ) pero no para DSx (RR = 0.626,  $p = 0.1$ ). El IMC no afecta a las mujeres con SII (RR = 1.3,  $p = 0.3$ ) ni DSx (RR = 1.1,  $p = 0.7$ ). El dolor relacionado con la menstruación no mostró diferencias en el SII versus los controles (47.06% vs. 37.04% respectivamente; RR = 0.8,  $p = 0.3$ ) ni en el grupo con y sin DSx (37.84% vs. 44.12% respectivamente; RR = 1.1,  $p = 0.6$ ). En la EGB los tipos 3,4 y 5 fueron factores de protección asociados para el SII versus los controles (62.75% vs. 87.04% respectivamente; RR = 0.5543,  $p = 0.006$ ).



## DISCUSIÓN

Esta tesis describe por primera vez el impacto que tiene la sobreposición del síndrome de intestino irritable y la disfunción sexual en la calidad de vida de mujeres mexicanas. Encontramos que cuando se encuentran ambas condiciones, la calidad de vida general y específica se encuentran aún más deterioradas con respecto a la presencia solo de SII o de DSx así como con controles normales.

Nuestra población en general fue homogénea, mostrando solo diferencias en la edad de las mujeres con SII y el estado civil. Creemos que estas diferencias se deben a que pacientes de mayor edad tienen mayor frecuencia de SII además de tener más relaciones de pareja. Interesantemente estas diferencias no existieron en el análisis por DSx.

La prevalencia del SII en nuestra población (48.47%) fue mayor a lo reportada (entre 4.4% y 35%).<sup>4</sup> Esta diferencia puede deberse al subregistro que posiblemente existe entre la población seleccionada que asiste a consulta gastroenterológica comparada con la población abierta que fue la que reclutamos.

Aunque no se ha reportado la prevalencia de DSx en población mexicana, en un estudio en población seleccionada se detectó una prevalencia del 62.1%<sup>36</sup> que difiere del 35.23% encontrada en nuestra población. Esta diferencia puede deberse a que solo midieron la DSx en mujeres mayores de 40 años, población de mujeres mayores comparadas con nuestra muestra que incluía solo a mujeres entre 20 y 50 años. Se ha reportado que la DSx aumenta con la edad.<sup>22</sup>

Como observamos en la tabla 2, el SII disminuye la CV en 5 dominios (exceptuando el rol físico, la vitalidad y la salud mental), además de ambos RCF y RCM así como en el cambio en el estado de salud. Esto concuerda con hallazgos previos en la literatura mundial y en población mexicana.<sup>4,32</sup>

La DSx mostró disminución sólo en los dominios de función física y función social además del RCF y el cambio en el estado de salud. La literatura muestra que la disminución en la CV en pacientes con DSx es mayor.<sup>33</sup> Esta diferencia puede deberse a el instrumento utilizado así como a la población en estudio. Cuando han usado el SF-36 en DSx ha sido en poblaciones con enfermedades graves, principalmente con alteraciones hormonales y/o sistémicas (p.e. psoriasis o esclerosis sistémica), lo que agrava la CV. Hasta nuestro conocimiento estos datos son los primeros en población mexicana en este rango de edad.

La calidad de vida específica, medida por el IBS-QOL mostró disminución en todos los dominios y la puntuación total pacientes con SII e interesantemente también en las mujeres con y sin DSx (exceptuando la imagen corporal). Estos hallazgos de SII son concordantes con lo reportado<sup>40,41</sup> mientras que los datos de DSx son los primeros reportados.

El análisis por subgrupos de SII mostró una disminución constante en la calidad de vida general y específica en mujeres con constipación. Aunque se ha reportado que los pacientes con diarrea tienden a tener menor calidad de vida;<sup>41</sup> nuestra población no tuvo ninguna mujer con diarrea por lo que es esperable que los pacientes con SII indeterminado (ya que defecan mejor) tengan un mejor CV.

Los principales hallazgos de este trabajo se muestran en las figuras 2 y 3. Vemos como la combinación de SII y DSx hacen un efecto agonista para disminuir la CV tanto general como específica. Esto no se ha reportado previamente.

