



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado E Investigación

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**“USO DE LA AMITRIPTILINA EN SINDROME DE
INTESTINO IRRITABLE”
ESTUDIO COMPARATIVO**

Trabajo de Investigación que presenta:

Dr. JESÚS REYES PALMA

Para obtener el Diploma de la Especialidad:

GASTROENTEROLOGÍA

Asesor de Tesis:

Dra. María Antonieta Xóchitl García Samper

Número de Registro de Protocolo:

195.2008.

2009





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.

DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ
COORDINADORA DE CAPADESI

DR. GUILIBALDO PATIÑO CARRANZA
ARELLANO
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRIGUEZ
JEFE DE INVESTIGACION

DRA. MARIA ANTONIETA XÓCHITL GARCIA SAMPER.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE GASTROENTEROLOGÍA

DRA. MA. A. XÓCHITL GARCIA SAMPER.
ASESORA DE TESIS
INVESTIGACION.

DRA. VICTORIA GÓMEZ VAZQUEZ.
VOCAL DEL COMITÉ DE

AGRADECIMIENTOS

A mis padres (Jesús Reyes Bautista y Yolanda Palma Almazán):

Por su gran amor, cariño, apoyo, motivación y ayuda incondicionales, en las buenas y en las malas, que me han permitido convertirme en una persona de bien, así como han sido mis mejores cómplices de este largo camino y sueño que comenzó como Médico General, primero, luego cómo Médico Internista y ahora como Gastroenterólogo, espero no haberlos defraudado como hijo.

A mis hermanos (Gerardo Christopher, Jagger y Alyn Fernando):

Por el cariño y afecto, que me han tenido y demostrado en los buenos y malos momentos, pero sobre todo por demostrarme día a día lo que es contar con una valiosa familia. Este momento también es suyo, los admiro, respeto y quiero mucho.

A mi hijo (José de Jesús):

Por ser lo más importante, pero sobre todo la gran motivación y alegría que hay en mi vida y mi corazón; la razón por la que sigo adelante a pesar de cualquier adversidad y complejidad. Eres a quien quizá más he sacrificado con mis ausencias, espero algún día comprendas que todo este sacrificio es por y para ti. Quiero ser un buen padre y ejemplo para ti, que te sientas feliz y orgulloso de mí.

A mi compadre y mejor amigo (Raymundo Sánchez Fernández):

Por la gran amistad que nos une, se fortalece y crece día con día, desde que nos conocimos en el glorioso CCH SUR, me siento muy agradecido contigo, por apoyarme y ayudarme en los buenos y malos momentos, compartiendo y festejando los éxitos y alegrías, pero también sobreponiéndonos a las malas rechas y momentos, vaya que has sido testigo de mi vida, ojalá cuente con tu amistad siempre.

A mi maestra y amiga (Dra. Xóchitl García Samper):

Primero por creer y confiar en mí, aceptándome cómo Residente de Gastroenterología, posteriormente brindándome su amistad, apreció y empatía como persona. Me siento muy orgulloso de ser parte de su servicio. Espero no haberla defraudado ni se haya equivocado conmigo. De mi parte todo mi apreció, admiración y respeto de corazón.

A mis amigos y compañeros Residentes de Gastroenterología:

Por su paciencia, tolerancia, ayuda, comprensión y amistad, con buenos, malos momentos y entendidos, pero sobre todo por poner lo mejor de cada uno, para construir un mejor y respetable servicio de Gastroenterología, así como una subespecialidad de calidad. Ojalá mi granito de arena haya resultado suficiente y redituable.

A mis pacientes:

Por permitirme aprehender y crecer como Gastroenterólogo y ser humano. Por brindarme su confianza, aprecio y merecerme su respeto, espero haya resultando cálido, eficiente, satisfaciendo y cumpliendo sus expectativas respecto a mi atención y conocimientos, demostrando integralmente que recibí en el Instituto y en el servicio de Gastroenterología.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la oportunidad de haber cumplido uno de mis grandes sueños, que es convertirme en Gastroenterólogo, darme salud, vida, estar conmigo en las buenas y en las malas, pero sobre todo darme la claridad, serenidad y la sapiencia, a la hora de la toma de decisiones con los pacientes en estado de gravedad o en fase terminal.

A todos mis amigos (as) y seres queridos:

A lo largo de mi vida, me he sentido afortunado, porque he conocido gente de todo tipo, la mayoría buena, que me ha brindado su apreciación y cariño, a quienes les he aprendido muchas cosas, aplicándolas a mi vida diaria, convirtiéndome en un individuo que cada vez trata de ser mejor. De todos y cada uno guardo un recuerdo especial en mi pensamiento y corazón. Gracias por existir y hacer trascendente e importante mi vida.

A Lupita:

Por apoyarme y ayudarme a terminar esta etapa de mi vida, aún cuando nunca te pareció ni estuviste de acuerdo, prefiriendo otra opción para mí. Sin embargo, no hay nadie en esta vida que me conozca mejor, por lo que sabes cuán importante, especial y alegre es para mí terminar Gastroenterología. Sé que todo esto no ha sido fácil, ni sencillo, en el camino ha habido muchos sinsabores, decepciones, lágrimas, pero también muchas satisfacciones, alegrías y éxitos juntos. Mi cariño, admiración, química y amor son tuyos, gracias por darme la mayor alegría, felicidad y tesoro en mi vida, mi hijo José de Jesús. Ustedes son el motor y razón de por qué seguir adelante, aún cuando mis actos y decisiones parecieran personalistas y egoístas. Quisiera ser siempre tu chico lindo.

FRASES

“El médico ayuda por lo que sabe, no por lo que ignora”.

Dr. Ignacio Chávez.

“Clínica es la Medicina y Clínica lo será por siempre, por más avance tecnológico que ocurra”.
Maestro Ignacio Chávez, 1964.

“Conquistar una nueva verdad es como apoderarse de una estrella”.

Anónimo.

ÍNDICE

Páginas:

1.- Planteamiento del problema.....	1
2.- Antecedentes.....	1
3.- Objetivos.....	7
4.- Hipótesis.....	7
5.- Justificación.....	8
6.- Diseño Metodológico.....	8
7.- Resultados.....	10
8.- Discusión.....	11
9.- Conclusiones.....	12
10.- Anexos.....	13
11.- Bibliografía.....	42

RESUMEN

“USO DE LA AMITRIPTILINA EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE” ESTUDIO COMPARATIVO

El Síndrome de Intestino Irritable, es un trastorno funcional digestivo, que se caracteriza por presentar dolor, distensión abdominal y en ocasiones alternar con estreñimiento y diarrea. Es más predominante en las mujeres, entre la tercera y cuarta década de la vida, relacionado estrechamente con el nivel socioeconómico alto y cuando el paciente cursa con algún trastorno psiquiátrico ó psicológico como depresión o ansiedad. La fisiopatología es multifactorial, siendo la teoría más aceptada la de la hipersensibilidad visceral. El diagnóstico se basa en los criterios de ROMA III. El manejo incluye diversas medidas entre las cuales están la dieta, ejercicio, técnicas relajatorias, así como medicamentos, dependiendo el síntoma predominante. Los antidepresivos tricíclicos se utilizan especialmente como última o segunda opción, para el dolor, cuando el paciente no ha respondido al manejo convencional.

Objetivo: determinar la eficacia de la amitriptilina para mejorar la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable.

Diseño del estudio: experimental, transversal, prospectivo, comparativo, abierto, básico y clínico.

Material y Métodos: Se estudiaron 2 grupos de pacientes de 86 pacientes cada uno, que previo consentimiento informado, habían cumplido criterios diagnósticos de ROMA III, a los cuales aleatoriamente se les asignó para recibir la terapia convencional con Omeprazol 20mg diarios + Cinitaprida 1mg cada 8 horas ó la terapia convencional + amitriptilina 25mg diarios por la noche durante 2 meses. Para evaluar la respuesta al manejo, se aplicó un cuestionario de calidad de vida, el IBSQOL, que valora varias esferas, la emocional, la mental, sueño, energía, actividades diarias, hábitos alimenticios, rol social, laboral y sexual; al principio, previo al tratamiento y al final del mismo. Se recolectará el puntaje inicial total y por esfera, así como el puntaje final total y por esfera, comparándose posteriormente con las pruebas estadísticas de χ^2 cuadrada, U de Man Whitney, número necesario de pacientes a tratar (NNT), riesgo relativo, disminución del riesgo absoluto y número necesario a dañar (NNH).

Resultados: Participaron 2 grupos de pacientes de 86 pacientes, cuyo promedio de edad fueron de 40.15 ± 11.20 años y de 39.24 ± 11.80 años respectivamente. En ambos, el sexo femenino fue el predominante, siendo la mayoría originario del Distrito Federal. El puntaje inicial fue muy similar en ambos grupos. El puntaje final resultó con significancia estadística ($p < 0.001$) en ambos grupos comparado con los puntajes iniciales. Los puntajes finales de cada grupo también presentaron significancia estadística ($p < 0.05$). Respecto al promedio de puntaje final encontrado en ambos grupos fue el siguiente: para el grupo control 62.21 ± 2.21 puntos y para el que recibió amitriptilina 96.40 ± 5.71 puntos. El grupo de pacientes que recibió amitriptilina, mejoró en las esferas emocional, mental, sueño, hábitos alimenticios, social, laboral y sexual, comparando los puntajes iniciales y finales ($p < 0.001$), así como contra los finales de las respectivas esferas del grupo control ($p < 0.05$). Las esferas de energía y actividades diarias, no sufrieron diferencias con significancia estadística en ambos grupos, tanto en los puntajes inicial y final, así como comparando los finales de cada uno. El número necesario de pacientes a tratar (NNT) es de 2 pacientes. No se obtuvo número necesario de pacientes a dañar (NNH), ya que en el estudio no hubo pacientes que lo abandonaran por presentar efectos colaterales a la amitriptilina.

