



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

“CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
EN LA POBLACIÓN DE 20 A 59 AÑOS
DE LA UMF No. 33 EL ROSARIO”.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SARIBÉ MARTÍNEZ MELÉNDEZ
RESIDENTE DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:
DR. ANTONIO REYES HERNÁNDEZ.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A
LA UMF No 33 “EL ROSARIO”



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2011



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.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

**DR. ANTONIO REYES HERNÁNDEZ.
ASESOR DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.**

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

AUTORIZACIONES

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
JEFE DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES.
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO.

DRA. SARIBÉ MARTÍNEZ MELÉNDEZ.
RESIDENTE DE 3ER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

DEDICADO A:

“A Eduardo, mi esposo,
por su infinita paciencia,
brindarme su apoyo,
siempre incondicional
y darme valor para
seguir adelante”.

“A mi hija Isabella,
Por su amor desmedido,
por aportar luz cada
día de mi vida.
Por comprender
mi ausencia”

“A mis padres,
hermanos y amigos,
porque ellos,
me ayudaron
en la construcción de
mi camino.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

AGRADECIMIENTOS

"La gratitud es la memoria del corazón".
(Jean Baptiste Massieu).

A la Dra. Mónica Enriquez Neri, por su constante búsqueda y anhelo del trabajo bien hecho, motivación y constancia.
Gracias por la confianza puesta en mí.

Al Dr. Antonio Reyes Hernández, por su paciencia, ayuda y dedicación.
Sin él no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo.
Gracias por no dar nunca nada por perdido e incentivar en mí el deseo de avance y progreso.

A la Doctora Carmen Morelos Cervantes, por su mano amiga y ser el espejo en el que quisiera mirarme.

A todos aquellos que con su esfuerzo, colaboración, tiempo y gratitud contribuyeron a que este proyecto se hiciera realidad.

A Eduardo, simplemente, gracias amor. Por ti, por todo lo que me das sin esperar nunca nada a cambio, por amarme y soportarme a la vez.

A mis amigas, que llegaron a formar parte de mi familia, en esta etapa de mi vida, y nunca permitieron que cayera. Por su cariño y aliento, por los momentos tan divertidos que nunca olvidaré.

A mis compadres, mis tíos María y Arturo, por acogerme en el seno de su familia, y hacerme sentir parte de ella, por su cariño y apoyo.

Gracias

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

ÍNDICE

RESUMEN	8
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
MATERIAL Y METODOS	29
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	39
ANEXOS.....	40
ANEXO 1 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL).....	41
ANEXO 2 CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....	45
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

**“CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
EN LA POBLACIÓN DE 20 A 59 AÑOS
DE LA UMF No. 33 EL ROSARIO”.**

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

RESUMEN.

Martínez-Meléndez S, Reyes-Hernández A. Calidad de Vida de pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población de 20 a 59 años de la UMF No. 33. México, D.F. 2011.

Introducción: El síndrome del intestino irritable forma parte de trastornos gastrointestinales funcionales. El espectro de gravedad varía de molestias muy leves hasta otros con síntomas incapacitantes. Es un trastorno crónico. En el caso del SII, se reconoce que la calidad de vida es un importante marcador. *Objetivo:* Evaluar la calidad de vida en Pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la UMF No. 33 de la Población de 20 a 59 años. *Material y Métodos:* se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo, en una unidad de atención primaria del IMSS, se aplicaron los cuestionarios IBSQoL y SF-36 a 100 pacientes, por un muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniéndose 2 grupos de 50 pacientes con SII y 50 pacientes sanos. Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v12, y la comparación de variables cuanti y cualitativas con ANOVA, y el coeficiente de correlación de Pearson. *Resultados:* Se incluyeron 100 individuos, 50 controles sanos, y 50 con SII, en cada categoría 9 varones(18%) y 41 mujeres (82), con una media de edad 39.38 años +- 11.7 años en el grupo control; y de 39.42 +-11.5 años en los casos. Los pacientes con SII presentaron un deterioro de la calidad de vida comparado con los controles, tanto en el componente físico como en el componente psíquico, con diferencias estadísticamente significativas. ($p < 0.001$). *Conclusiones:* El SII tiene un gran impacto en sus vidas, reduciendo de manera importante su bienestar físico, social y emocional., que se refleja en su calidad de vida.

Palabras Clave: Calidad de Vida, Síndrome de Intestino Irritable, IBSQoL, SF-36.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

ANTECEDENTES.

1. Concepto y generalidades.

El síndrome del intestino irritable forma parte de un amplio grupo de trastornos gastrointestinales funcionales, que a pesar de presentar variaciones en cuanto al tipo y localización de los síntomas, comparte determinados aspectos en lo referente a los posibles factores fisiopatogénicos implicados (1).

Se caracteriza por la existencia de dolor o disconfort abdominal asociado a cambios en el ritmo y las características de las deposiciones, en ausencia de una causa orgánica responsable del cuadro. Su diagnóstico es, por tanto, un diagnóstico clínico de exclusión, dado que al no existir alteraciones orgánicas, no hay ninguna prueba que pueda demostrar su existencia de forma taxativa. No obstante, cada vez son más los indicios de fenómenos microinflamatorios en el SII. Así, se ha descrito un aumento de los linfocitos intraepiteliales y de los mastocitos en el colon de los pacientes con SII. Se especula que esta microinflamación podría ser el origen de la hipersensibilidad de las terminales nerviosas de la pared intestinal que contribuye a inducir o perpetuar los síntomas (2).

Las manifestaciones clínicas del SII son muy variadas y heterogéneas, y pueden producirse diversas asociaciones de los distintos síntomas (2). El espectro de gravedad es muy diverso, desde pacientes con molestias muy leves hasta otros con síntomas incapacitantes. En uno de los trabajos, Drossman y Thompson consideraban que aproximadamente un 70% de los casos eran leves; un 25% intermedios y sólo un 5% graves (1).

Sin embargo, estudios posteriores, así como la experiencia clínica han demostrado que hay más casos graves y que la importancia clínica del SII ha sido subestimada. A pesar de ello, sigue habiendo médicos que piensan que el SII por definición, es un trastorno banal, sin darse cuenta de la afectación de la calidad de vida que puede suponer.

La experiencia clínica demuestra que el SII es muy heterogéneo y que sus manifestaciones sintomáticas son muy diversas. Posiblemente el hecho más llamativo es que en este síndrome se incluyen tanto a pacientes con estreñimiento como con diarrea o alternancia de ambos. Por este motivo, según los criterios de

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

Roma II, se consideró que existían tres subtipos de SII: con predominio de estreñimiento (SII-E), con predominio de diarrea (SII-D), y/o con hábito deposicional alternante estreñimiento-diarrea (SII-A) (4).

Los subtipos se establecían de acuerdo con los siguientes síntomas:

- 1.- menos de 3 deposiciones por semana;
- 2.- más de tres deposiciones por día;
- 3.- deposiciones duras o en bolas;
- 4.- deposiciones blandas o líquidas;
- 5.- esfuerzo excesivo durante la defecación,
- 6.- urgencia defecatoria.

Así, se considera como subtipo SII-E cuando estaban presentes uno o más de 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6; se consideraba SII-D a la inversa, cuando estaban presentes 2,4 o 6 y ninguno de 1, 3 o 5 y se consideraba subtipo SII-A cuando se producían cambios diarrea/estreñimiento y no se reunían ninguna de las combinaciones anteriores. (3)

La distribución de los distintos subtipos es de aproximadamente un tercio para cada uno, aunque varía según los criterios utilizados y la población evaluada. Sin embargo, siguiendo las recomendaciones de Roma III, actualmente los subtipos se establecen por la consistencia de las deposiciones evaluada según la escala de Bristol. (2)

De esta forma, si más del 25% de las deposiciones corresponden a los tipos 1 y 2, se considera que el paciente tiene SII con estreñimiento; si más del 25% de las deposiciones son del tipo 6 o 7, se considera que el paciente tiene SII-D; si hay más del 25% de ambas (tanto 1 o 2, como 6 o 7), se establece el diagnóstico de SII con hábito deposicional mixto, posicional no clasificable. El término alternante se reserva para los cambios en períodos prolongados.

2.- Criterios diagnósticos.

Por todo lo anteriormente expuesto, con el fin de poder realizar un diagnóstico de esta entidad se han descrito una serie de criterios mediante la agrupación de aquellos síntomas más característicos. Así, a lo largo de los años se han llevado a cabo varios intentos para conseguir dicho fin:

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

- El primero de ellos fue en 1978 en lo que se denominaron los criterios de Manning, en el que se establecieron seis síntomas como criterios diagnósticos del SII: el dolor que se alivia con la deposición, un aumento de la frecuencia deposicional coincidente con la aparición del dolor, que las heces sean más blandas coincidiendo con el dolor, que se observe distensión abdominal, que haya moco en las heces y la sensación de evacuación incompleta. En estudios posteriores se observó que, de estos seis criterios los tres primeros tenían un mayor valor predictivo diagnóstico, mientras que los tres últimos eran de menor utilidad. Es de destacar, no obstante, que los criterios de Manning sólo consideraban la diarrea asociada al SII, sin tener en cuenta un posible estreñimiento. (5)
- Posteriormente, en 1989, mediante un proceso de consenso entre expertos reunidos en Roma, se establecieron unos criterios diagnósticos más precisos, denominados Roma I; los cuales son los más ampliamente utilizados (2).
- En 1999, nuevamente por consenso y en la misma ciudad se concretaron los criterios llamados Roma II hasta que han sido modificados en los nuevos criterios Roma III. (6)
- Los cambios principales de los criterios Roma III con respecto a los previos Roma II han sido los siguientes: se ha modificado el tiempo de evolución necesario para establecer el diagnóstico (ahora basta con que los síntomas hayan aparecido al menos seis meses antes y estén actualmente activos durante tres meses, lo que los hace menos restrictivos); los subtipos del SII se han revisado de tal forma que la diarrea, el estreñimiento y el tipo mixto se determinan fundamentalmente por la consistencia de las heces, y el síndrome del dolor abdominal funcional se ha separado de los trastornos intestinales digestivos. (3,6)

3.- Epidemiología.

Es un trastorno crónico, y la mayoría de los pacientes que lo padecen sufren sus síntomas durante muchos años. Dichos síntomas recurren frecuentemente y tienen un gran impacto en sus vidas, reduciendo de manera importante su bienestar físico, social y emocional; de igual manera consumen una gran cantidad de recursos sanitarios. Es un trastorno muy frecuente, hasta el punto de poder considerarse el trastorno digestivo funcional más frecuente que se encuentra en los centros de atención primaria y secundaria (7).