Finalmente observamos que la soltería es un factor protector que se relaciona con los problemas inherentes de compartir emociones, sentimientos y decisiones de vida con un compañero, lo que aumenta el estrés y probablemente la presencia de SII. La consistencia 3,4 y 5 de la escala de Bristol fue un factor protector también para el SII.

Como limitantes de este estudio tenemos la edad de la población que fue de entre 18-50 años por lo que no es posible hacer interpolaciones con otros rangos de edad. El hecho de que no hay artículos previos para abordar la superposición de IBS y DSx en la calidad de vida nos limitó con la comparación de los resultados a otras poblaciones. En nuestro estudio se utilizó el punto de corte de 24.95 para FSFI el cual esta validado en población hispana, posmenopáusica, habiendo otros estudios que utilizan otros puntos de corte para población general; no obstante, no se encontraron diferencias que hicieran un cambio estadístico.

## **CONCLUSIONES**

El SII es una enfermedad compleja que se relaciona ampliamente con manifestaciones extraintestinales. Se han encontrado alteraciones en el conectoma cerebral los cuales son influidos por múltiples factores genéticos, ambientales, hormonales, etc. La DSx es a su vez, altera factores psicológicos, relacionales y ambientales de la sexualidad a un nivel semejante cómo lo hace el SII en el conectoma cerebral. Para ambas enfermedades se requiere un enfoque integral más que la mera comprensión de los procesos fisiopatológicos. Un acercamiento que ha mostrado utilidad para estas enfermedades complejas ha sido el modelo biopsicosocial. Este acercamiento toma en cuenta la CV como un estado de bienestar subjetivo que en parte está determinado precisamente por este conectoma. Así podemos buscar la interrelación entre ambos fenómenos fisiológicos, la digestión y la reproducción para conocer y posteriormente modificar estas alteraciones. El SII y la DSx son enfermedades con alta prevalencia e incidencia y ambas disminuyen de manera independiente la CV general y específica. Este estudio demuestra que cuando se presentan simultáneamente hay afección prácticamente en todos los aspectos de la vida de las pacientes. Es, pues primordial identificar esta población para iniciar un abordaje terapéutico multidisciplinario entre gastroenterólogos, psicólogos, psiquiatras, ginecólogos.



## Referencias

1. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2020;1–14.
2. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-1407.e5.
3. Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care - Clin Off Pract* 2017;44:655–671.
4. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández M V., et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2016;81:149–167.
5. Houte K Van den, Carbone F, Pannemans J, et al. Prevalence and impact of self-reported irritable bowel symptoms in the general population. *United Eur Gastroenterol J* 2019;7:307–315.
6. Singh R, Salem A, Nanavati J, et al. The Role of Diet in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Gastroenterol Clin North Am* 2018;47:107–137.
7. Lazaridis N, Germanidis G. Current insights into the innate immune system dysfunction in irritable bowel syndrome. *Ann Gastroenterol* 2018;31:171–187.
8. Awad RA, Martin J, Guevara M, et al. Defaecography in patients with irritable bowel syndrome and healthy volunteers. *Int J Colorectal Dis* 1997;12:91–94.
9. Awad RA, Camacho S, Martín J, et al. Rectal sensation, pelvic floor function and symptom severity in Hispanic population with irritable bowel syndrome with constipation. *Color Dis* 2006;8:488–493.
10. Chong PP, Chin VK, Looi CY, et al. The microbiome and irritable bowel syndrome -