Conclusiones: La amitriptilina mejoró la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable, tanto en su puntaje final, como en lo individual, salvo en las esferas de energía y de actividades diarias.

Palabras claves: amitriptilina, calidad de vida, síndrome de intestino irritable.

SUMMARY O ABSTRACT

"USE OF AMITRIPTYLINE IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME" COMPARATIVE STUDY

Irritable bowel syndrome is a functional gastrointestinal disorder that is characterized by pain, bloating and sometimes alternating with constipation and diarrhea. It is more prevalent in women, between the third and fourth decade of life, closely related to socioeconomic status and high when the patient way with some psychological or psychiatric disorder such as depression or anxiety. The pathophysiology is multifactorial, being the most widely accepted theory of the visceral hypersensitivity. The diagnosis was basa on the criteria of Rome III. The operation includes several measures among which are diet, exercise, relajatorias techniques and medicines, depending on whether they have symptoms. Tricyclic antidepressants are used especially as last or second option, for pain, when the patient has not responded to conventional management.

Objectives: to determine the effectiveness of amitriptyline to improve the quality of life of patients with irritable bowel syndrome.

Study design: experimental, cross-sectional, prospective, comparative, open, basic and clinical.

Material and Methods: We studied 2 patient groups of 86 patients each, prior informed consent, had met diagnostic criteria of Rome III, which were randomly assigned to receive conventional therapy with Omeprazole 20mg daily + Cinitaprida 1mg every 8 hours or conventional therapy + amitriptyline 25mg daily at night for 2 months. To assess the response to management, an quality of life questionnaire, the IBSQOL, valuing several areas, the emotional, mental, sleep, energy, daily activities, eating habits, social role, labour and sexual at first, prior to treatment and at the end of it. It collected the initial total score and field, as well as the final score and the total area, compared with later tests statistics x2 square of Man U Whitney, number needed to treat (NNT), relative risk, decreasing absolute risk and number needed to harm (NNH).

Results: Participated 2 patient groups of 86 patients, whose average age was 40.15 ± 11.20 years and 39.24 ± 11.80 years respectively. In both the female was the predominant, with the majority originating in the Federal District. The original score was very similar in both groups. The final score was statistically significant ($p < 0.001$) in both groups compared with the initial scores. The final scores of each group also showed statistical significance ($p < 0.05$). Regarding the average final score found in both groups was as follows: for the control group and 62.21 ± 2.21 points for receiving amitriptyline 96.40 ± 5.71 points. The group of patients who received amitriptyline, improved in the areas emotional, mental, sleep, eating habits, social, labour and sex, comparing the initial and final scores ($p < 0.001$), as well as against the end of the respective areas of the group control ($p < 0.05$). The areas of energy and daily activities, suffered no statistically significant differences in both groups, both in the initial and final scores, as well as comparing the end of each. The number needed to treat (NNT) is 2 patients. There was obtained number of patients needed to harm (NNH), as in the study there were no patients who leave for introducing side effects to amitriptyline.

Conclusions: amitriptyline improved quality of life of patients with irritable bowel syndrome, both in their final score, as well as individually, except in the areas of energy and daily activities.

Keywords: amitriptyline, quality of life, irritable bowel syndrome.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En pacientes con Síndrome de Intestino Irritable la administración de amitriptilina a 25 mg vía oral cada 24 hrs. es mejor que la administración de omeprazol 20mg vía oral cada 24 hrs. + cinitaprida 1mg vía oral cada 8 hrs. en la calidad de vida de los pacientes medida con el cuestionario IBSQOL?

ANTECEDENTES

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por la presencia de dolor o malestar abdominal crónico o recurrente, asociada a alteraciones en las evacuaciones, que no se explican por anomalías estructurales o bioquímicas. Es uno de los problemas médicos más frecuentes: ocurre en el 4 al 35% de la población mundial, predomina en mujeres, ocupa el 12% de las visitas al médico general y el 28% de las consultas al gastroenterólogo.^{1,12,13,14,15,16}

En México no existen estudios epidemiológicos adecuados, sin embargo, en pequeños estudios que se han realizado, se ha determinado que el SII tiene una prevalencia del 16-21%. Es el primer motivo de consulta al gastroenterólogo en nuestro país con una frecuencia del 18% aproximadamente.^{13, 14, 15}

El SII afecta significativamente la calidad de vida del paciente y representa un importante carga a los sistemas de salud por la demanda de atención médica y el ausentismo escolar y laboral asociados.^{11,12}

La fisiopatología del SII es compleja y se han descrito diferentes mecanismos para explicar los síntomas: 1) trastornos de la motilidad intestinal, 2) hipersensibilidad visceral, 3) anomalías en el proceso de percepción visceral por el sistema nervioso central y 4) estrés y alteraciones psicosociales. Además, recientemente se ha identificado que existe agregación familiar y asociación con gastroenteritis infecciosa, lo cual sugiere un posible papel de factores genéticos e inflamatorios en la patogenia del SII.²

El diagnóstico del SII se establece mediante criterios basados en síntomas, ya que hasta la fecha no se ha identificado un marcador biológico. Los criterios actualmente utilizados son los criterios de Roma III, elaborados por un grupo de expertos en trastornos funcionales digestivos. La aplicación apropiada de estos criterios, aunada a una historia clínica y examen físico minuciosos, ha permitido establecer un diagnóstico positivo del SII y evitar el abuso en estudios de laboratorio y gabinete. El interrogatorio y la exploración detallada del paciente deben dirigirse hacia la búsqueda de signos de alarma. La ausencia de estos datos de alarma incrementa la utilidad de los criterios de Roma para establecer el diagnóstico de SII y descartar enfermedad orgánica.²

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA SII, ROMA III

Presencia de malestar o dolor abdominal recidivante por lo menos 3 días al mes, en los últimos 3 meses asociados con 2 ó más de los siguientes:

- 1.- Alivio con la defecación.
- 2.- Inicio asociado con un cambio de frecuencia de las evacuaciones.
- 3.- Inicio asociado con un cambio de la forma (aparición) de las heces.

** Los criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses con inicio de los síntomas 6 meses antes del diagnóstico. **

Subtipos de SII de acuerdo al patrón predominante de las evacuaciones:

- 1.- SII con constipación (SII-C) heces duras o en escíbalos > 25% y evacuaciones sueltas o acuosas en < 25% de las evacuaciones.
- 2.- SII con diarrea (SII-D) heces sueltas o acuosas > 25% y heces duras o en escíbalos < 25% de las evacuaciones.
- 3.- SII mixto (SII-M) heces duras o en escíbalos >25% y evacuaciones sueltas o acuosas en > 25% de las evacuaciones.
- 4.- SII sin subtipo- anomalía insuficiente en la consistencia de las evacuaciones para llenar los criterios para SII-C, D ó M.

Los síntomas de alarma sugestivos de enfermedad orgánica son los siguientes:

- Historia: 1.- Inicio después de los 50 años de edad, 2.- Pérdida de peso > 5Kg, 3.- Síntomas nocturnos, 4.- Diarrea o constipación graves o refractarias, 5.- Hemorragia de tubo digestivo y 6.- Artritis, erupción cutánea.
- Antecedentes familiares: 1.- Cáncer de colon, 2.- Enfermedad Inflamatoria Intestinal y 3.- Enfermedad Celíaca.
- Examen físico: 1.- Fiebre, 2.- Ictericia, 3.- Úlceras orales, 4.- Masa abdominal palpable, 5.- Organomegalia, 6.- Tumoración rectal.
- Laboratorio y gabinete: 1.- Leucocitosis, 2.- Anemia, 3.- Velocidad de eritrosedimentación acelerada, 4.- Química sanguínea anormal, 5.- TSH anormal.

Un número limitado de estudios de laboratorio y gabinete ha sido sugerido, como parte de la evaluación diagnóstica del paciente con SII e incluye: 1.- biometría hemática, 2.- química sanguínea, 3.- velocidad de eritrosedimentación, 4.- búsqueda de huevecillos, parásitos y sangre en materia fecal, 5.- hormona estimulante de tiroides, 6.- anticuerpos para detección de enfermedad celíaca (anti-transglutaminasa, anti-endomisio). La rectosigmoidoscopia flexible, colonoscopia, enema baritado y las pruebas de aliento para la detección de intolerancia a la lactosa deben realizarse según las características clínicas individuales de cada paciente. Los pacientes mayores de 50 años, deben estudiarse con colonoscopia; en pacientes con historia familiar de cáncer, la colonoscopia debe realizarse a partir de los 40 años de edad.