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

En un estudio realizado por médicos de atención primaria se valoró el motivo por el que sus pacientes acudían a la consulta, y se pudo establecer que en el 10% de los casos era por causas gastroentéricas, de las que la más frecuente es el SII, constituyendo el 30% de los casos. De ellos, sólo el 29% de los pacientes con SII era remitido a la consulta del especialista. (8)

El SII es muy prevalente, pero hay importantes diferencias en los datos publicados; estas diferencias se deben principalmente a las distintas muestras evaluadas y a los varios criterios diagnósticos empleados. La prevalencia de SII oscila entre un 5 y un 20% dependiendo de la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados (7, 9).

Afecta a cerca del 10-15% de la población europea, con unas tasas semejantes comunicadas en Norteamérica. En un estudio que utilizó un mismo cuestionario para valorar la prevalencia de este síndrome en ocho países europeos, las prevalencias totales oscilaron entre el 6,7% y el 12%, siendo más altas en Reino Unido, Francia e Italia y más bajas en Países Bajos, Bélgica y España (8).

En nuestro país, el primer estudio realizado sobre población general, se llevó a cabo, aplicando para el diagnóstico los criterios Roma I, en una muestra aleatorizada de 264 sujetos, se estableció una tasa de prevalencia del 13,6%.

Posteriormente, publicaron un estudio aleatorizado y estratificado en la población general según sexo, edad, clase social y lugar de residencia. Para ello, realizaron 2000 encuestas directas a sujetos de la población general, recogiendo datos sobre sintomatología digestiva, de forma que se determinó la prevalencia del SII, aplicando todos los criterios diagnósticos recogidos de la literatura especializada. De esta manera, determinaron que la prevalencia varía según el criterio diagnóstico utilizado:

- 10,3% aplicando los de Manning.
- 12,1% según los Roma I.
- 3,3% aplicando Roma II.

En cualquier caso, cuando comparamos los distintos criterios diagnósticos, parece evidente que los criterios de Roma II son más restrictivos en el diagnóstico del SII que los utilizados previamente, de forma que dos tercios de los pacientes diagnosticados de SII con los criterios de Roma I no reunían suficientes síntomas para ser catalogados con este diagnóstico diez años más tarde (9).

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

Aún no hay datos sobre cuál es la prevalencia del SII de acuerdo con los nuevos criterios de Roma III aunque, dado que son menos restrictivos que los de Roma II, es de suponer que las cifras se acercarán más a las obtenidas previamente con los de Roma I (2).

****Incidencia.***

No se han publicado estudios prospectivos que evalúen la tasa de incidencia del SII, aunque a partir de estudios de prevalencia en la población general, en los que se vuelve a interrogar a los sujetos al cabo de un tiempo suficiente, se puede establecer el porcentaje de pacientes que en el primer interrogatorio estaban asintomáticos y que posteriormente desarrollan síntomas.

En estudios de esta índole realizados sobre población de E.E.U.U., a los 12-20 meses del primer control se obtuvieron tasas de incidencia del 6,6% anual. Otro estudio realizado también con este método, pero en esta ocasión a los 5 años y sobre población danesa, ofrece una tasa de incidencia del 2% anual en varones y del 4% en mujeres (9).

****Influencia del sexo, la edad y la raza.***

En la mayoría de las series publicadas, aunque se presenta tanto en hombres como en mujeres, su frecuencia de aparición es claramente mayor en el sexo femenino, con diferencias, respecto al hombre, que oscilan entre 2-2,5:1 hasta 3-4:1; y no se asocia con la edad, nivel educativo, clase social o localización geográfica (5, 9).

Estas diferencias no son tan importantes cuando se tiene en cuenta a los pacientes que llegan a consultar con el médico. En este caso la relación hombre mujer es inferior a 2:1. No se conoce bien si estas diferencias obedecen a un diferente patrón de comportamiento ante la enfermedad o a la existencia de un rasgo biológico diferencial.

En cuanto a la edad, hay datos discordantes en cuanto a si el SII aumenta o disminuye con los años, pero el análisis específico de grupos de ancianos indica que la prevalencia es inferior a la de la población general. Se presenta en la mayoría de las ocasiones a una edad temprana; en más del 50% de los casos, los síntomas aparecen antes de los 35 años (8).

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

De este modo, su prevalencia, junto al hecho de que aparezca en adultos jóvenes (el pico de máxima incidencia está en personas de 20-40 años) y el empeoramiento en la calidad de vida que ocasiona, hacen de esta enfermedad “un problema de salud al que se le debería prestar más atención”. La raza podría influir en la aparición del SII, tanto por motivos genéticos o culturales como de hábitos de vida. (8)

Por este motivo se han realizado diversos estudios para determinar si, dentro de una determinada sociedad, hay diferencias en la tasa de prevalencia según su raza. Los resultados obtenidos a este respecto son variados.

En general no se observan diferencias entre razas; sin embargo, es curioso que, en una misma población, los cambios en las formas básicas de vida puedan influir en la prevalencia del SII, de modo que los beduinos de Israel que siguen con una vida rural y nómada tienen SII con menos frecuencia que aquellos que viven en las ciudades de forma estable (el 5,8% frente al 9,4%).

*** *Evolución clínica del síndrome de intestino irritable.***

La historia natural del SII se conoce poco, aunque se supone que la evolución es, muy variable. En un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en una cohorte de 209 pacientes con SII (criterios Roma II) atendidos en atención primaria se observó que en el 61% se mantenía el mismo patrón clínico durante 3 meses; además prácticamente ningún enfermo pasó del predominio de diarrea a estreñimiento o viceversa (10).

En una revisión sistemática reciente publicada se revisa la distribución de los subtipos de SII y su evolución clínica (10).

4.- Fisiopatología.

El diagnóstico de los procesos funcionales gastrointestinales constituye uno de los mayores retos de la gastroenterología contemporánea, ya que debemos encontrar explicaciones para síntomas que, al mismo tiempo que carecen de un sustrato orgánico evidente, tienen expresiones clínicas tan opuestas como son la diarrea y el estreñimiento. En las últimas décadas dos importantes progresos han permitido conceptualizar adecuadamente el SII y avanzar en el conocimiento de su fisiopatología. (11)

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

El primero de estos progresos fue aplicar al SII un modelo biopsicosocial integrado de enfermedad, en lugar del clásico modelo reduccionista basado en una etiología biológica. Esta perspectiva permite entender los síntomas como multideterminados fisiológicamente y modificados por influencias socioculturales y psicosociales a través del eje cerebro-intestino (12).

El segundo cambio ha sido el crecimiento notable en técnicas de investigación que permiten cuantificar los factores psicosociales y fisiológicos. Así se ha mejorado la valoración de la motilidad y de la sensibilidad visceral, y la investigación de péptidos, inmunología de la mucosa, inflamación y flora bacteriana. La visualización del cerebro humano in vivo mediante PET y RMN permiten investigar la modulación central de la función gastrointestinal y su vinculación con áreas cognitivas y emocionales, a la vez que el uso de instrumentos psicológicos estandarizados permiten la categorización y cuantificación de emociones, estrés, cognición y calidad de vida. (11)

Por tanto, aunque actualmente no se conoce con claridad, la fisiopatología responsable del cuadro; según el modelo biopsicosocial, los factores que parecen estar implicados o los mecanismos propuestos implican la existencia de:

- Una alteración de la función motora intestinal.
- Una hipersensibilidad visceral (modulada por el SNC).
- Alteraciones psicosociales.

Los dos primeros originarían los síntomas somáticos mayores del síndrome (dolor y/o distensión abdominal, diarrea y estreñimiento), mientras que los factores psicosociales modularían su presentación clínica (12).

Para poder encajar estos diferentes aspectos de una forma global, se podría considerar la existencia de: (11)

* Factores predisponentes: la existencia de alteraciones genéticas o determinadas situaciones ambientales crearían el ambiente adecuado para la aparición del SII, en caso de existir desencadenantes psicosociales y factores concurrentes.

* Desencadenantes psicosociales: tales desencadenantes pueden consistir en un cuadro infeccioso, un cambio cualitativo de la flora intestinal o determinadas circunstancias como situaciones de estrés crónico o abusos sexuales, que en presencia de factores concurrentes producirían una desregulación entre el sistema nervioso entérico y central.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

* Factores concurrentes: entre ellos se encuentran las alteraciones de la personalidad, la edad temprana o el sexo femenino.

* Desregulación del sistema nervioso entérico-sistema nervioso central: esta desregulación daría lugar a la infiltración de la mucosa del colon e intestino delgado por los mastocitos. Estas células, en la proximidad de las terminaciones nerviosas de los plexos mientéricos, liberarían mediadores que producirían una hipersensibilidad intestinal en forma de hipersensibilidad a la distensión y alteraciones mínimas en la utilidad y el tránsito, que darían lugar a los síntomas de dolor y alteraciones del hábito deposicional.

✓ ***Fisiopatología de las alteraciones de la motilidad intestinal.***

Cualitativamente, parece no haber alteraciones motoras específicas del SII. Por lo tanto, resulta difícil entender cómo algunos pacientes presentan una aceleración del tránsito del colon, expresado clínicamente por deposiciones diarreicas, mientras que otros están disminuidos y presentan estreñimiento, y en un tercer grupo se alternan estos dos síntomas.

La alteración motora más consistentemente observada en los pacientes con SII es la presencia de una respuesta motora exacerbada a varios estímulos, tales como la ingesta de alimentos, estrés psicológico, distensión del intestino con balón, colecistoquinina, hormona liberadora de corticotropina y fármacos colinérgicos (neostigmina).

Los mecanismos involucrados en esta hiperreactividad motora parecen estar relacionados con el funcionamiento de las interrelaciones entre el sistema nervioso entérico (SNE) y las fibras musculares lisas del tubo digestivo. Algunos pacientes con estreñimiento presentan disminución de las células intersticiales de Cajal en el colon.

Estas células tendrían una función de marcapaso en la actividad eléctrica que regula la motilidad del colon. El reflejo gastrocólico exacerbado es un ejemplo de hiperreactividad motora desencadenada por la alimentación. El exceso de gases y la distensión abdominal, probablemente se relacionan con la retención de gas en el intestino más que con un aumento en la producción de gases.

Los otros síntomas (urgencia para evacuar, sensación de evacuación incompleta o dolor relacionado con la actividad motora del colon) son más bien

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

una manifestación de la hipersensibilidad visceral que una alteración de la motilidad (10).

✓ *Hipersensibilidad visceral.*

Una de las alteraciones fisiopatológicas más importantes en el SII consiste en que los pacientes muestran respuestas exageradas a estímulos provocadores como alimentos, distensión, estrés y diversos estímulos químicos, sin un patrón correspondiente de hiperreactividad en el estómago o intestino delgado. Con la evidente excepción del tiempo de tránsito, no hay consenso acerca del patrón de motilidad responsable de la diarrea y el estreñimiento en el SII (7).