- A review on the pathophysiology, current research and future therapy. *Front Microbiol* 2019;10:1136.
11. Khlevner J, Park Y, Margolis KG. Brain–Gut Axis: Clinical Implications. *Gastroenterol Clin North Am* 2018;47:727–739.
  12. Jahng J, Kim YS. Irritable bowel syndrome: Is it really a functional disorder? A new perspective on alteration of enteric nervous system. *J Neurogastroenterol Motil* 2016;22:163–165.
  13. Gulbransen BD. Do nerves make bowels irritable? *Am J Physiol - Gastrointest Liver Physiol* 2018;315:G126–G127.
  14. Mayer EA, Labus J, Aziz Q, et al. Role of brain imaging in disorders of brain-gut interaction: A Rome Working Team Report. *Gut* 2019;68:1701–1715.
  15. Vanner SJ, Greenwood-Van Meerveld B, Mawe GM, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: Basic science. *Gastroenterology* 2016;150:1280–1291.
  16. Grundy D. Neuroanatomy of visceral nociception: Vagal and splanchnic afferent. *Gut* 2002;51:i2–i5.
  17. Jiang Y, Meerveld BG Van, Johnson AC, et al. Role of estrogen and stress on the brain-gut axis. *Am J Physiol - Gastrointest Liver Physiol* 2019;317:G203–G209.
  18. Bhatt RR, Gupta A, Labus JS, et al. Altered Brain Structure and Functional Connectivity and Its Relation to Pain Perception in Girls With Irritable Bowel Syndrome. *Psychosom Med* 2019;81:146–154.
  19. Kim YS, Kim N. Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2018;24:544–558.
  20. Camacho S, Bernal F, Abdo M, et al. Endoscopic and symptoms analysis in Mexican patients with irritable Bowel syndrome, dyspepsia, and gastroesophageal reflux

- disease. *An Acad Bras Cienc* 2010;82:953–962.
21. Nelkowska DD. Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Ann Gastroenterol* 2019;33:1–8.
  22. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am* 2019;103:681–698.
  23. Sławik P, Szul M, Fuchs A, et al. Could problems in the bedroom come from our intestines? A preliminary study of IBS and its impact on female sexuality. *Psychiatr Danub* 2019;31:S561–S567.
  24. Reilly J, Baker GA, Rhodes J, et al. The association of sexual and physical abuse with somatization: Characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychol Med* 1999;29:399–406.
  25. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1993;150:1502–1506.
  26. Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, et al. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: A preliminary model. *Am J Med* 1994;97:108–118.
  27. Heitkemper MM, Cain KC, Jarrett ME, et al. Symptoms across the menstrual cycle in women with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003;98:420–430.
  28. Mulak A, Taché Y, Larauche M. Sex hormones in the modulation of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2014;20:2433–2448.
  29. Guthrie E, Creed F, Whorwell PJ. Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: Comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;295:577–578.

30. Fass R, Fullerton S, Naliboff B, et al. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia. *Digestion* 1998;59:79–85.
31. Eugenio MD, Jun SE, Cain KC, et al. Comprehensive self-management reduces the negative impact of irritable bowel syndrome symptoms on sexual functioning. *Dig Dis Sci* 2012;57:1636–1646.
32. Weerts ZZRM, Vork L, Mujagic Z, et al. Reduction in IBS symptom severity is not paralleled by improvement in quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2019;31:1–10.
33. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, et al. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 2016;94:87–91.
34. Sørensen J, Schantz Laursen B, Drewes AM, et al. The Incidence of Sexual Dysfunction in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Sex Med* 2019;7:371–383.
35. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–205.
36. Carranza-Lira S, Durazno Casillas Núñez F De. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre-and postmenopausal Mexican women. *Prz Menopauzalny* 2018;17:39–42.
37. Pérez-Herrezuelo I, Hita-Contreras F, Martínez-Amat A, et al. The female sexual function index: Reliability and validity in Spanish postmenopausal women. *Menopause* 2019;26:401–408.
38. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473–483.
39. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, et al. Towards a Mexican

normative standard for measurement of the short format 36 health-related quality of life instrument. *Salud Publica Mex* 2004;46:306–315.

40. Remes-Troche JM, Torres-Aguilera M, Montes-Martínez V, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in caregivers of patients with chronic diseases. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27:824–831.
41. Gb C. Asociación entre ansiedad y calidad de vida en los diferentes subgrupos de síndrome de intestino irritable. 2016;76:295–301.