La falta de respuesta a un tratamiento inicial de 6 a 8 semanas, puede indicar estudios adicionales dependiendo del síntoma predominante; en el caso del estreñimiento, el tránsito colonico, la manometría anorrectal ó la expulsión con balón ayudarán a detectar inercia colónica o constipación obstructiva. En enfermos con diarrea, el aspirado y biopsia duodenal

son útiles para la investigación de *Giardia lamblia* o esprúe celíaco; la determinación de grasa en materia fecal para síndromes de absorción intestinal deficiente y la biopsia rectal cuando existe sospecha de colitis microscópica.¹

La estrategia terapéutica del SII debe basarse en la naturaleza y gravedad de los síntomas, la correlación de las molestias con la ingesta de alimentos y las características de las evacuaciones, y en la presencia de alteraciones psicológicas o enfermedades concomitantes. Una vez hecho el diagnóstico de SII, el primer paso en el tratamiento es el establecimiento de una adecuada y efectiva relación médico-paciente cuyos puntos fundamentales son: escuchar cuidadosamente al enfermo y evaluar cuál es el grado de conocimiento y cuáles son las preocupaciones relativas al padecimiento; educar al paciente en relación a la naturaleza benigna del SII; explicar de manera sencilla el origen de los síntomas e involucrar al paciente en el tratamiento. Las modificaciones al estilo de vida incluyen: el manejo de los factores que desencadenan estrés psicológico, evitar la ingesta de comidas abundantes y ricas en grasa y condimentos. El tratamiento está enfocado al manejo del síntoma predominante: dolor o malestar abdominal, diarrea, estreñimiento o distensión abdominal. El dolor o malestar abdominal es el síntoma cardinal del SII.^{3, 5, 6, 8}

Los antiespasmódicos han sido los agentes más utilizados para este síntoma e incluyen a los anticolinérgicos o antimuscarínicos (diclomocina, butilioscina, cimetropio) a los relajantes del músculo liso (trimebutina) y a los bloqueadores de canales de calcio (bromuro de pinaverio), ésta última muestra una mejoría global y alivio del dolor, en comparación con el placebo. Los antiespasmódicos con propiedades anticolinérgicas pueden producir efectos colaterales como sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria. La fibra y los agentes formadores de bolo fecal han mostrado un beneficio limitado al manejo del estreñimiento, ya que en ocasiones exacerban la distensión abdominal y la flatulencia. Los carbohidratos no absorbibles y los laxantes osmóticos pueden exacerbar síntomas como la distensión y el dolor abdominal. Una alternativa parece ser aquellos con polietilenglicol, ya que no son hidrolizados por las bacterias colonicas y pueden ser más efectivos y producir menos distensión abdominal. El tegaserod, un agonista parcial de los receptores 5-HT₄, ha mostrado ser efectivo y seguro en el tratamiento del SII-E.^{8,9,10,12}

En múltiples ensayos clínicos aleatorios, el tegaserod produce mejoría global de los síntomas en mujeres con SII-E, del dolor y malestar abdominal, el estreñimiento y la distensión. La presencia de diarrea y cefalea son los efectos colaterales más frecuentes. La lubiprostona es un nuevo agente, recientemente aprobado por la FDA, activador de los canales de cloro tipo 2, que ha mostrado en ensayos clínicos aleatorios ser efectivo y bien tolerado en el tratamiento de pacientes con constipación crónica. Aún no está disponible en México.^{8,9,10, 12}

La loperamida, un agonista opioide con efecto inhibitorio de la peristalsis y la secreción intestinal, ha mostrado ser útil en el manejo de la diarrea, urgencia y manchado rectal en pacientes con SII-D, sin embargo, no mejora otros síntomas como dolor y distensión abdominal. Para mujeres con SII-D, el alosetrón, un antagonista selectivo de los receptores tipo 3 de serotonina (5HT₃), ha mostrado ser efectivo en varios ensayos clínicos aleatorios

controlados con placebo, sin embargo, debido a su posible asociación con el desarrollo de estreñimiento grave y colitis isquémica, no está disponible en México. La distensión o hinchazón abdominal es el síntoma más difícil de tratar en el SII. La mayoría de los medicamentos diseñados para disminuir la distensión y flatulencia no ha mostrado un efecto benéfico; además no hay estudios aleatorios y controlados que apoyen su uso. Estos incluyen: simeticona, carbón activado, enzimas pancreáticas y beano. Una revisión sistemática encontró 6 ensayos clínicos aleatorios (885 pacientes) en los que los antiespasmódicos (butilioscina, mebeverina, bromuro de pinaverio y trimebutina) mejoraron significativamente la distensión abdominal, comparados con placebo. Los antibióticos (neomicina y rifaximina) se han usado en diversos ensayos controlados con el objetivo de tratar la posible sobrepoblación bacteriana, sin embargo, los resultados, no han sido concluyentes. Los probióticos también han sido ensayados para tratar los cambios en la microflora intestinal, un mecanismo patogénico potencial, que contribuye a los síntomas del SII. Cepas de *Lactobacilli*, *Bifidobacteriae* y *Streptococcus* solos o en combinación han sido investigados recientemente en estudios controlados, mostrando efectos benéficos en el dolor, distensión abdominal y en las evacuaciones anormales. Se requiere un mayor número de estudios controlados.^{8, 9, 10, 12}

Los antidepresivos han sido utilizados en el SII con base en tres aspectos: 1.- tratamiento de trastornos psicológicos asociados (depresión ansiosa, en la mayoría de los casos), 2.- neuromoduladores de la percepción central del dolor visceral y 3.- mejoría de la disfunción sensitiva y motora intestinal. El efecto primario de los antidepresivos usados en el SII es el bloqueo de la recaptura de una variedad de neurotransmisores en las terminaciones nerviosas presinápticas. Además del efecto inhibitorio de la recaptura de neurotransmisores, algunos antidepresivos también bloquean receptores presinápticos muscarínicos, alfa adrenérgicos, dopaminérgicos y de histamina. Aunque el mecanismo de acción de los antidepresivos no está aún bien definido, existen evidencias de que estos agentes reducen la sensibilidad en los nervios periféricos (principalmente a nivel somático) y modifican la percepción visceral por el sistema nervioso central. Los efectos terapéuticos de los antidepresivos se observan después de 1 a 6 semanas de haber iniciado su administración, aunque los efectos sobre las sinapsis ocurren rápidamente. El hecho de que algunos de estos agentes actúen sobre varios receptores, explica sus múltiples efectos colaterales; algunos de estos efectos colaterales pudieran ser relativo beneficio en los pacientes con SII (diarrea vs. Constipación, pérdida vs. Ganancia de peso, insomnio vs. Hipersomnia).^{8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16}

Varios ensayos clínicos aleatorios han demostrado mejoría global y del dolor abdominal en pacientes con SII que toman dosis bajas de antidepresivos tricíclicos (ATC), incluyendo amitriptilina, desipramina, clomipramina, doxepina y trimipramina.

Un meta- análisis reciente que evaluó el efecto de los ATC para SII demostró que la razón de momios a favor de los ATC es 2.6 (IC 1.9-3.5) sobre el placebo. El número necesario a tratar estimado para la eficacia de los antidepresivos en trastornos funcionales digestivos ha

sido estimado tan bajo como 3.2. Algunos estudios, también apoyan su uso en pacientes con SII-D.⁸

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) y otros nuevos antidepresivos han sido usados ampliamente en el SII y en otros trastornos funcionales debido a la menor frecuencia de efectos colaterales y a una eficacia similar en el tratamiento de la depresión. En un ensayo clínico aleatorio con ISRS en SII, se observó mejoría global de síntomas comparativamente con placebo, y otros dos estudios abiertos se encontró mejoría significativa en el dolor abdominal después del uso de ISRS, particularmente en pacientes con ansiedad. La fluvoxamina ha mostrado efecto ansiolítico comparable al de las benzodiazepinas.

A pesar del número reducido de estudios con ISRS, el consenso de Roma III recomienda su uso en pacientes con SII que tienen algún tipo de comorbilidad psicológica asociada. Los antidepresivos están indicados en pacientes que cumplen los criterios de Roma para SII y en quienes han fallado las terapias convencionales, incluyendo la educación del paciente y tratamientos farmacológicos o no farmacológicos (dieta, fibra) dirigidos a síntomas específicos. El paciente debe sufrir una alteración considerable de su estado de bienestar y capacidad funcional, en otras palabras, de su calidad de vida, para justificar el uso de estos agentes.

El grado de comorbilidad psicológica y particularmente de somatización, debe tomarse en cuenta antes del inicio del tratamiento, ya que son factores que predicen una menor respuesta al tratamiento y una mayor frecuencia de efectos colaterales con ATC. En estos casos se debe iniciar con dosis bajas de 10mg/día y con incremento de las dosis de manera muy lenta, 10-25mg/día a intervalos semanales. Una dosis moderada de 25 a 50mg puede ser recomendable en los casos sin evidencia o con grados leves de somatización. En pacientes con SII que exhiben síntomas importantes de depresión y/o ansiedad pueden utilizarse ISRS de primera elección a las dosis establecidas para el tratamiento de estos trastornos o bien, dosis bajas de ATC. Con ambos tipos de antidepresivos se debe escalar la dosis semanalmente, especialmente en los que no responden a las dosis iniciales. La falta de apego al tratamiento y la resistencia del paciente a tomar un psicofármaco constituyen los factores principales de falla a los antidepresivos. Para ello, se debe proporcionar al paciente la información apropiada en relación al mecanismo de acción y los efectos colaterales de los antidepresivos, enfatizando el concepto de que el beneficio es independiente del efecto ansiolítico o antidepresivo del fármaco. Es útil explicar el concepto de hipersensibilidad o hiperalgesia visceral en el SII y cómo influyen estos fármacos para mejorar esta condición.^{3,4,7,8,9,10}

La presencia de niveles elevados de somatización es un factor que predice una pobre respuesta y una mayor incidencia de efectos colaterales en pacientes con SII tratados con antidepresivos. También se ha descrito que los pacientes con SII con estreñimiento tienen una menor respuesta a los ATC y otros agentes con efectos anticolinérgicos. Finalmente, la omisión en escalar la dosis del antidepresivo en pacientes que no responden a las dosis de inicio es un factor que puede resultar en una falta de respuesta. Los

efectos colaterales tempranos que ocurren con el uso de ATC incluyen alteraciones del sistema nervioso central como sedación, trastornos del sueño, nerviosismo, agitación y efectos anticolinérgicos como xerostomía, taquicardia, palpitaciones, retención urinaria, trastornos visuales. La ganancia de peso y la disfunción sexual pueden ocurrir con el tratamiento de mantenimiento. El uso de los antidepresivos tricíclicos se acompaña con frecuencia de diversos efectos adversos menores y, en ocasiones, de efectos tóxicos más o menos graves por sobredosificación. Estos efectos indeseables son el resultado del bloqueo de los receptores sobre los que actúan. Así, síntomas y signos anticolinérgicos, como la sequedad de boca, visión borrosa, glaucoma, déficit cognitivo, enlentecimiento del tránsito gastrointestinal, constipación, retención urinaria, dilatación del tracto urinario, hipertermia y taquicardia sinusal son consecuencia del bloqueo de los receptores muscarínicos. El bloqueo de los receptores alfa-1-adrenérgicos puede provocar hipotensión ortostática, y el bloqueo histaminérgico produce sedación y aumento de peso. El metabolismo de los ATC por el citocromo P450 obliga a considerar interacciones medicamentosas con otros agentes que comparten esta vía metabólica. Observaciones recientes han indicado el posible desarrollo de conductas hostiles durante los primeros días de tratamiento con ISRS, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. El inicio y la suspensión del tratamiento de manera gradual (generalmente en 4 semanas) es una maniobra que debe realizarse en todo paciente joven en tratamiento con ISRS.^{3,4,7,8,9,10}

La presencia de comorbilidades psiquiátricas y niveles elevados de somatización son factores que predisponen a la presencia de eventos adversos con estos agentes y por ello es indispensable su detección oportuna.