La hipersensibilidad visceral es la disminución del umbral doloroso que se expresa como malestar abdominal. Es un fenómeno observado en cerca del 50-60% de los pacientes con SII y se interpreta como una alteración en el procesamiento de la sensibilidad. Por otra parte, la sensibilidad a estímulos dolorosos somáticos cutáneos no muestra diferencias significativas con los controles (13).

✓ *Factores psicosociales.*

El papel de los factores psicológicos en el SII es un tema discutido. Aunque la existencia de factores psicosociales no es necesaria para establecer el diagnóstico, numerosos estudios han demostrado que los pacientes con SII padecen con mayor frecuencia diversos trastornos psiquiátricos, incluyendo síndromes de ansiedad, pánico, alteraciones del estado de ánimo (distimia, depresión) y diversos trastornos somatomorfos (6).

Sin embargo, mientras la naturaleza y/o la causa de esta asociación sigue siendo un tema de discusión, se han propuesto varios mecanismos, tanto psicológicos como fisiológicos que pudieran explicarla.

El sistema nervioso central puede modificar la actividad inflamatoria del sistema inmunitario en el tracto gastrointestinal. Así, la exposición de sujetos sanos a un alto grado de estrés se relaciona con una degranulación de mastocitos en la mucosa intestinal y algunos mediadores de los mastocitos son capaces de interaccionar con terminaciones nerviosas aferentes modulando la sensibilidad visceral. Una respuesta anómala al estrés incrementa la permeabilidad mucosa y facilita la interacción de organismos y antígenos de la luz intestinal con el sistema inmunitario digestivo (14).

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

Existe un número considerable de trabajos que relacionan los agentes estresantes y trastornos del ánimo con los trastornos funcionales gastrointestinales. Sin embargo, es difícil distinguir si estas alteraciones del estado anímico son la causa o consecuencia de la experiencia clínica de los pacientes con SII.

En general, se considera que un ánimo depresivo o ansioso puede aumentar la gravedad de los síntomas del SII, ya sea porque los sujetos con ansiedad y depresión, conciben los síntomas como más graves, estresantes y desagradables, o porque los cambios fisiológicos que acompañan a los trastornos del ánimo tienen una influencia directa sobre la función gastrointestinal. (12)

Así, aquellas experiencias o situaciones que el paciente concibe como estresantes se correlacionan, en determinadas ocasiones, con una exacerbación de los síntomas, aunque, la naturaleza exacta por la que tiene lugar esta asociación no está clara.

De este modo parece que la ansiedad es más importante en el mantenimiento de la sintomatología del SII, mientras que la depresión lo es en la interpretación y aceptación de la conciencia de enfermedad y la respuesta ante los acontecimientos adversos de la vida cotidiana. Sin embargo, existen algunos estudios que manifiestan que los pacientes con SII no son más propensos a tener esta entidad que la población general. (15)

Por tanto, el estrés psicológico o las reacciones emocionales al estrés pueden afectar a la función gastrointestinal tanto en los individuos sanos como en pacientes con SII. Aún cuando los efectos del estrés sobre la función intestinal son universales, los pacientes con SII parecen referir más síntomas en respuesta al estrés (15).

El papel de los factores psicosociales en pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales puede resumirse de la siguiente forma:

-el estrés psicológico exagera los síntomas gastrointestinales. Los grados de angustia psicosocial importante también se han relacionado con un SII grave (7).

-La angustia y otros factores psicológicos afectan al estado de salud y la evolución clínica.

-Los factores psicológicos influyen en qué pacientes consultan al médico.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

-El SII tiene un impacto psicosocial porque deteriora la calidad de vida (1).

-La comorbilidad psiquiátrica y psicológica es frecuente en los pacientes con SII; en torno al 40-60% de los sujetos con SII tiene uno o más trastornos psiquiátricos concomitantes, de los que ansiedad, depresión y trastornos somatoformes son los más frecuentes (12).

-El estado de salud y los resultados clínicos se ven influidos por la situación psicosocial.

-Los factores psicosociales tienen una influencia directa importante en los pacientes que buscan asesoramiento médico por síntomas clínicos (12).

En cerca del 50% de los pacientes con SII y trastornos psiquiátricos, el trastorno psiquiátrico aparece antes de que se inicien los síntomas del SII, lo que indica que la depresión y la ansiedad no surge necesariamente como consecuencia de síntomas del SII (15).

La relación entre trastornos psiquiátricos, estrés y SII no se conoce perfectamente, aunque es probable que sea consecuencia de un funcionamiento alterado del eje cerebro-intestino, pensando que el estrés puede desencadenar la inflamación en el intestino, ya sea por activación neuronal o química. Asimismo, una vez establecida la inflamación intestinal, el estrés recidivante quizá regule al alza la respuesta inflamatoria, lo que daría lugar a un proceso que se auto perpetúa y a la aparición de síntomas crónicos del SII.

También se ha propuesto que la inflamación crónica puede provocar una regulación a la baja adaptativa de la sensibilidad perceptual. De igual manera, la hipersensibilidad visceral en el SII puede encontrarse mediada, al menos en parte, por una hiperalgesia visceral inducida por el estrés (7).

La mayoría de los estudios sugiere que, en comparación con otros grupos médicos y controles sanos, los pacientes con SII refieren más acontecimientos estresantes, tanto a diario como en el curso de la vida. Además, en los individuos con SII, el estrés se asocia estrechamente con la aparición de los síntomas (15).

Entre los factores psicológicos que influyen negativamente en el estado de salud y la evolución clínica se encuentran: una historia de abuso emocional, sexual o físico; acontecimientos vitales estresantes, estrés social crónico o trastorno de ansiedad y un estilo de afrontamiento mal adaptativo. (15)

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

De igual forma son tres los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes con SII: trastornos de ansiedad (pánico y trastorno de ansiedad generalizada), trastornos de humor (depresión mayor y trastorno distímico) y trastornos somatoformes (hipocondría y trastorno de somatización) (1).

Como ya se ha mencionado, parece existir una evidencia suficiente de la comorbilidad entre el síndrome de intestino irritable y los trastornos del ánimo (incluyendo la ansiedad), desempeñando un papel fundamental, a este respecto, el neurotransmisor indolamínico serotonina. Ejerce una acción, principalmente regulando el estado afectivo, la percepción visceral, la secreción y la motilidad intestinal. Además, tanto los trastornos afectivos como el SII se tratan con éxito con los agentes serotoninérgicos (16).

La depleción aguda de triptófano (DAT) se ha empleado durante mucho tiempo, en las investigaciones psiquiátricas para determinar los efectos que ejercen los cambios rápidos en las concentraciones de serotonina en el estado de ánimo y la ansiedad. Este procedimiento (DAT) reduce las concentraciones plasmáticas de triptófano en un 70-80% respecto a los valores basales, así como las concentraciones a nivel central de triptófano y del ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito de la 5-HT) en un 90 y 33% (16).

Con posterioridad, un grupo inglés concluye que los cambios en las concentraciones de este aminoácido, provoca cambios en la sintomatología gastrointestinal y la ansiedad en comparación con los controles; de manera que en el grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable, los pacientes presentaban síntomas gastrointestinales más graves y menos ansiedad cuanto mayores eran las concentraciones de triptófano; sugiriendo, por tanto, la posibilidad de la existencia de una respuesta diferente a este neurotransmisor (16).

5.- Calidad de vida y síndrome de intestino irritable.

- ***Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).
¿Qué es y para qué medirla?***

Es difícil encontrar una definición de calidad de vida relacionada con la salud que englobe todos sus matices; de hecho, probablemente, la subjetividad de la percepción de la CVRS esté en relación con el gran número de variables que la modifican. Además, se ve potenciado por el hecho de tratarse de una característica dinámica, que adopta un significado diferente según el contexto en

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

el que se emplee y que incluso, dentro de un mismo individuo, puede ser cambiante a lo largo del tiempo. Por tanto, la CVRS traduce la influencia que tiene la salud sobre las actitudes y el comportamiento en la vida diaria de las personas. (17)

La vida puede verse como un todo constituido por diferentes aspectos o dimensiones. La calidad de vida vendría dada por la satisfacción con cada una de estas dimensiones y la importancia que cada uno da a cada aspecto de la vida.

La salud, tal como se entiende hoy día, va más allá de la simple percepción de ausencia de enfermedad y supone un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta visión de la salud determina que el hecho de padecer una enfermedad crónica provoque una afectación multidimensional de la vida, con cambios en las esferas personal, familiar y social. Esta relación entre los cambios acaecidos en la vida y el deterioro del estado de salud es lo que denominamos calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (17).

Lo cierto es que la sensación subjetiva de bienestar (físico, mental, emocional, espiritual y social), que es como define la OMS la salud, depende básicamente de 3 aspectos:

- * Discapacidades o incapacidades no susceptibles de modificación
- * Enfermedades o aspectos físicos modificables
- * Factores no relacionados con la salud (edad, situación social, económica, educativa, personalidad...) (18).

De alguna forma, la consideración de la calidad de vida como resultado de la enfermedad, obliga a sostener un modelo teórico de enfermedad, en parte diferente del modelo biomédico al que estamos acostumbrados, en el que la CV se convierte en el resultado de la enfermedad y en el objetivo de las intervenciones médicas (18).

Desde el punto de vista práctico, la CVRS engloba el impacto que tiene la enfermedad sobre el individuo, no solo en la percepción de los síntomas sino también sobre otros aspectos, especialmente la capacidad física, el bienestar psíquico y el funcionamiento social.

Es indudable que el interés de la medicina y el interés de los pacientes van más allá de la simple curación de las lesiones o del alivio de los síntomas y la evaluación de la CVRS es considerada como una respuesta a este interés. En esta búsqueda de la calidad de vida probablemente han influido tanto factores

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

psicosociales (el concepto de sociedad del bienestar, el deseo de sentirse plétórico), factores tecnológicos (la percepción de omnipotencia de la medicina), factores económicos (rentabilidad del trabajador, valoración de costes sanitarios, evaluación de coste-eficacia de las intervenciones médicas), como factores puramente médicos (crecimiento en importancia de los trastornos funcionales).

En este sentido, medir la CVRS ofrece una evaluación más completa del impacto que tiene una enfermedad y una evaluación más completa del resultado de una intervención médica, lo que permite no solo obtener una mejor cuantificación de nuestro trabajo médico frente a la enfermedad, sino también una medida del resultado (satisfacción del paciente), que lógicamente, se traslada a la esfera económica fácilmente.

Es evidente que la evaluación de la calidad de vida se ha incorporado como un parámetro de eficacia más en los estudios terapéuticos y como una variable importante para medir el impacto social de las enfermedades. Pero realmente ¿tiene utilidad medir la calidad de vida en nuestra consulta?. Hoy por hoy es una pregunta sin una respuesta definida.