## Anexos

## Anexo 1. Congreso Mexicano de Gastroenterología

Tabla 1

	SI y prueba de aliento (+) n=17	Prueba de aliento (+) sin SI n=29	SI puro n=2
Intolerancia	65%	69%	0
Mala digestión	12%	4%	0
Hipersensibilidad	23%	28%	100%

Prevalencia de IL, MD e HL en pacientes con y sin SI.

## Mar136

### MUJERES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y DISFUNCIÓN SEXUAL MUESTRAN DETERIORO EN LA CALIDAD DE VIDA POR DISMINUCIÓN EN LA SALUD MENTAL, FUNCIÓN FÍSICA Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL

H. Batalla, A. Flores, M. F. Higuera-de la Tijera, D. Murguía, A. Díaz, A. Fernández, P. Pérez, S. Camacho, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

**Introducción:** Los pacientes con síndrome de intestino irritable (SI) tienen baja calidad de vida (CV);<sup>1</sup> además, casi la mitad puede presentar disfunción sexual (DS).<sup>2</sup> No hay estudios recientes que evalúen la CV en sujetos con sobreposición de ambos padecimientos en población abierta.

**Objetivo:** Determinar la CV en pacientes con SI con y sin DS y compararla con controles.

**Material y métodos:** Se estudió a 72 mujeres, 36 con SI (criterios de Roma IV;  $25.86 \pm 4.42$ , intervalo 20-38 años) y 36 controles

( $23.47 \pm 5.23$ , intervalo 20-40 años). La DS se determinó cuando la puntuación total del índice de función sexual (FSFI) fue menor a 24.95. Se evaluó la CV a través del cuestionario de Forma Corta 36 (SF-36). Los datos expresan el promedio  $\pm$  desviación estándar y porcentajes. Las diferencias se evaluaron por medio de la prueba t de Student o U de Mann-Whitney y la prueba  $\chi^2$ . Alfa =0.05.

**Resultados:** La prevalencia de DS fue similar entre pacientes con SI y controles (22% vs. 36%, respectivamente,  $p = 0.29$ ; Fig. 1). Las pacientes con SI, comparadas con los controles, mostraron menor puntaje en el dolor corporal ( $75.21 \pm 16.85$  vs.  $83.33 \pm 16.64$ ,  $p=0.04$ ) y en el sumario físico ( $59.93 \pm 6.42$  vs.  $63.9 \pm 6.37$ ,  $p=0.01$ ). Las pacientes con SI y DS mostraron una puntuación más baja en los dominios de salud mental, función física y función social comparadas con aquellas sin DS. Asimismo, las pacientes con SI y DS mostraron menor puntaje en el papel físico, la vitalidad, el funcionamiento social y los componentes sumarios físico ( $57.19 \pm 5.56$  vs.  $64.01 \pm 4.87$ ,  $p=0.008$ ) y mental ( $41.31 \pm 4.29$  vs.  $45.18 \pm 3.55$ ,  $p=0.03$ ) respecto de los controles con DS. Las demás comparaciones no mostraron diferencias.

**Conclusiones:** Estos hallazgos muestran por primera vez que en los pacientes con síndrome de intestino irritable, la disfunción sexual atenúa la calidad de vida en los dominios de salud mental, función física y funcionamiento social. Adicionalmente, los pacientes con SI y DS muestran deterioro en los dominios papel físico, vitalidad, funcionamiento social y los componentes sumarios físico y mental comparados con mujeres con DS. La consideración de comorbilidades en pacientes con SI permitirá una medicina centrada en el paciente con decisión compartida<sup>3</sup> que permita un enfoque diagnóstico y terapéutico más efectivo. Además, a través de este acercamiento es posible buscar posteriormente marcadores clínicos o biológicos que podrían intervenir en los mecanismos fisiopatológicos del SI.

#### Referencias

1. Int J Psychiatry Med 2018;53:159-170.
2. Digestion. 1998;59:79-85.
3. J Invest Surg. 2018 Nov 5:1-2. doi: 10.1080/08941939.2018.1526989.