En el SII la calidad de vida está afectada en todas las esferas del individuo, tanto en su actividad física y percepción de su salud, como en la laboral, social y familiar; no parece estar influida por la predominancia de diarrea o constipación, pero sí por la gravedad sintomática, la personalidad y el estrés, la calidad de vida relacionada con la salud, integra el grado de funcionalidad (relacionado con la capacidad y posibilidad de desarrollar funciones vitales), la interacción con el medio (comportamiento), la relación entre bienestar y salud y la percepción subjetiva de la propia salud y el sentido general de satisfacción. El paciente es el que establece el criterio de gravedad ante una situación patológica concreta usando distintas variables a las del profesional sanitario.^{2,11,12,16}

La medición de los valores de normalidad o puntuación a través de cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud se establecen en la población sana y las desviaciones de estos valores cuantifican la repercusión o impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y en su percepción de la salud y bienestar. Las ventajas de estos cuestionarios son la sencillez, la reproductibilidad, la rapidez y la autoadministración, siempre y cuando cumplan con las propiedades psicométricas de validez, sensibilidad y precisión. Existen cuestionarios genéricos, que se utilizan para comparar la calidad de vida relacionada con la salud en el SII

frente a otras enfermedades crónicas, así como frente a otros trastornos funcionales digestivos; ejemplos de ellos son el SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form), el Beck Depresión Inventory (BDI), el SF-12, que es una versión abreviada del SF-36, así como el Sickness Impact Profile. También existen cuestionarios específicos, que sirven para comparar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en el SII de pacientes que consultan con la de que no consultan, comparar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud en los distintos tipos de SII (diarrea-estreñimiento), valorar el impacto sobre la función sexual, utilizar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud como herramienta de medida del beneficio terapéutico.

Los más representativos son: El de Francis et al (1997), el IBSQOL (Hahn et al, 1997), el cual está ya adaptado a nuestro idioma, el IBS-QOL (Patrick et al, 1998), el del grupo canadiense de Wong et al (1998), el FDDQL, el IBSQ (1998) y el FBDSI. La valoración de la respuesta al tratamiento del SII es compleja por el distinto enfoque terapéutico (desde el tratamiento sintomático hasta el abordaje biopsicosocial), la multifactoriedad, la gran variabilidad sintomática, la elevada frecuencia de la respuesta al placebo (que puede llegar hasta el 70% de los pacientes) y el distinto método de selección muestral, entre otros factores. Todas estas dificultades corroboran la necesidad de la inclusión del parámetro calidad de vida en la valoración de los resultados de cualquier estudio terapéutico.^{2, 11, 12, 13, 14, 15, 16}

OBJETIVO

Determinar la eficacia de la amitriptilina para mejorar la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable.

HIPOTESIS

Alternativa: En pacientes con Síndrome de Intestino Irritable la administración de amitriptilina a 25 mg vía oral cada 24 hrs. es mejor en una proporción de 0.5, que la administración de omeprazol 20mg vía oral cada 24 hrs. + cinitaprida 1mg vía oral cada 8 hrs. en la calidad de vida de los pacientes medida con el cuestionario IBSQOL.

H_a: GTx ≥ GC en una proporción de 0.50.

Nula: En pacientes con Síndrome de Intestino Irritable la administración de amitriptilina a 25 mg vía oral cada 24 hrs. es igual que la administración de omeprazol 20mg vía oral cada 24 hrs. + cinitaprida 1mg vía oral cada 8 hrs. en la calidad de vida de los pacientes medida con el cuestionario IBSQOL.

H₀: GTx=GC.

JUSTIFICACIÓN

Consideremos conveniente la realización de este estudio, ya que el SII, es una enfermedad que repercute considerablemente en todas las esferas de la vida, a pesar de no tener una causa orgánica, siendo un motivo importante de atención médica, baja autoestima, alta incidencia de ausentismo laboral y escolar, incluso interfiriendo y causando un gran conflicto en las relaciones familiares e interpersonales de quien la padece. El Instituto dentro del tipo de población derechohabiente que atiende, es el lugar donde mayor concentra pacientes con alto riesgo de padecer este trastorno funcional, ya que la mayoría está sometida a un gran estrés económico, laboral, familiar y social, prueba de ello es que constituye una de las principales causas de atención general en el mismo, en nuestro servicio, constituye una de las 5 primeras causas de consulta. El demostrar el efecto benéfico de los antidepresivos tricíclicos sobre la calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable, constituiría una herramienta importante para el manejo de esta entidad, que por sí misma es compleja por la gran repercusión biopsicosocial que conlleva, de ahí la importancia en nuestro servicio de realizar este estudio. Otra razón importante, la constituye que el demostrar este efecto benéfico, se nos permita utilizar y prescribir al servicio de Gastroenterología este grupo de medicamentos en el hospital y en la misma institución.

DISEÑO METODOLOGICO

Se estudiarán, previo consentimiento, aprobado por el comité de investigación y bioética, 172 pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del ISSSTE, con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, basado en los Criterios de Roma III. Previo consentimiento por escrito, una vez diagnosticados, se incluirán de acuerdo a criterios (Ser derechohabiente del ISSSTE, Edad mayor de 20 años y menor de 65 años, Ambos sexos, Ser paciente de la consulta externa de gastroenterología, Cumpla con criterios de ROMA III para diagnóstico de SII, No cuente con signos de alarma sugestivos de enfermedad orgánica, No se incluirán aquellos pacientes que rehúsen a participar en el estudio portadores de enfermedades crónico-degenerativas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica. Enfermedades Cardiovasculares (IAM, EVC, IC), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia Hepática, Hiper ó Hipotiroidismo, se excluirán aquellos que no cumplan criterios. Se eliminarán aquellos pacientes quienes ya no deseen participar en el estudio, que no

respondan los cuestionarios de calidad de vida específicos para SII, tanto el inicial como el final, por la razón ó causa que sea y aquellos que no cumplan con el cambio de estilo de vida requerido, así como la dosis y tiempo especificado con el uso de los medicamentos establecidos. A pesar de eliminarlos, se describirá la razón por haberlos retirados del estudio. En el momento de incluirlos, se recolectarán los siguientes datos edad, sexo, y lugar de residencia. Posteriormente se les pedirá un consentimiento informado, se les asignará aleatoriamente con el método de tablas de números aleatorios a sobre cerrado, para asignarlos en 2 grupos, las del grupo: GTx= N=86, recibirán amitriptilina 25mg VO cada 24 hrs. + omeprazol 20mg VO cada 24 hrs. + cinitaprida 1mg VO cada 8 hrs., durante 2 meses y los del grupo: GC= N=86, recibirán omeprazol 20mg VO cada 24 hrs. + cinitaprida 1mg VO cada 8 hrs, durante 2 meses. Se registrará la calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario IBSQOL a ambos grupos al inicio y al final del tratamiento. El IBS-QOL consta de 30 ítems agrupados en 9 dimensiones: salud emocional, salud mental, sueño, energía, actividades diarias, hábitos alimenticios, actividades sociales, rol laboral 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 laboral: 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.

El paciente, el médico que prescribirá el uso de los fármacos y el médico que recolectará los datos, estarán cegados a su inclusión en cada grupo. Al final se recolectarán los siguientes datos: mejoría sintomática, apego a los cambios en el estilo de vida y al esquema de tratamiento asignado, en caso de que no, indagar las causas y las razones, así como la presencia o ausencia de efectos colaterales.

Se comparará estadísticamente los resultados de las variables demográficas entre los 2 grupos para determinar si son iguales. Se analizarán los resultados de calidad de vida, si mejoran o no en base al cuestionario de calidad de vida del Síndrome de Intestino Irritable IBSQOL validado en español, mediante las pruebas de X^2 y "U" de Mann Whitney. También se determinará riesgo relativo, disminución de riesgo de absoluto, número necesario a tratar y número necesario de daño cada grupo, para lo cual es necesario determinar un punto de corte en el cuestionario IBSQOL, para determinar mejoría o no mejoría.

El tipo de investigación es experimental, transversal, prospectivo, comparativo, abierto, básico y clínico.

RESULTADOS

Un total de 172 pacientes cumplieron criterios diagnósticos de Roma III para Síndrome de Intestino Irritable, en esta investigación que se llevo a cabo de enero a junio de este año, aunque la recolección de pacientes se llevó desde meses antes. Se formaron 2 grupos de manera aleatoria de 86 pacientes, el control que recibió la terapia convencional, así como el que recibió la terapia convencional + amitriptilina. El promedio de edad de cada grupo resultó de 40.15 ± 11.20 años y de 39.24 ± 11.80 años respectivamente. Respecto al sexo, en el primer grupo el 22% era masculino y el 78% femenino, en el segundo, 25% masculino y 75% femenino. El lugar de origen fue predominante el Distrito Federal (74.41 y 76.74% respectivamente), seguido del estado de Morelos (16.27 y 15.11% respectivamente) y del estado de Guerrero (9.30 y 8.13% respectivamente). Tanto en la edad, sexo y origen no hubo significancia estadística ($p > 0.05$) (**Tabla 1, Gráfica 1 y 2**).