En teoría, medir la calidad de vida puede proporcionar algunas aportaciones en nuestra práctica diaria:

- revelar problemas o alteraciones funcionales de las que el médico no se había percatado
- ayudar a la relación médico-paciente (proporciona una visión más global del problema)
- mejorar la valoración del resultado terapéutico
- mejorar la calidad y el valor económico de la consulta
- facilitar la detección de efectos adversos de políticas de contención de gastos, proporcionándole al médico argumentos para el debate y participación en la distribución de recursos.

Sin embargo, también puede tener un inconveniente, al hacer ver al paciente que su problema es mayor, aumentar sus expectativas, que pueden no verse cumplidas, con el consecuente deterioro de la relación médico paciente y ansiedad y stress secundarios.

Una de las críticas vertidas a la evaluación de la CVRS es la total subjetividad que conlleva. Esto, lejos de ser un inconveniente, debe considerarse una ventaja puesto que precisamente la CVRS es el impacto individual que tiene una enfermedad; en realidad, se convierte en un instrumento muy útil para saber

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

la situación de un paciente concreto, lejos de las generalizaciones del concepto más clásico de enfermedad (20).

No es de extrañar, por ello, que en los últimos años se haya dedicado un gran esfuerzo a la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud en diversas patologías crónicas digestivas con gran repercusión en la población, entre ellas, el síndrome de intestino irritable (20).

➤ *¿Cómo evaluar la CVRS?*

Por definición, la calidad de vida refleja percepciones subjetivas, por lo que para su evaluación, podemos emplear diferentes técnicas, de las que las más empleadas son la entrevista personal y los cuestionarios directos que permiten obtener directamente esta información. Estos instrumentos intentan relacionar una variable (una enfermedad o su tratamiento) con las diferentes dimensiones de la vida que se consideran importantes para la población en general (instrumentos genéricos) o para las personas que sufren una enfermedad concreta (instrumentos específicos). (20)

Según las características estructurales o sus propósitos hay varios tipos de instrumentos de medida de la CVRS:

- según su contenido: puede tratarse de perfiles de salud o medidas de utilidad.
- según su aplicación: pueden dirigirse a la población general o a enfermedades o a grupos poblacionales.
- según su valoración: pueden ser de tipo global o multidimensional.

Cada tipo tiene sus ventajas e inconvenientes. Por ello, instrumentos de medida, genéricos y específicos, miden distintos aspectos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y son complementarios, de modo que debe usarse uno u otro o sus combinaciones en función del propósito de su aplicación (20).

Los instrumentos genéricos son aplicables a múltiples enfermedades y permiten las comparaciones entre diferentes poblaciones de pacientes. Sin embargo, se considera que su capacidad y sensibilidad para detectar cambios con las intervenciones terapéuticas es muy limitada por lo que su posible utilidad en el ámbito clínico es relativamente baja. (23)

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

Los instrumentos específicos están diseñados para su aplicación a pacientes con una enfermedad o grupo de enfermedades concretas y son considerados en general más sensibles para detectar los efectos de una intervención médica, (23) aunque tienen como inconveniente no tener en cuenta posibles enfermedades concomitantes y la posibilidad de no detectar cambios importantes que sean debidos a otros procesos o simplemente a factores inesperados (23).

La mayoría de los instrumentos de medida de la CVRS se han diseñado en lengua inglesa para grupos socioculturales anglosajones. Consecuencia de ello, es que la simple traducción de un cuestionario a otro idioma, no implica que éste sea aplicable a otra población con características socioculturales diferentes de las de la población de origen. Por tanto, éstos deben someterse a un proceso de adaptación transcultural y de validación antes de utilizarse. (23)

➤ *Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en el Síndrome de Intestino Irritable.*

Para evaluar la CVRS existen diferentes técnicas, de las que las más utilizadas son la entrevista personal y los cuestionarios. Estos últimos se componen de un número determinado de preguntas o ítems que se contestan mediante respuestas dicotómicas (p. ej., sí o no) o rangos sumativos de Likert (se ofrece un rango de posibilidades para manifestar el grado de acuerdo con el enunciado; p. ej., «me sucede siempre/me sucede a menudo/casi no me sucede/no me ocurre nunca») o escalas analógicas.

La mayoría de los instrumentos de medida de la CVRS se han diseñado en lengua inglesa para grupos de población de características socioculturales anglosajonas; lo cual implica que, las traducciones a lenguas distintas a las que fue diseñado, deben someterse a un proceso de adaptación transcultural y de validación de sus características psicométricas antes de utilizarse.

En la población anglosajona se usan diversos cuestionarios para la medición de la CVRS en enfermedades digestivas crónicas, pero sólo algunos han sido adecuadamente traducidos y validados para su uso en la lengua española. Existen numerosos instrumentos que evalúan la calidad de vida. Pueden ser de dos tipos: evaluaciones globales o genéricas, por un lado, y específicas para una enfermedad por otro.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

Los instrumentos genéricos miden el impacto de determinadas enfermedades en la vida de los pacientes, en grandes poblaciones. Por el contrario, los instrumentos específicos son más sensibles y pueden evaluar, en bases individuales y específicas, ciertos aspectos de la calidad de vida, motivo por el cual tienen mayor capacidad para detectar la mejoría o el empeoramiento antes y después del tratamiento. En la evaluación de la calidad de vida se consideran las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales de las enfermedades, además de dimensiones físicas.

En el caso del SII, se reconoce que la calidad de vida es un importante marcador de este trastorno. Los tests, por lo tanto, se utilizan cada vez más por su importancia no sólo meramente académica, sino también por el interés en la práctica médica diaria. Existen los instrumentos genéricos y específicos de enfermedad que se pueden usar para evaluar la calidad de vida en el SII.

En general, los estudios son de tres órdenes:

- aquellos que comparan la calidad de vida en el SII con la de individuos sanos,
- otros que la comparan con la de pacientes que presentan otras enfermedades,
- y los que incluyen determinantes tales como el sexo, el tipo y la gravedad de los síntomas y la respuesta a un tratamiento (36).

El SF-36 es el único cuestionario de medida de la calidad de vida genérico y se ha utilizado en el estudio de la repercusión de diversas enfermedades digestivas en la CVRS.

Utilizando este cuestionario, se ha demostrado que los pacientes con SII tienen una puntuación significativamente peor que las personas sanas, pacientes con reflujo gastroesofágico, asma o migraña o enfermedad ulcerosa péptica, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad hepática o biliar. En cambio, el deterioro se ha descrito similar al que observamos en pacientes con diabetes mellitus y enfermedad renal en fase terminal.

En un estudio español en el que 2.000 individuos completaron el SF-36 para investigar si la afectación de la CVRS dependía de si se utilizaban los criterios de Roma I o de Roma II, los autores demostraron que los pacientes que cumplen los criterios de Roma II tienen una peor CVRS, especialmente en las escalas de dolor y salud general. Además, la peor CVRS se relacionó con un mayor consumo de recursos sanitarios.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

El primer instrumento de medida de CVRS específico para pacientes con síndrome del intestino irritable es el Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBSQOL), diseñado por Hahn et al en 1997.

El IBSQOL consta de 30 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 o 6 puntos y que se suman en 9 escalas diferentes (emocional, mental, bienestar, sueño, energía, función física, dieta, social, sexual). Validado en un grupo de 500 pacientes con síndrome del intestino irritable, demostró que es un cuestionario homogéneo y válido, que permite discriminar entre pacientes con diferente gravedad de la enfermedad.

El IBDQ se ha utilizado para comparar la afectación de la CVRS en una enfermedad con daño morfológico como la EII y otra sin lesión, como es el síndrome del intestino irritable. Irvine y Donnelly, que compararon los resultados del IBDQ en 45 pacientes con colitis ulcerosa, 27 con síndrome del intestino irritable y 48 controles, observaron que ambas enfermedades limitaban la CVRS de una forma similar.

En la misma línea, O’Sullivan et al. (127), al comparar la CVRS en 70 pacientes con síndrome del intestino irritable, 60 con enfermedad de Crohn y 82 con colitis ulcerosa, observaron peores resultados en los pacientes con síndrome del intestino irritable que en los afectados de enfermedad inflamatoria intestinal. Este mismo trabajo se apuntó la existencia de una mejor relación entre la percepción de la CVRS y el grado de depresión y ansiedad que con los síntomas, lo que indica que en el síndrome del intestino irritable el impacto sobre la CVRS no depende de la existencia de una lesión orgánica, sino de factores subjetivos como el conocimiento de la enfermedad, el grado de ansiedad, depresión, apoyo familiar, etcétera.

Los pacientes con síndrome del intestino irritable refieren estar insuficientemente informados sobre su enfermedad, y un estudio reciente evidencia que quienes padecen este trastorno se consideran menos informados y reclaman más información sobre su enfermedad que los pacientes con EII (el 77 frente al 56%, respectivamente) 68. Estos datos son particularmente importantes debido al hallazgo de que los pacientes que se consideran peor informados son los que requieren más consultas médicas.

La aplicación del IBSQOL en diferentes países ha permitido contrastar la repercusión de la enfermedad en diferentes sociedades. En este sentido, un estudio realizado en 343 pacientes ingleses y 287 americanos con síndrome del

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

intestino irritable, que completaron el SF-36 y el IBSQOL, ha demostrado que en ambos países la enfermedad comporta una afectación de la CVRS (comparada con controles sanos) y un coste sanitario parecidos, aunque los pacientes ingleses puntuaron peor tanto el cuestionario genérico como diversos dominios del cuestionario específico.

Poco después que Hahn et al.(129), el grupo de Patrick (130) en Seattle publicó otro cuestionario específico denominado también Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBSQOL). Éste consta de 34 ítems, distribuidos según el análisis factorial en 8 dimensiones, y presenta una adecuada consistencia interna, capacidad de discriminar a los pacientes según la intensidad de los síntomas, reproducibilidad a corto plazo y capacidad de reconocer cambios en el estado de salud relacionados con el tratamiento de la enfermedad. El IBSQOL se centra en la intensidad de la sintomatología y la sensación de bienestar psicológico más que con el grado de funcionalidad del individuo.

En nuestro idioma disponemos de una adaptación al castellano del IBSQOL. Badía et al.(131), elaboraron una versión en castellano del IBSQOL mediante el método de traducción y retrotraducción del original en inglés, la evaluaron en un estudio piloto con 5 pacientes con síndrome del intestino irritable y concluyeron que la versión española del IBSQOL es comprensible y relevante para la enfermedad, aunque deben aún comprobarse sus propiedades psicométricas.