**Financiamiento:** Ninguno.

Anexo 2. Semana de enfermedades digestivas de la Asociación Gastroenterológica Americana (Digestive Disease Week, DDW)

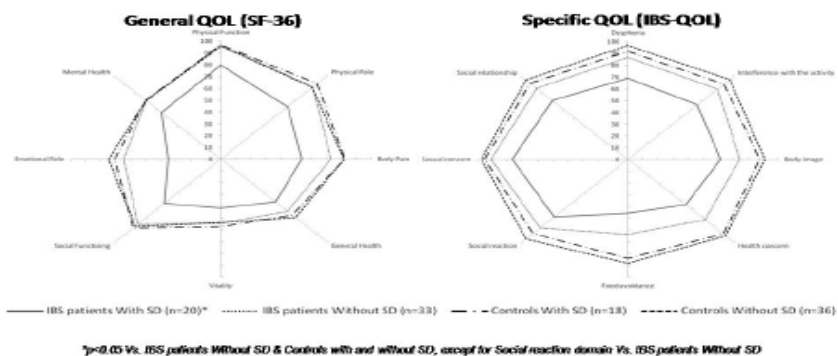
Mo1334

**SEXUAL DYSFUNCTION (SXD) WORSENS QUALITY OF LIFE (QOL) BOTH GENERAL AND SPECIFIC, IN WOMEN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS)**

Santiago Camacho, Fátima Higuera-de la Tijera, Hector Batalla, Daniel Murguía, Andrea Diaz Vazquez, Paulina Perez Jimenez, Almudena Fernandez-Pellon Valdes, Evelyn Altamirano

**Background and Aims:** IBS patients have low QOL and near half may have SXD. We aimed to determinate QOL in women with IBS and controls with and without SXD. **Methods:** We studied 53 women with IBS (Rome IV Criteria; 28.83±7.54, range 20-51 years) and 54 female controls (24.94±6.79, range 20-45 years). We recruited all consecutive women in open population by opportunity sampling from March to July, 2019. We exclude woman with systemic disease, regular taking of medications in the previous 3 months and patients with established diagnosis of other gastrointestinal diseases. SXD was determined when total score of the Female Sexual Function Index questionnaire was less than 24.95. QOL was evaluated by the SF-36 and IBS-QOL questionnaires. Data express the mean±SD and percentages. Student t, or Fisher exact tests were used. Alpha = 0.05. **Results:** SXD prevalence was similar between IBS patients and controls (38% vs. 33% respectively, p=0.68). Patients with IBS and SXD showed lower score in the 8 domains of the SF-36 (Figure). Physical component summary was lower in IBS women with SXD (49.42±10.32) versus those without SXD (59.85±10.21, p<0.01) as well as compared with controls with SXD (62.28±9.51, p<0.01) and without SXD (62.63±8.96, p<0.01). Mental component summary was also lower in IBS with SXD (41.73±5.67) versus those without SXD (45.63±6.85, p=0.03) and with controls with SXD (46.4±4.92, p=0.01) and without SXD (46.02±4.89, p<0.01). Likewise patients with IBS and SXD showed lower scores on 8 domains of IBS-QOL (Figure) versus IBS patients without SXD and controls except for Social reaction that shown no differences compared with IBS patients without SXD. IBS-QOL total score were lower in IBS with SXD (64.74±23.62) compared with IBS without SXD (81.13±16.86, p<0.01) and controls with SXD (90.11±14.98, p<0.01) and without SXD (94.53±7.36, p<0.01). **Conclusions:** These findings show that sexual dysfunction worsens general and specific, quality of life in women with irritable bowel syndrome. Further investigation on clinical and pathophysiology mechanisms is needed to elucidate the relationship between both diseases in case they have a

common factor that explains this low quality of life. Consider sexual dysfunction in women with irritable bowel syndrome will allow us to make a more effective diagnostic and therapeutic patient-centered approach.



Quality of life (QOL) in women with Irritable Bowel Syndrome (IBS) and Controls with and without Sexual Dysfunction (SD)