El puntaje inicial obtenido por la aplicación de cada una de las preguntas, que evalúa las diferentes esferas que componen el cuestionario de calidad de vida IBSQOL, fueron muy similares en ambos grupos, no habiendo significancia estadística ($p > 0.05$) (**Tabla 2, Gráfica 3**). El puntaje final alcanzado por cada grupo si fue muy diferente, de 87.25% en el grupo control y de 100% en el grupo que recibió amitriptilina, comparado con el inicial, por lo que al realizar prueba exacta de Fisher, se encontró que había significancia estadística ($p < 0.001$) (**Tabla 2, Gráfica 3**). Al aplicar la U de Mann Whitney entre los 2 puntajes finales se encontró que había significancia estadística ($p < 0.05$) (**Tabla 2, Gráfica 3**). Respecto al promedio de puntaje final encontrado en ambos grupos fue el siguiente: para el grupo control 62.21 ± 2.21 puntos y para el que recibió amitriptilina 96.40 ± 5.71 puntos (**Gráfica 4**). El puntaje final que se consideró en el cuestionario para considerar que hay mejoría de la calidad de vida es mayor de 60 puntos.

Respecto a la evaluación por esfera, se encontró que tanto en la emocional, mental, sueño, hábitos alimenticios, social y laboral, en el grupo control no hubo mejoría ni significancia estadística, mientras que en el grupo que recibió amitriptilina si la hubo comparando los puntajes iniciales y finales ($p < 0.001$), así como contra los finales de las respectivas esferas del grupo control ($p < 0.05$) (**Tabla 3, Gráfica 5, Tabla 4, Gráfica 6, Tabla 5, Gráfica 7, Tabla 8, Gráfica 10, Tabla 9, Gráfica 11, Tabla 10, Gráfica 12**). La esfera sexual no consideró a los 86 pacientes de cada grupo, ya que el cuestionario da la opción a no responder, siendo que en el final del grupo que recibió amitriptilina el 100% (70 pacientes) mejoraron comparado con el inicial ($p < 0.001$), así como con el final del grupo control ($p < 0.05$) (**Tabla 11, Gráfica 13**). Las esferas de energía y actividades diarias, no sufrieron diferencias con significancia estadística en ambos grupos, tanto en los puntajes inicial y final, así como comparando los finales de cada uno. (**Tabla 6, Gráfica 8, Tabla 7, Gráfica 9**). El puntaje por esfera que se consideró por esfera en el cuestionario para considerar que hay mejoría de la calidad de vida es mayor de 10 puntos cada una.

El número necesario de pacientes a tratar (NNT) es de 2 pacientes. No se obtuvo número necesario de pacientes a dañar (NNH), ya que en el estudio no hubo pacientes que lo abandonaran por presentar efectos colaterales a la amitriptilina.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en el presente estudio, resultaron muy similares a lo reportado en la literatura mundial, en la que se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos a dosis bajas para el manejo del dolor en el Síndrome de Intestino Irritable, teniendo tasas altas de respuesta terapéutica. Dado que se trata de un trastorno funcional digestivo, la evaluación de la respuesta a los diversos medicamentos resulta compleja, se crearon los test o cuestionarios de calidad de vida para evaluar objetivamente a estos pacientes. Existen varios, ya mencionados en los antecedentes, sin embargo, el IBSQOL, ha demostrado ser un excelente instrumento validado en el idioma español, para dicho fin. En el estudio realizado en nuestro servicio y hospital, se demostró que la terapia convencional a base de omeprazol, que es un inhibidor de la bomba de protones de sodio-potasio ATPasa, combinado con el uso de cinitaprida, que es un antagonista de receptores 5HT₄, es buena, ya que el 87% de los pacientes mejoró alcanzando la cifra requerida para considerar mejoría en la calidad de vida comparada con la inicial, sin embargo, de los pacientes, que recibieron también la amitriptilina, el 100% alcanzó y superó la cifra requerida con un mayor puntaje final, además de que en lo individual, por esfera, el resultado fue notorio con significancia estadística, en todas, salvo en las esferas de energía y actividades diarias. La explicación del por que la mejoría tan notoria en la calidad de vida muy seguramente por el mecanismo de acción de los diversos medicamentos, que abarca varias de las teorías fisiopatológicas, abarcando en especial la amitriptilina la de la hipersensibilidad visceral. El número necesario de pacientes a tratar (NNT) que es una prueba estadística para evaluar significancia clínica cuando se evalúa un medicamento, resulto con un alto valor positivo para la amitriptilina, lo que avala su uso en la variedad predominantemente de dolor en pacientes con síndrome de intestino irritable, justificado en todo lo antes mencionado. El que no haya habido número necesario de pacientes a dañar (NNH), se puede basar en el hecho de la dosis bajas que se usó con este antidepresivo tricíclico y que la mayoría de los pacientes no presentaba ni contaba con otras morbilidades, en especial, crónico-degenerativas.

Finalmente, se requieren de más estudios en donde se evalúen otros fármacos de clase con el cuestionario de calidad de vida IBSQOL, para determinar si la eficacia es de familia o género, así como comparados con fármacos inhibidores de la recaptura de receptores de serotonina, tanto en mayor número de pacientes como por tiempos más prolongados, por la alta tasa de afectación y recaídas.

CONCLUSIONES

- El Síndrome de Intestino Irritable, es un trastorno funcional digestivo, que afecta predominantemente al sexo femenino, entre la tercera y cuarta década de la vida.
- El Tratamiento convencional a base de omeprazol 20mg diarios + Cinitaprida 1mg cada 8 hrs mejoró la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable, sólo de forma global.
- El uso de amitriptilina (25mg diarios por la noche) unido a al tratamiento convencional, mejoró la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable, tanto de forma global como por esfera, con un mayor puntaje en comparación con el grupo que recibió sólo el tratamiento convencional.
- Las esferas de energía y de actividades diarias no mejoraron en ningún grupo estudiado en lo individual.
- No se reportaron efectos colaterales de importancia que motivarán la suspensión del uso de la amitriptilina.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

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 POR PREGUNTA).

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 b. No tan contento/a como siempre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 c. Menos satisfecho/a de su vida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 d. Harto/a o frustrado/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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 le han limitado en absoluto	Le han limitado ligeramente	Le han limitado algo	Le han limitado mucho	Le han limitado completamente	No procede
8a. Actividad física <u>enérgica</u> (como hacer aeróbic).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Actividades físicas <u>moderadas</u> (como subir varios tramos de escaleras, llevar bolsas de comida o andar un kilómetro).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...						
8c. Actividades físicas <u>suaves</u> (como pasar el aspirador o subir un tramo de escaleras).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b Ha evitado ciertas actividades sociales porque el aseo no estaba cerca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12c. Le ha preocupado que el Síndrome del Intestino Irritable pudiera avergonzarlo/a durante sus actividades sociales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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).

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

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

SÍ NO

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

MUCHAS GRACIAS

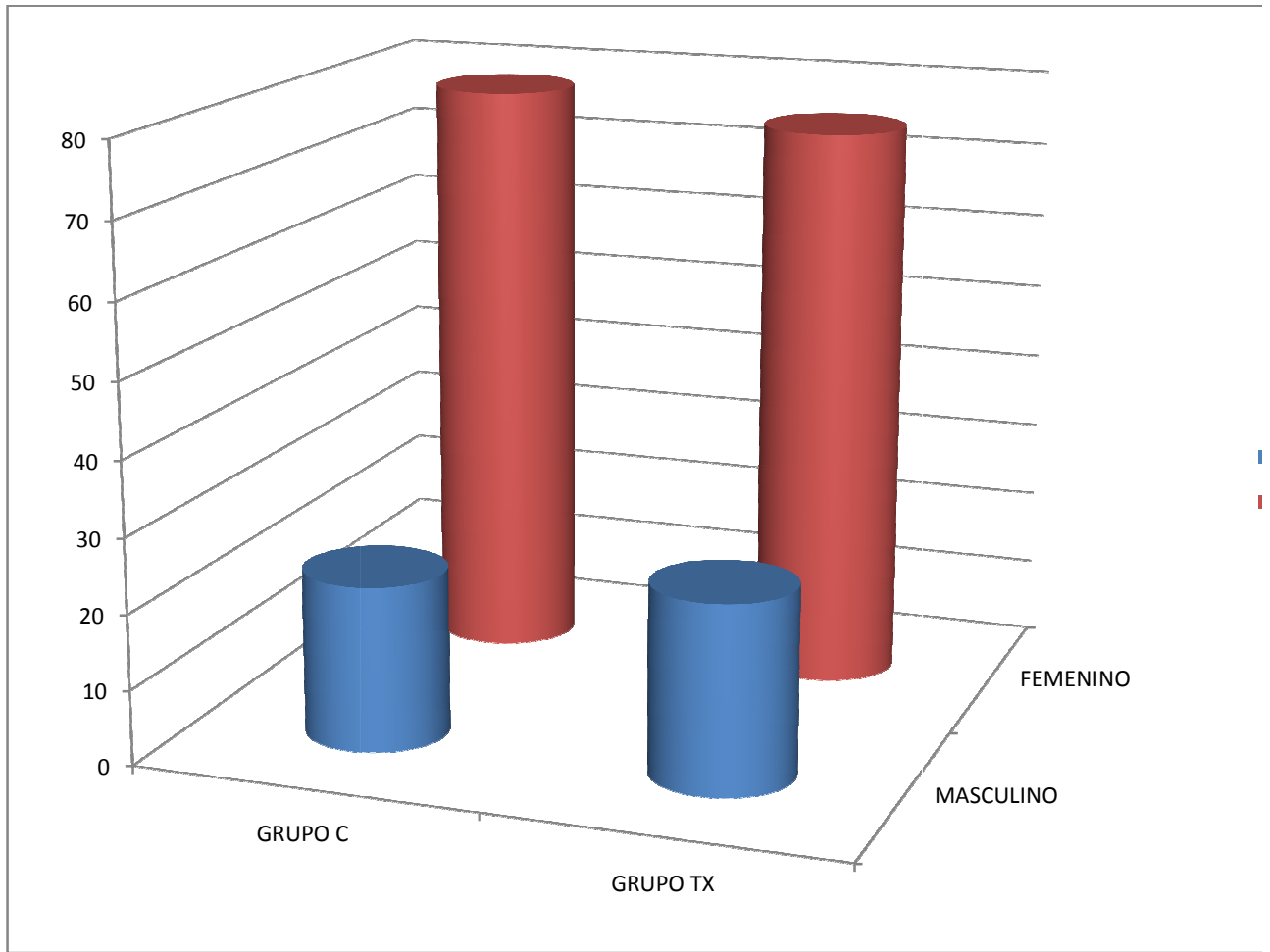
TABLA 1.- DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS ENTRE LOS DOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = p< 0.05, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	EDAD	SEXO	
		MASCULINO	FEMENINO
GRUPO C: N = 86	40 ± 11.14	19 (22%)	67 (78%)
GRUPO TX: N = 86	39 ± 11.80	22 (25%)	64 (75%)
VALOR DE p	P> 0.05	P > 0.05	