Existen otros cuestionarios para valorar la CVRS en el síndrome del intestino irritable, como el Functional Bowel Disorders Severity Index (FBDSI) de Sperber et al, o el Irritable Bowel Syndrome Questionnaire (IBSQ) de Wong et al.(132), pero no han sido adecuadamente validados para su aplicación en pacientes con síndrome del intestino irritable. De todos modos, su aplicación ha permitido confirmar que en los pacientes con trastornos funcionales intestinales la CVRS se relaciona inversamente con la intensidad de los síntomas y que el tratamiento de éstos mejora el grado de satisfacción de los pacientes.

La aplicación de los cuestionarios de medida de la CVRS en los pacientes con síndrome del intestino irritable ha permitido conocer mejor la trascendencia de la enfermedad y la percepción que de ella tienen los pacientes. Disponer de una herramienta fiable y sensible para monitorizar el curso de la enfermedad, especialmente para cuantificar el beneficio de un tratamiento, es un tema aún no resuelto a pesar de que se investiga intensamente y se siguen publicando nuevos cuestionarios con este fin.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Además de por su elevada frecuencia, por su naturaleza funcional y su carácter crónico, el SII tiene una gran relevancia porque, más allá de sus consecuencias médicas, comporta un elevado costo para la sociedad y un problema para las relaciones conyugales y la vida laboral, de forma que un 19% de los pacientes que lo sufren tienen problemas en sus relaciones de pareja y cerca de la mitad de éstos refieren limitaciones laborales o incapacidad para su promoción laboral (119).

Al igual que sucede con la dispepsia funcional, la ausencia de lesiones orgánicas remarcables en el SII no significa que no exista una limitación en la percepción de la salud de los pacientes que la padecen.

Una revisión sistemática reciente en la que se incluyen diecisiete trabajos relativos a la CVRS en esta enfermedad ha puesto de manifiesto que los pacientes con SII moderado o grave refieren una disminución de su percepción de la CVRS y que ésta mejora con tratamiento (125).

Para tener una referencia del grado de afectación de la calidad de vida en el síndrome de intestino irritable, se han administrado cuestionarios genéricos a controles y a pacientes con diferentes tipos de enfermedades crónicas, a fin de permitir su comparación.(126)

En un trabajo publicado por O`Sullivan y cols., se observa que existe una mejor relación entre la percepción de la CVRS y el grado de depresión y ansiedad que con los síntomas, lo que indica que en el síndrome de intestino irritable el impacto sobre la calidad de vida no depende de la existencia de una lesión orgánica, sino de factores subjetivos como el conocimiento de la enfermedad, el grado de ansiedad, depresión, apoyo familiar... (127)

En México no existen muchos estudios ni investigaciones sobre la Calidad de vida en el SII, una vez descrito el síndrome podemos darnos cuenta que toca ampliamente temas relacionados con la medicina familiar, motivo por el cual me interesé en el tema, sobre todo porque aun no existe ningún tema de investigación realizado en esta clínica que indague sobre la calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable, cuestión que me llevó a preguntarme:

¿Cuál es la Calidad de Vida detectada en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable de la UMF No. 33 El Rosario?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo con el fin de evaluar la calidad de vida en Pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la UMF No. 33 El Rosario de la Población de 20 a 59 años en comparación con sujetos sanos (controles).

El estudio se realizó en una unidad de atención primaria para la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El estudio se llevo a cabo por medio de encuestas, IBSQOL, y el SF36 ambos validados en español. Se tomó una muestra de 100 pacientes en un rango de edad de 20 a 59 años por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual se dividió en dos grupos: 50 pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable mediante los criterios de ROMA II, y 50 pacientes sanos.

Dentro de los criterios de inclusión fueron: Tener capacidad para firmar el consentimiento informado, ser mayor de 20 años de edad y menor de 59 años, saber leer y escribir, cumplir criterios Roma II – III para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable y haber sido sometidos a un examen médico apropiado para excluir causas orgánicas que justificasen los síntomas.

Como criterios de exclusión se tomaron la existencia de enfermedad anal o colorrectal actual o previa, cirugía abdominal o anal previa (excepto colecistectomía, hemorroidectomía y /o apendicectomía), enfermedad metabólica, cardíaca, hepática, respiratoria o neurológica crónica, incapacidad para dar su consentimiento informado, pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión, escolaridad menor a primaria terminada, pacientes que no deseen participar en el estudio.

Los individuos en estudio fueron captados en la consulta de medicina familiar y previa explicación y consentimiento informado, se les realizó las encuestas de calidad de vida IBSQOL y el SF36, se recabaron los resultados y se llevó a cabo un análisis estadístico para su interpretación.

Los cálculos se realizaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 12.0. Los datos se expresan como media desviación estándar excepto cuando se señala de otra manera. La comparación de variables cuanti y cualitativas asimétricas se realizó mediante el análisis multivariante (ANOVA). El análisis de correlaciones se realizó mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. En todos los casos consideró significativa una p inferior a 0,05.

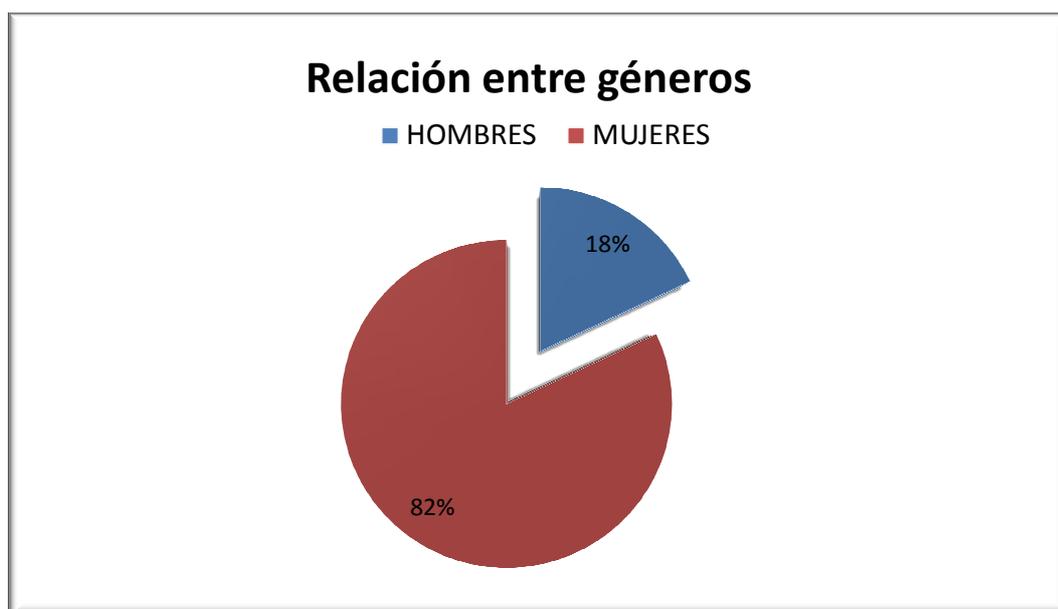
“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron un total de 100 individuos, de los cuales 50 eran controles sanos y 50 fueron diagnosticados de síndrome de intestino irritable según criterios Roma II y posteriormente Roma III.

Ambos grupos eran homogéneos, con respecto a las variables de apareamiento, no existiendo diferencias significativas entre las características de los mismos: edad, sexo e índice de masa corporal.

De ellos, en cada una de las dos categorías, 9 eran varones (18%) y 41 mujeres (82%), con una media de edad (incluyendo ambos sexos) de 39.38 +- 11.7 años en el grupo control y de 39.42 +- 11.5 entre los casos.



“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

Características demográficas.

Las características demográficas de los participantes (por categorías de casos o controles) se expresan en la siguiente tabla.

	Sexo	Edad	Talla	Peso	IMC
Controles (n=50)	9♂	39,38	1,67	65,9	23,57
	41♀	(±11,7)	(±0,06)	(±12,38)	(±3,58)
SII (n=50)	9♂	39,42	1,64	64,7	23,71
	41♀	(±11,5)	(±0,08)	(±11,86)	(±3,80)
P		0,98	0,15	0,30	0,85

Características demográficas de la muestra (resultados expresados como media ± Desviación Estándar).

Evaluación de la calidad de vida.

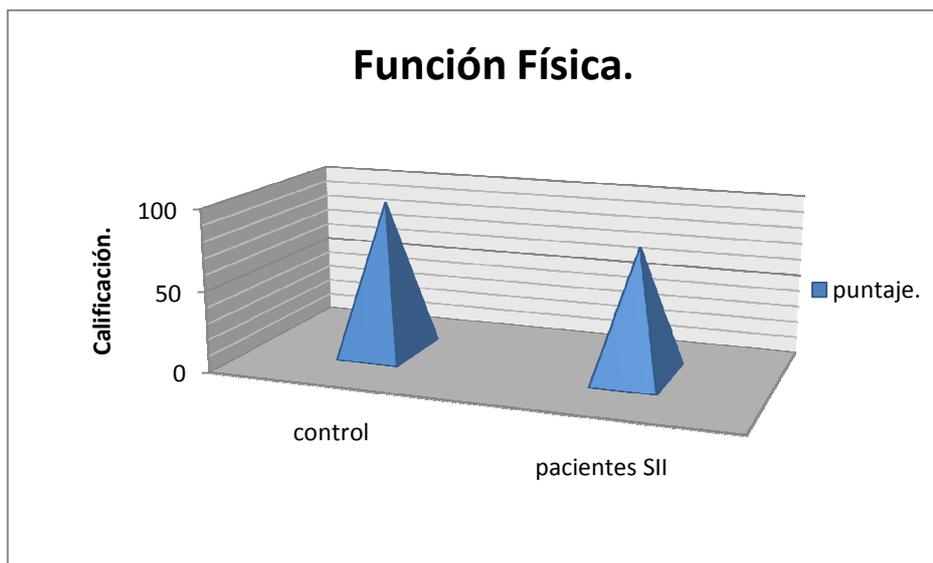
Como era de esperarse, los sujetos sanos refieren una mejor calidad de vida que los pacientes con síndrome de intestino irritable, con unas mejores puntuaciones en los test que la evalúan, tanto de forma general, como aplicado específicamente al síndrome de intestino irritable.

Evaluando la calidad de vida de forma general (SF-36), vemos que los pacientes con SII presentaban un deterioro de la calidad de vida comparado con los controles, tanto en el componente físico 53,74 +- 3,88 en los controles frente a 41,511 +- 9,1 en grupo con SII, como en el componente psíquico, 49,26 +- 8,04 frente 40,45 +- 11,81, diferencias en ambos casos estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

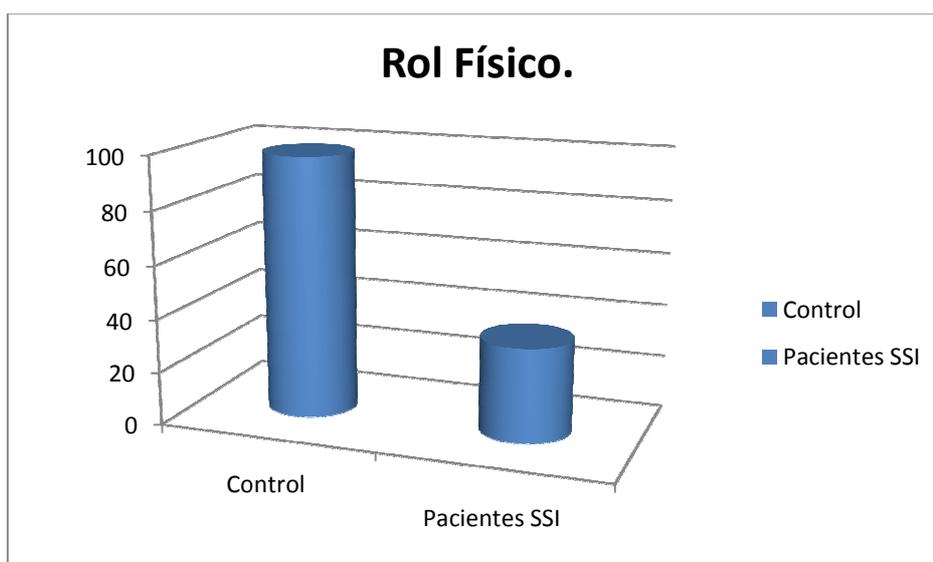
Este hecho se repite cuando estudiamos la calidad de vida aplicada de manera específica al trastorno que estamos analizando, el SII, y que se muestra en la existencia de una diferencia significativa en los resultados obtenidos en el cuestionario IBSQol, que evalúa de forma específica la calidad de vida en el SII, de manera que los controles, presentaban unas puntuaciones de 1,84 +- 3,074 y los individuos con clínica de SII otras superiores, 24,97 +- 15,396 ($p < 0,001$).

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

A continuación, se muestran las gráficas donde quedan recogidos los valores para cada una de las ocho dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36 y al final una recopilación y comparación de todos los resultados. En todas ellas, los pacientes con clínica digestiva reconocen una mayor afectación de su calidad de vida en relación con todos los parámetros analizados: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental.

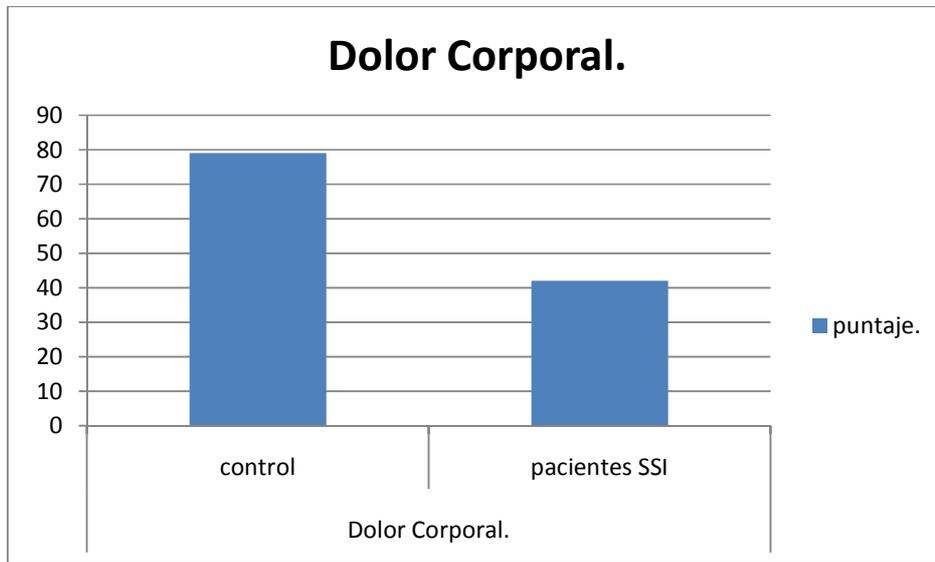


Comparación de la calidad en función física

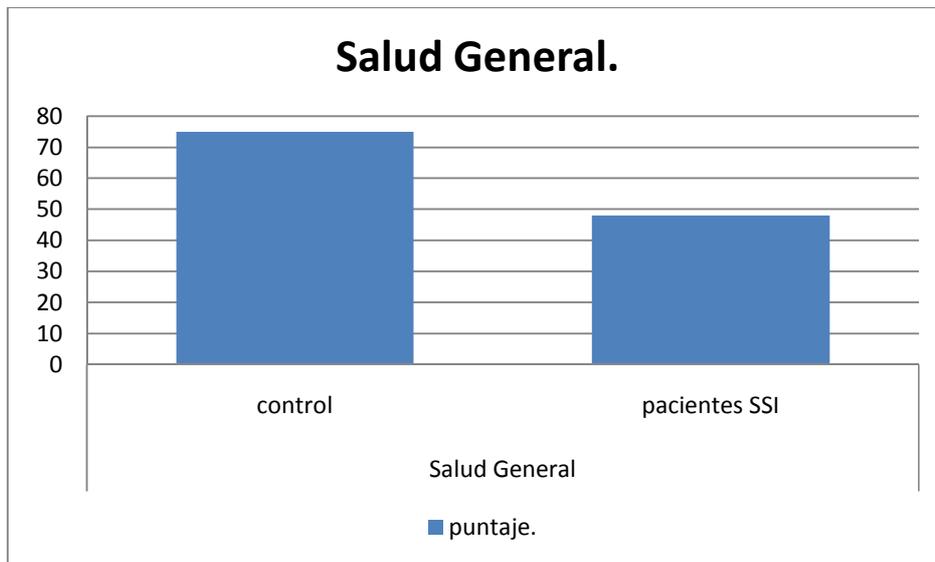


Comparación de la calidad en Rol físico.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

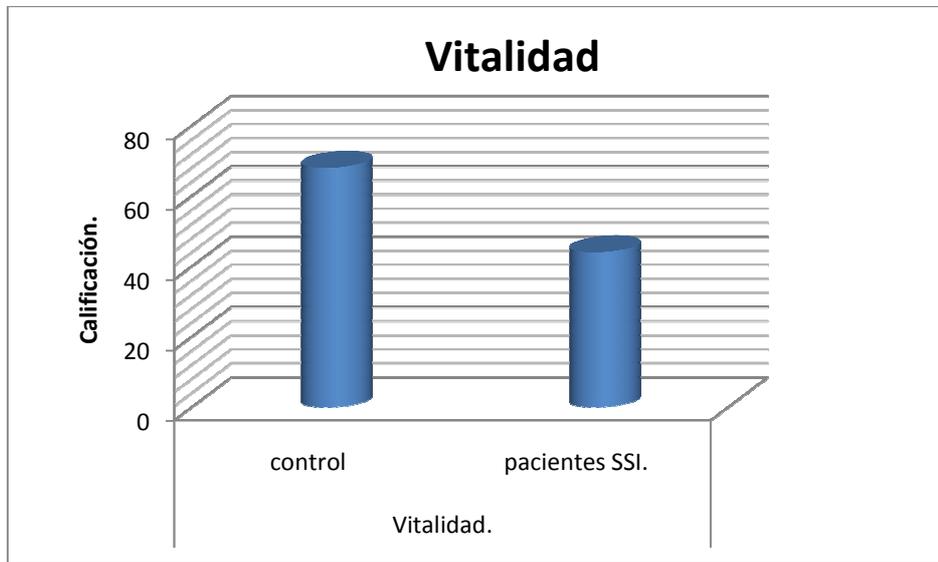


Comparación de la calidad de vida por dolor corporal

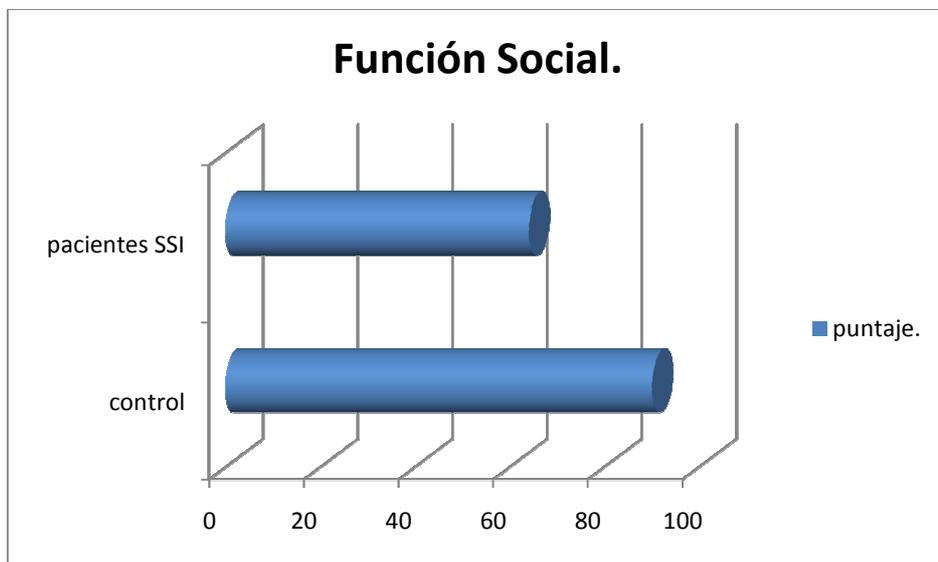


Comparación de la calidad de vida en cuanto a Salud General.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

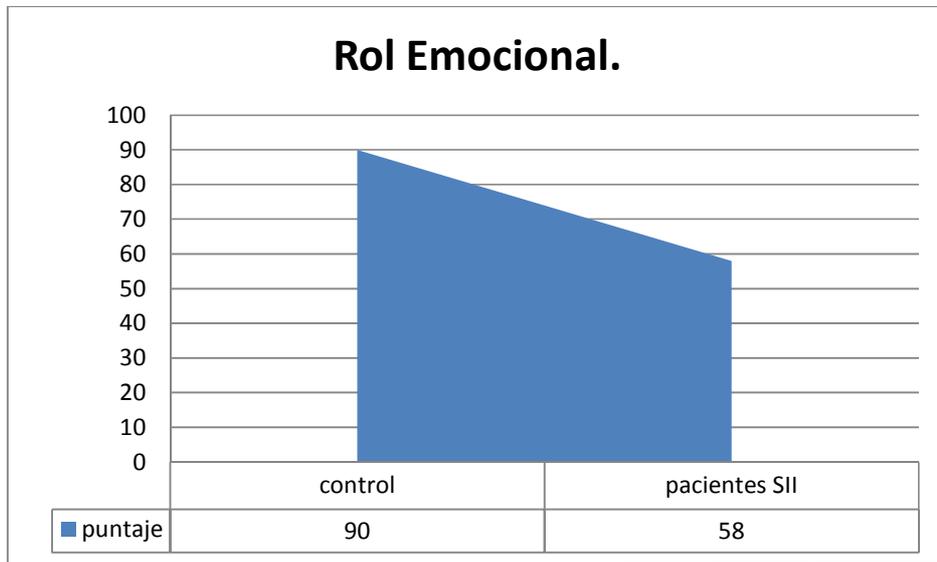


Comparación de la calidad de vida por la vitalidad.