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

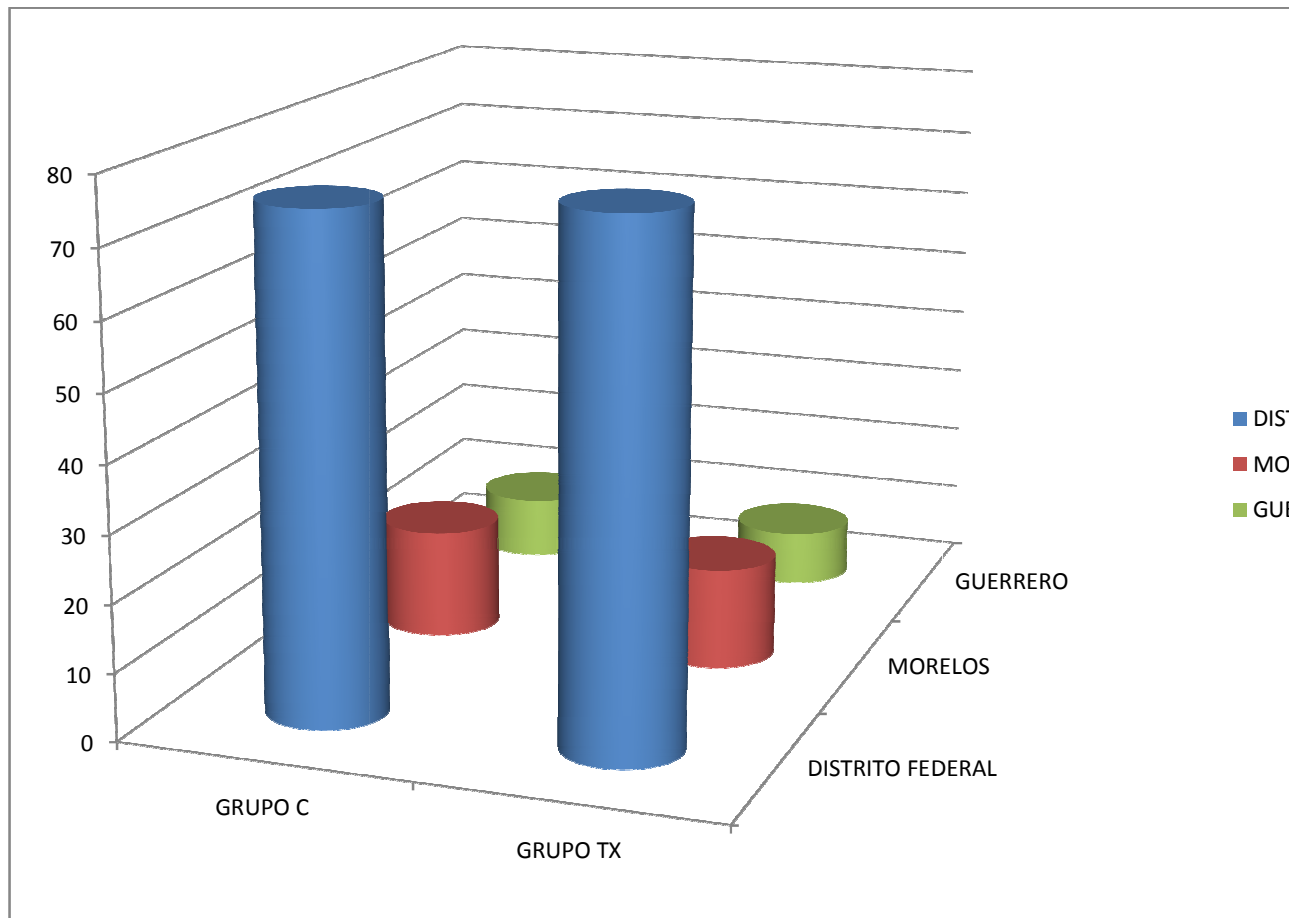
GRÁFICA 1.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DEL SEXO ENTRE LOS DOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 2.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE ORIGEN ENTRE LOS DOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

TABLA 2.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = p< 0.05, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 60 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 60 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 75 (87.25%)	P<0.0001	0
---------------------------	--------------------	---------------------------	--------------------	----------

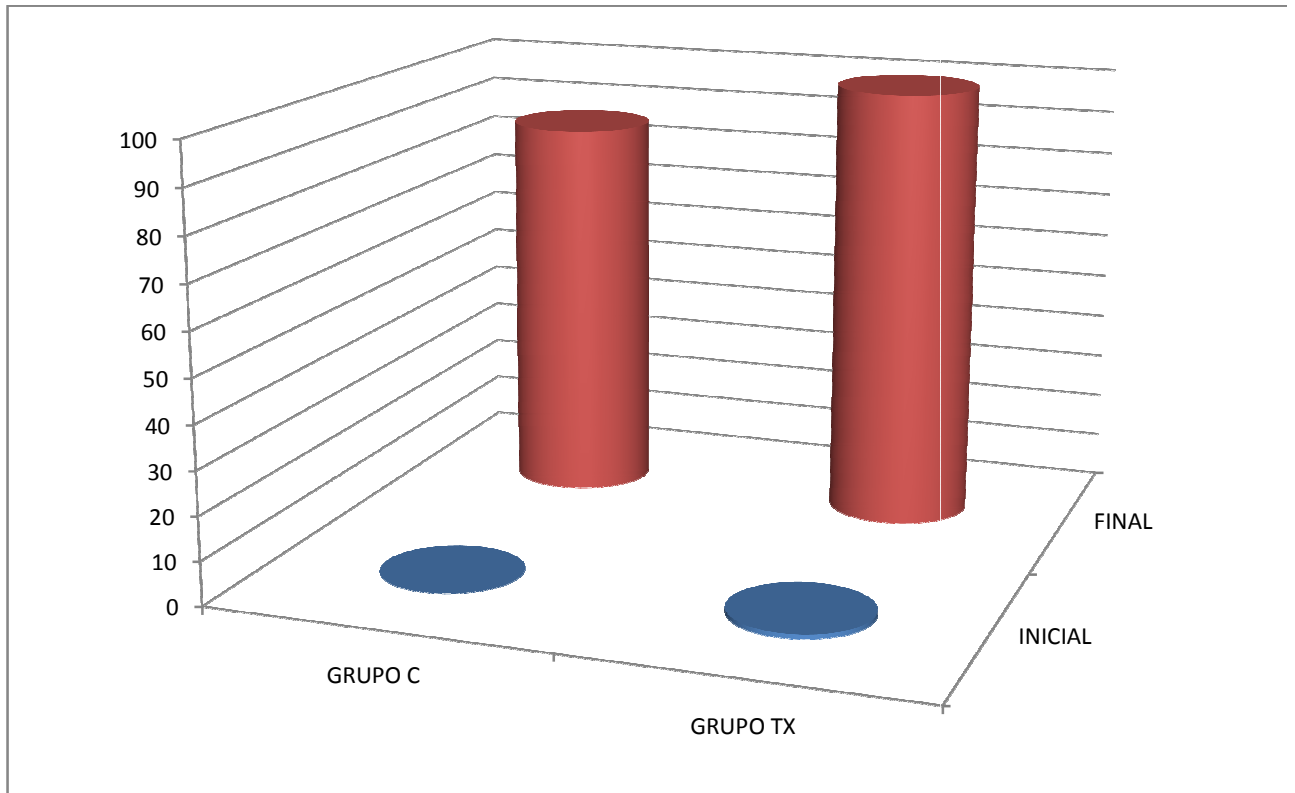
GRUPO TX: N = 86	N=1 (1.16%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