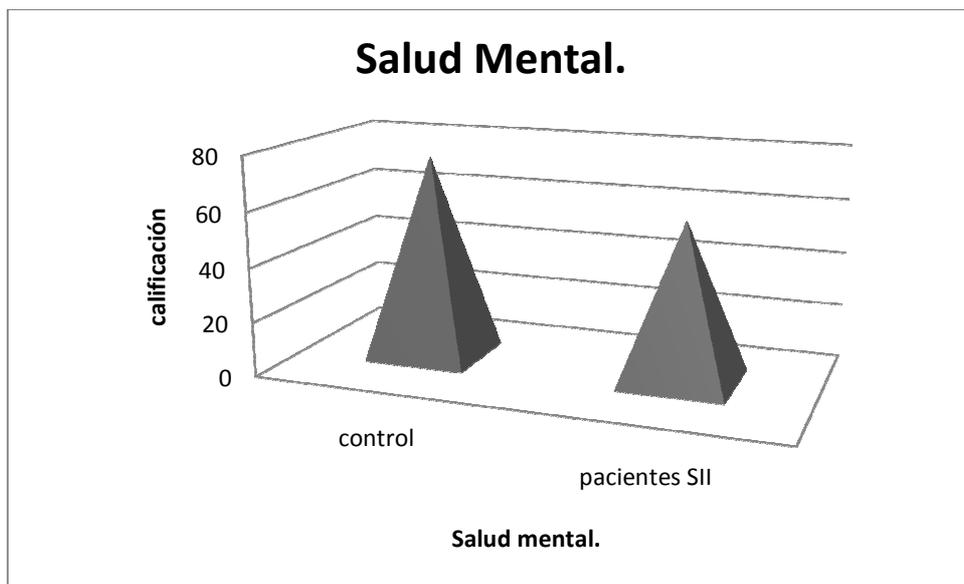


Comparación de la calidad de vida en cuanto a la función social.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

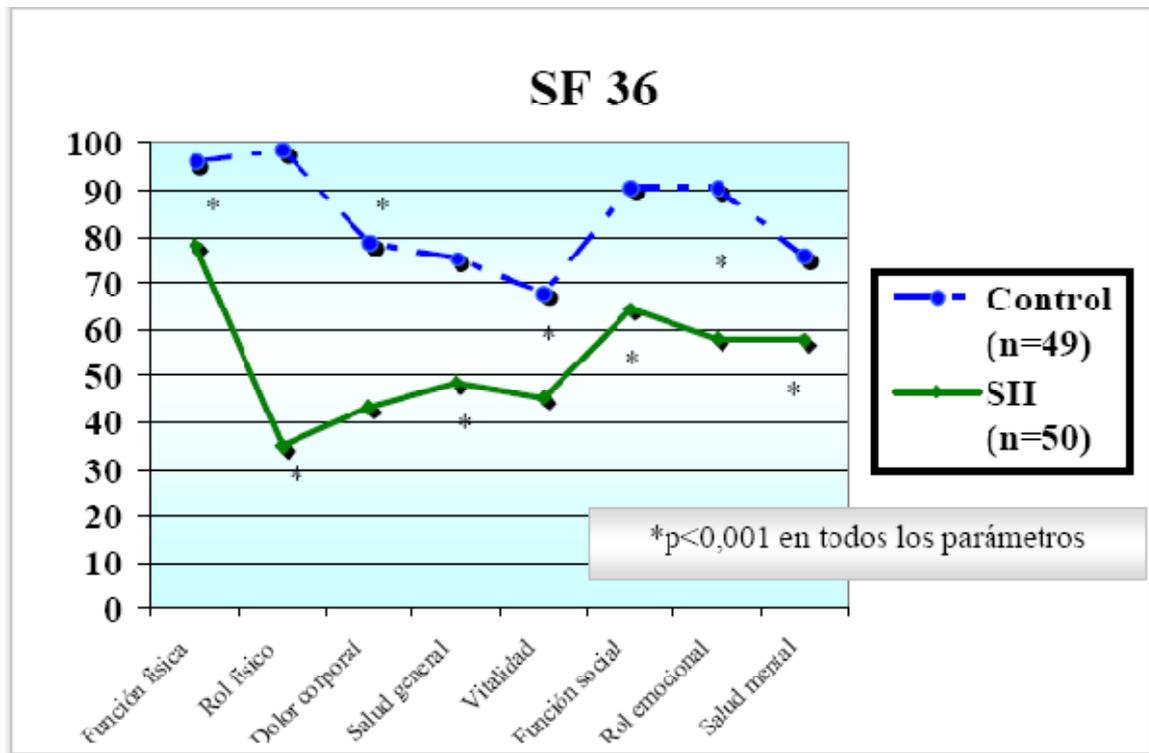


Comparación de la calidad de vida en cuanto al rol emocional.



Comparación de la calidad de vida en cuanto a la salud mental.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.



Comparación global.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio es el primero en la UMF 33 en evaluar la calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable y compararla con un grupo control de similares características. Antes de entrar a discutir los resultados obtenidos en nuestro estudio, resulta adecuado comentar la idoneidad de la muestra estudiada y la representatividad de la misma, puesto que definen a qué población son aplicables nuestros resultados.

Los controles no pueden considerarse representativos de la población española y por tanto, los resultados de este grupo no son extrapolables a toda la población. Éste no era el objetivo de incluir un grupo control sino que representaran una muestra de conveniencia, seleccionada con objeto de aparearse por edad, sexo e índice de masa corporal con los casos.

La distribución de pacientes según el sexo muestra un claro predominio del sexo femenino (82% de los sujetos incluidos eran mujeres) concordante con los resultados de las series publicadas; por tanto, nuestra muestra de pacientes es representativa de la población con Síndrome de Intestino Irritable que acude a consulta externas de medicina familiar.

Nos podíamos preguntar, ¿hasta qué punto la CVRS está deteriorada en los pacientes con SII?. Varios estudios clínicos y poblacionales muestran que los pacientes que padecen este trastorno, refieren una menor calidad de vida que los controles o que los valores considerados normales para la población general.

Es bien conocido (135), que los pacientes con SII que cumplen los criterios de Roma II tienen una peor CVRS, especialmente en las escalas de dolor y salud general. Además, actualmente, se sabe que las personas con síndrome de intestino irritable que consultan al médico tienen una peor calidad de vida. Este hecho queda claramente constatado en nuestro estudio, donde los pacientes muestran un deterioro significativo en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, en todas las subescalas o dominios del SF36, comparado con los controles. Este deterioro es incluso mayor y en mayor número de escalas que el encontrado en otros estudios en pacientes con SII en población

En cualquier caso, las diferencias se deben a un deterioro de la CVRS de los pacientes y no a unos controles especialmente seleccionados: los resultados obtenidos en nuestros controles son absolutamente superponibles a los valores de referencia poblacionales de la versión española del SF-36 para el total de la población (mujeres y hombres) (137). Por tanto, las diferencias encontradas en

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

nuestro estudio de casos y controles en los parámetros de calidad de vida, constituyen un reflejo adecuado de las limitaciones que sufren nuestros pacientes a consecuencia de la enfermedad.

Parece quedar establecido de una forma clara la afectación de la CV en este tipo de pacientes; pero hemos de cuestionarnos, por tanto, cuáles son los factores que verdaderamente condicionan dicha afectación. Estudios basados en la experiencia clínica ponen de manifiesto que el distrés psicológico y la gravedad de los síntomas son los principales contribuyentes de este deterioro de la CVRS. Ahora bien, no hemos de olvidar que la mayoría de estos trabajos se basan en pacientes con síntomas moderados-graves.

Sin embargo, es destacable que la gravedad de los síntomas por sí misma no es capaz de explicar el deterioro de la CV, por lo que podemos afirmar que gravedad no es sinónimo de deterioro de la CVRS. Por tanto, según nuestros resultados, los principales determinantes de la calidad de vida en el síndrome de intestino irritable son la somatización, el dolor abdominal y el esfuerzo defecatorio en el caso del componente físico; mientras que, en el caso del componente mental son el distrés psicológico, en general, la ansiedad (tanto estado como rasgo) y dolor abdominal que se alivia con la deposición.

Limitaciones

Nuestro trabajo presenta ciertas limitaciones. La primera de ellas, la constituye el tamaño muestral, que quizás no ha sido suficiente para que algunos de los datos llegaran a alcanzar la significación estadística. No obstante, el tamaño muestral estaba ajustado para evaluar nuestros objetivos principales y en ningún caso limita las principales conclusiones.

Por lo que respecta al reclutamiento, los pacientes se seleccionaron de forma consecutiva entre los enviados a nuestra consulta, lo cual disminuía claramente la presencia de posibles sesgos de selección, facilitando por tanto que los datos obtenidos sean un reflejo de la población diagnosticada de Síndrome de Intestino Irritable que acude a un Centro.

La información fue obtenida a través de cuestionarios autoadministrables, lo que podría relacionarse con una sobreestimación de los resultados ya que es conocido que los individuos que aceptan participar en estudios de estas características son más proclives a comunicar síntomas de cualquier naturaleza

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Intestino Irritable tienen un gran impacto en la vida de los pacientes que la padecen, reduciendo de manera importante su bienestar físico, social y emocional, lo cual se traduce en su calidad de vida.

Los pacientes con síndrome de intestino irritable muestran un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud, relacionada tanto con factores subjetivos, como la ansiedad y depresión, como por la existencia de síntomas orgánicos y la gravedad de los mismos. La CVRS se relaciona inversamente con la intensidad de los síntomas.

Sigue habiendo médicos que piensan que el SII por definición, es un trastorno banal, sin darse cuenta de la afectación de la calidad de vida que puede suponer. Este estudio viene a reafirmar que la calidad de vida es un importante marcador de este trastorno. Y la importancia de los test que evalúan la calidad de vida, en la clínica.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

ANEXOS.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL)

A continuación encontrará preguntas sobre sus molestias intestinales y sobre cómo afectan a su bienestar. El término ‘Síndrome del Intestino Irritable’ es un término general que se refiere a esos problemas y síntomas intestinales.

Las preguntas siguientes tratan sobre cómo se ha sentido, a causa del Síndrome del Intestino Irritable, durante las 4 últimas semanas (marque con una ‘x’ una sola respuesta).

1. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia el Síndrome del Intestino Irritable le ha hecho sentirse...

	Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
1 a. Enfadado/a?	<input type="checkbox"/>				
1 b. No tan contento/a como siempre?	<input type="checkbox"/>				
1 c. Menos satisfecho/a de su vida?	<input type="checkbox"/>				
1 d. Harto/a o frustrado/a?	<input type="checkbox"/>				

2. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuánto tiempo el Síndrome del Intestino Irritable le ha hecho sentirse...

	Nunca	Un Poco	Algo	Bastante	Mucho	Siempre
2 a. Más nervioso/a de lo habitual?	<input type="checkbox"/>					
2 b. Preocupado/a?	<input type="checkbox"/>					
2 c. Desanimado/a y deprimido/a?	<input type="checkbox"/>					
2 d. Disgustado/a (por ejemplo, ha llorado o casi)?	<input type="checkbox"/>					

3. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuántas noches ha tenido problemas para dormirse debido al Síndrome del Intestino Irritable? (marque con una ‘x’ una sola respuesta)

- Todas las noches
- La mayoría de las noches
- Bastantes noches
- Pocas noches
- Ninguna noche

4. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se despertó usted durante la noche debido al Síndrome del Intestino Irritable? (marque con una ‘x’ una sola respuesta)

- Todas las noches
- La mayoría de las noches
- Bastantes noches
- Pocas noches
- Ninguna noche

5. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se despertó usted más temprano de lo habitual por la mañana debido al Síndrome del Intestino Irritable? (marque con una ‘x’ una sola respuesta)

- Todas las mañanas
- La mayoría de las mañanas
- Bastantes mañanas
- Pocas mañanas
- Ninguna mañana

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

6. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se ha sentido usted emocionalmente agotado/a y cansado/a debido al Síndrome del Intestino Irritable? (Marque con una 'x' una sola respuesta)

- Todos los días
- La mayoría de los días
- Bastantes días
- Pocos días
- Nunca

7. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se ha sentido usted físicamente agotado/a y cansado/a debido al Síndrome del Intestino Irritable? (Marque con una 'x' una sola respuesta)

- Todos los días
- La mayoría de los días
- Bastantes días
- Pocos días
- Nunca

8. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿hasta qué punto los problemas o síntomas del Síndrome del Intestino Irritable han limitado o han disminuido su...

	no limitan	ligeramente	algo	mucho	completamente	no procede
8a. Actividad física enérgica (como hacer aeróbic)	•	•	•	•	•	•
8b. Actividades físicas moderadas (como subir varios tramos de escaleras, llevar bolsas de comida o andar un k)	•	•	•	•	•	•
8c. Actividades físicas suaves (como pasar el aspirador o subir un tramo de escaleras)	•	•	•	•	•	•

9. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuántas veces NO ha comido cuando tenía hambre debido al Síndrome del Intestino Irritable? (marque con Una 'x' una sola respuesta)

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- Bastantes veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

10. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuántas veces ha evitado tomar ciertos alimentos o bebidas debido al Síndrome del Intestino Irritable? (Marque con una 'x' una sola respuesta)

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- Bastantes veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

11. ¿Cuántas veces le ha parecido poco apetecible la comida DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS debido al Síndrome del Intestino Irritable? (Marque Con una 'x' una sola respuesta)

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- Bastantes veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

12. Debido al Síndrome del Intestino Irritable, ¿con qué frecuencia...

	Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
12a. Se ha sentido incómodo/a en actividades familiares o sociales?	<input type="checkbox"/>				
12b. Ha evitado ciertas actividades sociales porque el aseo no estaba cerca?	<input type="checkbox"/>				
12c. Le ha preocupado que el Síndrome del Intestino Irritable pudiera avergonzarlo/a durante sus actividades sociales?	<input type="checkbox"/>				
12d. Ha notado que el Síndrome del Intestino Irritable ha interferido en las actividades sociales o de tiempo libre de los demás?	<input type="checkbox"/>				

Por favor, señale hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones para indicar cómo los problemas o síntomas del Síndrome del Intestino Irritable han afectado al trabajo relacionado con su actividad principal DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS (marque con una 'x' una sola respuesta por pregunta).

	Completamente De acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	en desacuerdo	completamente en desacuerdo
13. El Síndrome del Intestino Irritable ha afectado a mi capacidad para tener éxito en mi trabajo/actividad principal	<input type="checkbox"/>				
14. He hecho menos trabajo (o actividad principal) debido al Síndrome Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>				
15. Ha habido algún trabajo (o actividad principal) que he evitado debido al Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>				
16. El Síndrome del Intestino Irritable ha afectado la calidad de mi trabajo/actividad principal	<input type="checkbox"/>				

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

17. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿ha tenido usted actividad sexual?

SÍ

NO

	Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
17a ¿Ha interferido el Síndrome del Intestino Irritable en su actividad sexual?	<input type="checkbox"/>				
17b ¿Ha evitado la actividad sexual debido al Síndrome del Intestino Irritable?	<input type="checkbox"/>				
17c ¿Se ha sentido menos satisfecho/a con sus experiencias sexuales debido al Síndrome del Intestino Irritable?	<input type="checkbox"/>				

MUCHAS GRACIAS

El cuestionario de Calidad de Vida Especifico para el Síndrome de Intestino Irritable (IBS-QoL) está validado en español. El IBS-QoL consta de 30 ítems agrupados en 9 dimensiones: salud emocional, salud mental, sueño, energía, actividades diaria, hábitos alimenticios, actividades sociales, rol y sexual. Salud emocional: pregunta 1 (a,b,c,d); salud mental: 2 (a,b,c,d); sueño: 3,4,5; energía: 6 y 7; actividades diarias: 8 (a,b y c); hábitos alimenticios: 9, 10 y 11; actividades sociales: 12 (a,b,c,d); rol: 13,14,15,16; sexual: 17 (a,b,c). Las categorías de respuesta son ordinales tipo likert con 5 o 6 opciones de respuesta. Se suman las puntuaciones de todos los ítems y se estandarizan de 0 a 100 para calcular la puntuación total y la puntuación individual para cada dimensión. Puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida.

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

ANEXO 2:

Cuestionario De Salud SF-36. Versión Española 1.4 (junio de 1999)

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

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

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

LAS 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

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

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

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

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

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

ANEXO 3.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



ASPECTOS ETICOS:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el proyecto: **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA UMF No. 33 EL ROSARIO.**

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA POBLACIÓN DE 20 A 59 AÑOS LA UMF No. 33 EL ROSARIO.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de dos encuestas, el primero denominado **Cuestionario de Calidad de Vida específico para el Síndrome de Intestino Irritable (IBSQoL)**, y otro cuestionario **SF-36**, para conocer el grado de afección de la calidad de vida en pacientes portadores de Síndrome de Intestino Irritable que acuden a la consulta externa de la UMF 33.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma de SI Autorizo
Paciente

Nombre y Firma del Investigador

BIBLIOGRAFIA.

- (1) Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead W.E. Rome II. Los trastornos funcionales gastrointestinales. Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento: un consenso multinacional. Mc Lean, Virginia. degnon Associates . 2000.
- (2) Mearin F. Síndrome de Intestino Irritable: nuevos criterios de Roma III. Med Clin (Barc) 2007 Mar 10;128(9):335-43.
- (3) García S. Tablas y Clasificaciones en Gastroenterología. 1ª. Edición. Español. Roche 53-58
- (4) Mearin F, Balboa A, Badia X, Baro E, Caldwell E, Cucala M, et al. Subtipos del Síndrome de Intestino Irritable de acuerdo al hábito intestinal: revisando el subtipo alternante. Eur J Gastroenterol Hepatol 2003 Feb;15(2):165-72.
- (5) Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, Mulvihill C, Wiltgen C, Zinsmeister AR. Valor Diagnóstico de los Criterios Manning en Síndrome de Intestino Irritable. Gut 1990 Jan;31(1):77-81.
- (6) Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006 Apr;130(5):1480-91.
- (7) Guía de referencia rápida del Síndrome del Intestino Irritable (SII). Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas.
- (8) Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. Gut 2000 Jan;46(1):78-82.
- (9) Valerio J, Vásquez F, Jiménez A, Cortázar L, Azamar A, Duarte M, Torres V. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 75, Núm. 1, 2010
- (10) Guía de Practica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Colon Irritable. México: Secretaría de Salud; 2008
- (11) Estopà Dueso J1, Jorquera F2, Santos Martín C1, Veiga Fernández CT1. Síndrome de Intestino Irritable. Revisión. Revista de la SEMG No. 63 Abril 2004. Pag 211-225

“Calidad de vida en los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable en la población del 20 a 59 años de la UMF No. 33 El Rosario”.

- (12) Benasayag *et al.* Conflictos Cognitivos en el Síndrome de Intestino Irritable (SII). Un estudio exploratorio. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 4, N° 1 pp. 105-119
- (13) Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, Damiao A, Francisconi C, Frugone L, et al. [Latin-American consensus document on irritable bowel syndrome]. *Gastroenterol Hepatol* 2004 May;27(5):325-43.
- (14) Mínguez M., Azpiroz F., Benages A, Delgado-Aros S., Fernández- Villaverde A., Garrigues V, et al. Actualización en el síndrome del intestino irritable. *Med.Clin.(Barc.)* 5[8], 1-45. 2004.
- (15) Vinnacia S, Fernández H, Amador O, et al. Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable. *Terapia Psicológica*, Dic 2005 Vol. 23 No. 2, pp 65-72.
- (16) Shufflebotham J, Hood S, Hendry J, Hince DA, Morris K, Nutt D, et al. Acute tryptophan depletion alters gastrointestinal and anxiety symptoms in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2006 Nov;101(11):2582-7.
- (17) Casellas, López Vivancos J. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Gastroenterol Hepatol* 27, 58-68. 2004.
- (18) McCarthy DM. Quality of life: a critical assessment. *Scand.J.Gastroenterol.* 30 (Suppl 208), 141-146. 1995.
- (19) O'Sullivan M., Mahmud N., Lovett E., Kelleher D., O' Morain C.A. Impaired quality of life in irritable bowel syndrome as compared to organic bowel disease. *Gastroenterology* 112. 1997.
- (20) Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004;76(2):71-7 71
- (21) Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998 Feb;43(2):400-11.
- (22) Badia X, Herdman M, Mearin F, Pérez I. Adaptación al español del cuestionario IBSQoL para la medición de la calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev.Esp.Enferm.Dig.* 92, 637-643. 2000.
- (23) Fernández, G. Guzmán, A. La calidad de vida desde la perspectiva Latinoamericana. Un análisis de las ponencias presentadas al IV Seminario Latinoamericano de Calidad de Vida Urbana. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. No 242, 17 julio 2000.