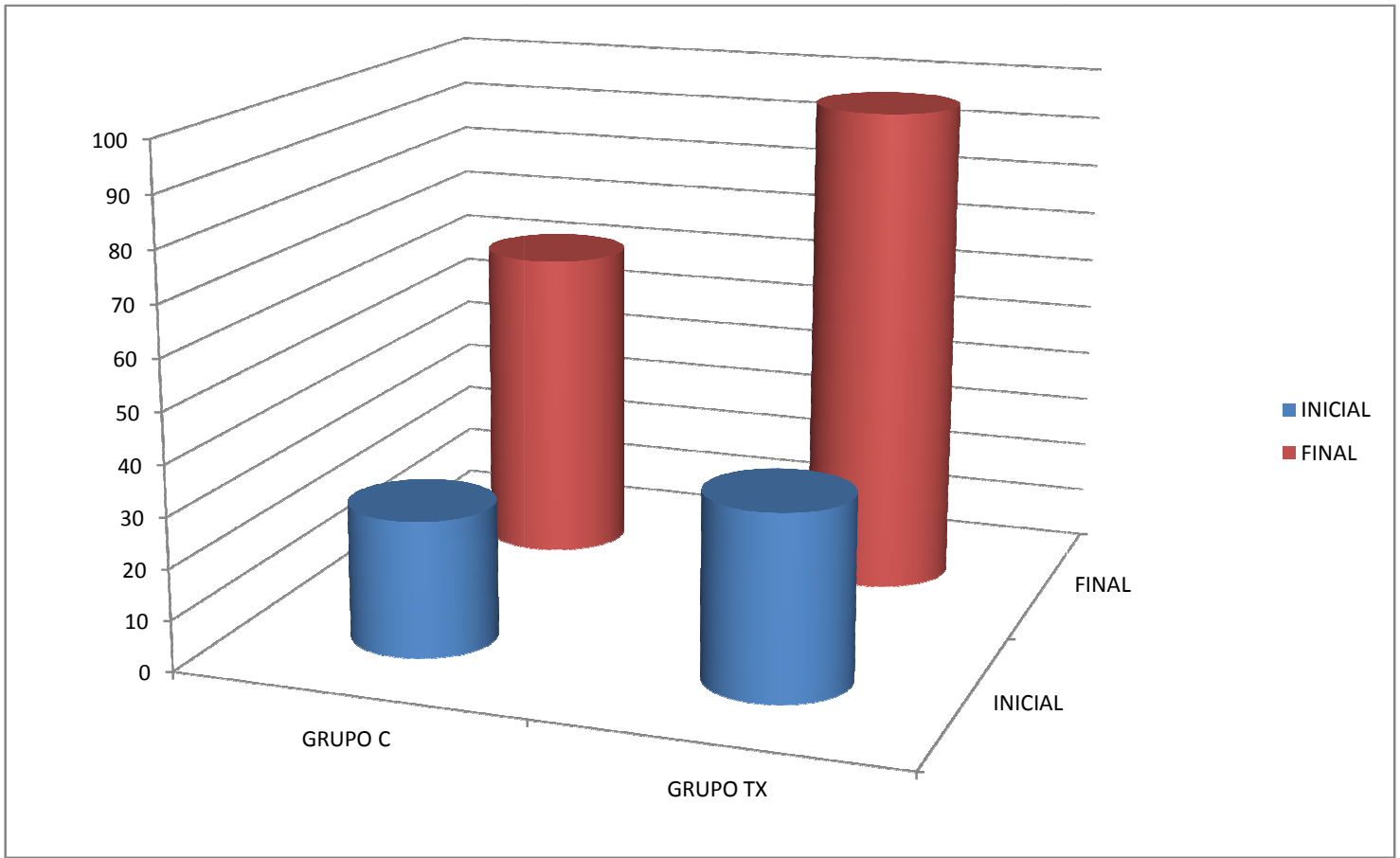
GRÁFICA 3.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 4.- DIFERENCIAS EN EL PROMEDIO DE PUNTAJES INICIAL Y FINAL ENTRE LOS 2 GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

TABLA 3.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA EMOCIONAL, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = p< 0.05, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

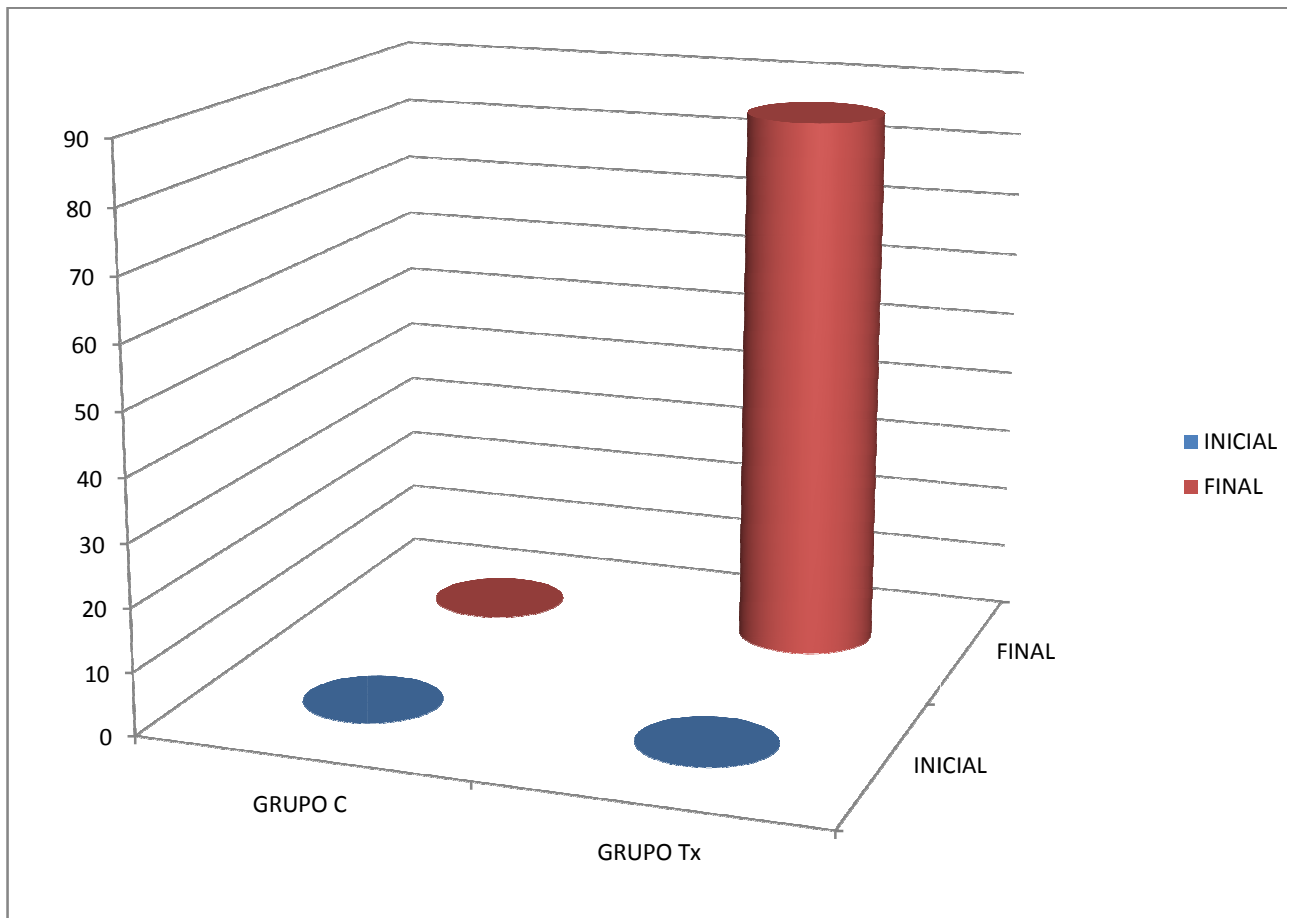
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p **P> 0.05** **P < 0.05**

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 5.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA EMOCIONAL DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

TABLA 4.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA MENTAL, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

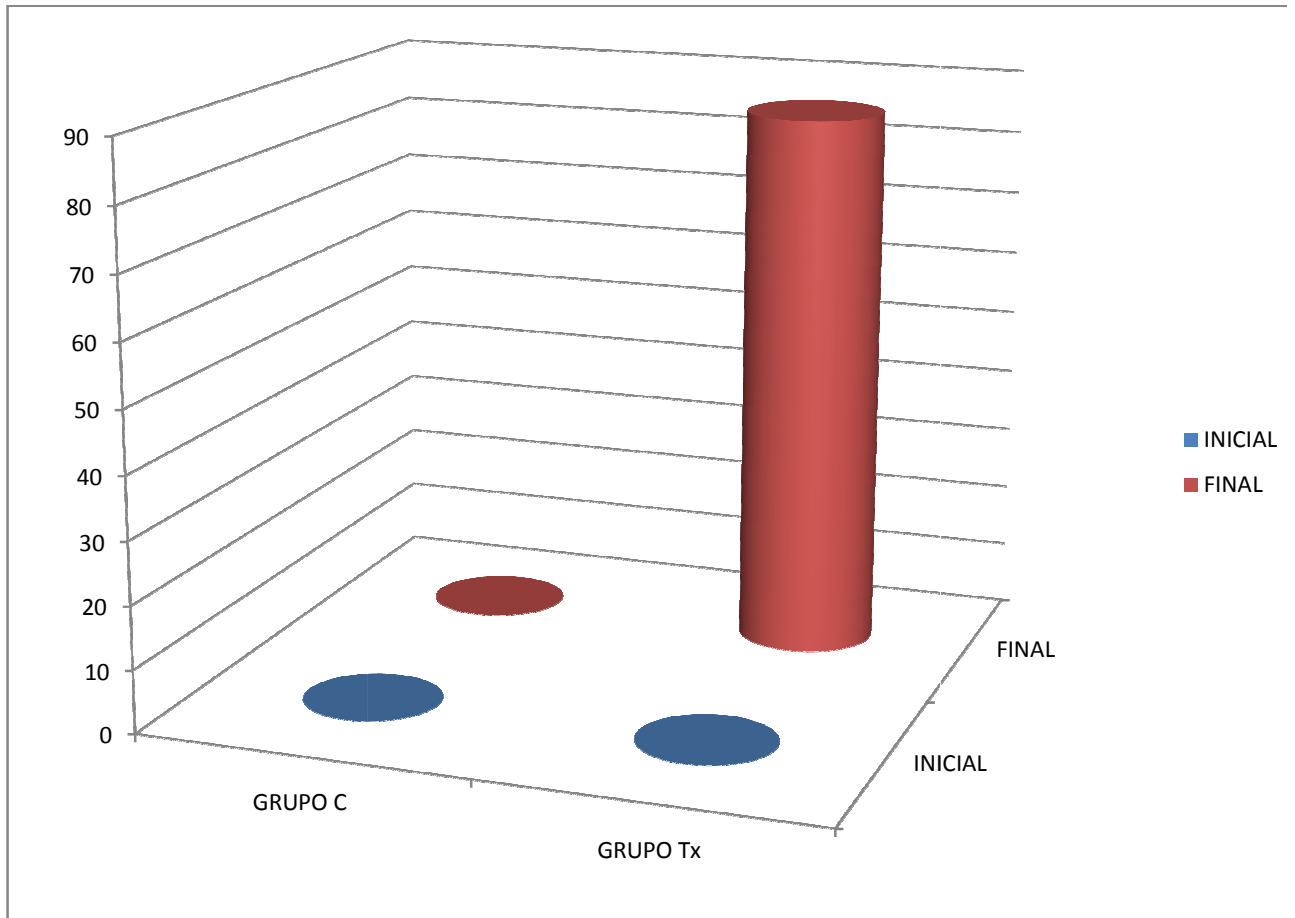
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 6.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA MENTAL DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

TABLA 5.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA DEL SUEÑO, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

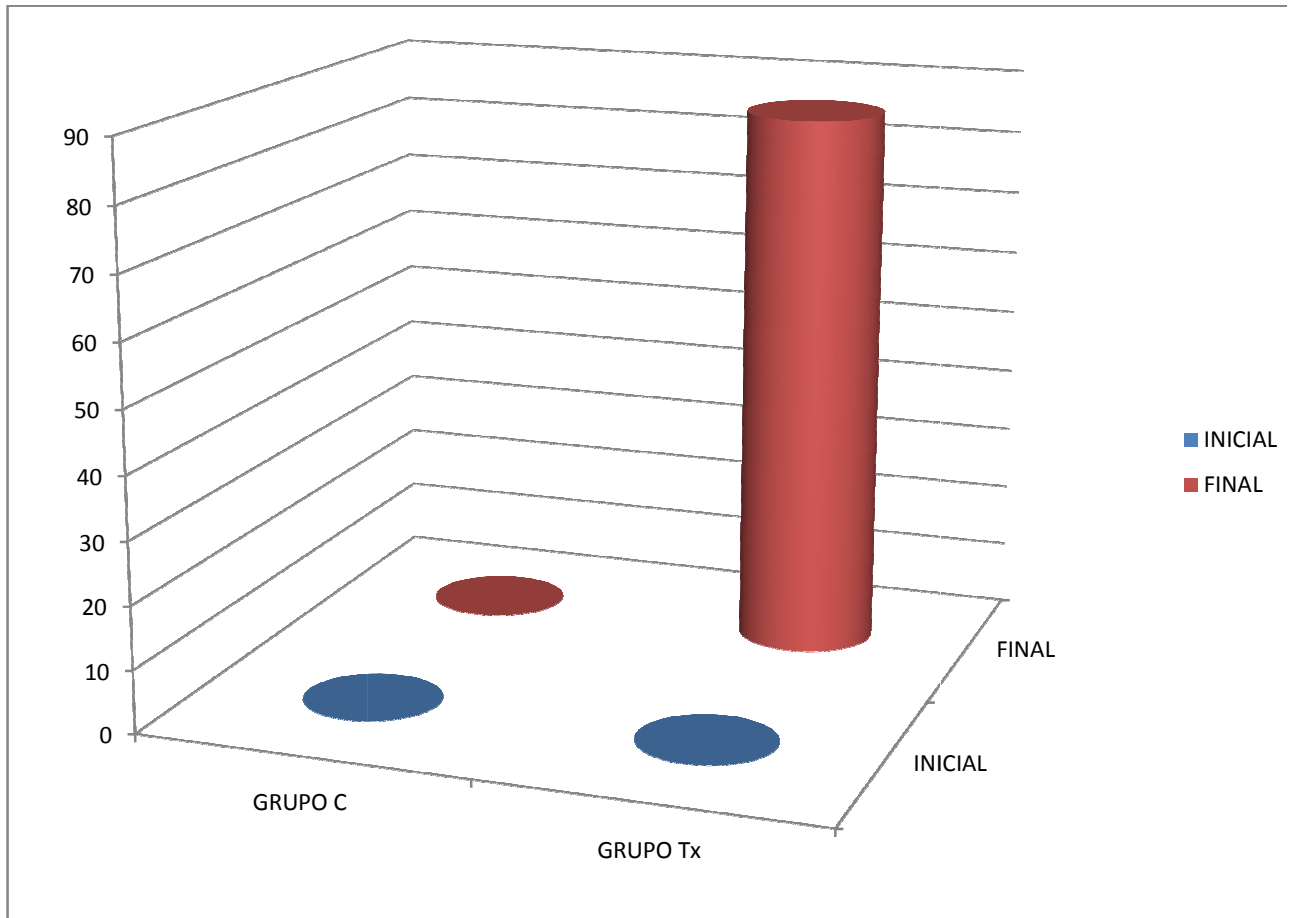
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 7.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA DEL SUEÑO DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

TABLA 6.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA DE ENERGIA, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

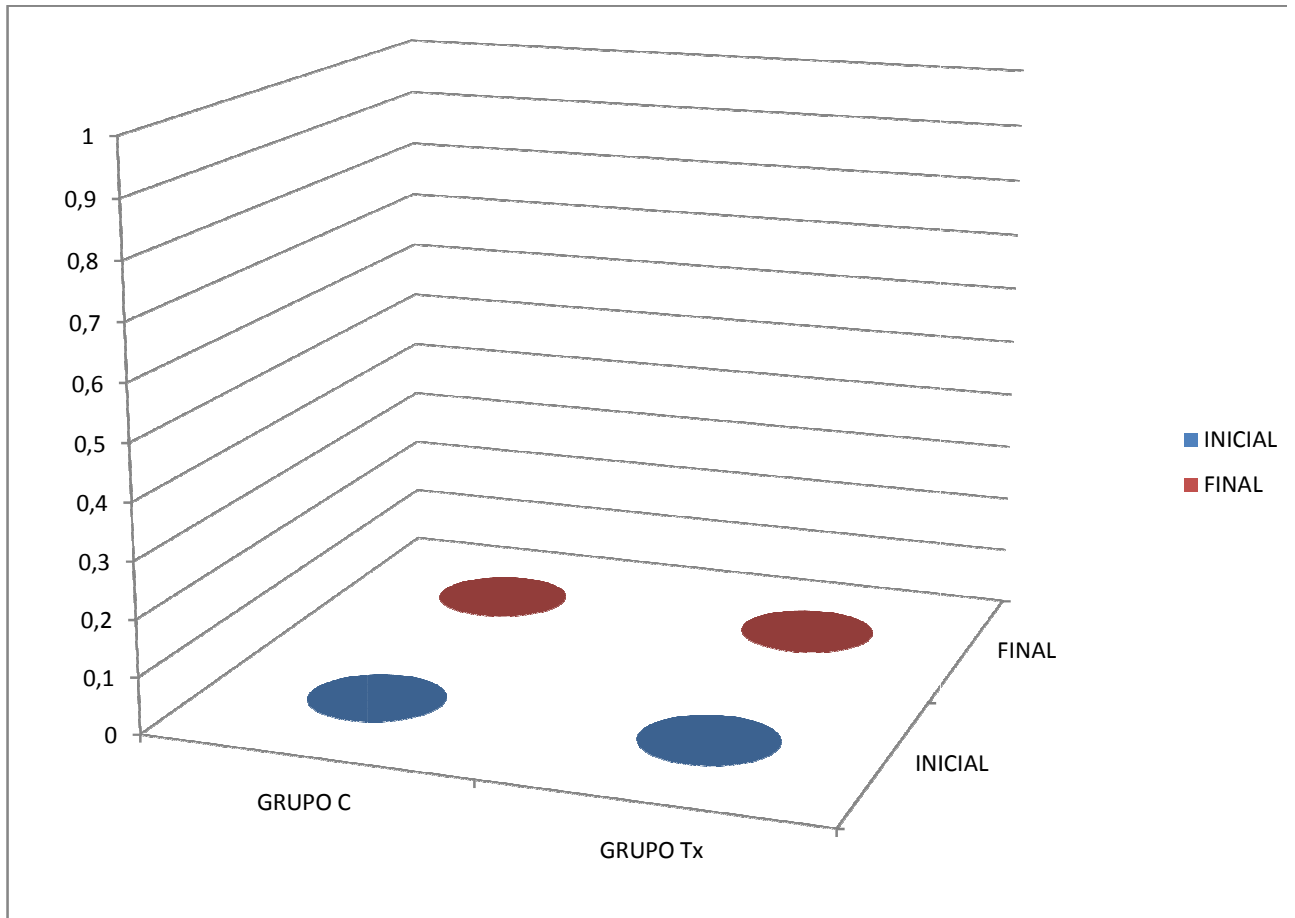
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P >0.05
-------------------	-------------------	-------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 8.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA DE ENERGÍA DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.T.E. 2008.

TABLA 7.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA DE ACTIVIDADES DIARIAS, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	--------------------	----------------------	--------------------	----------

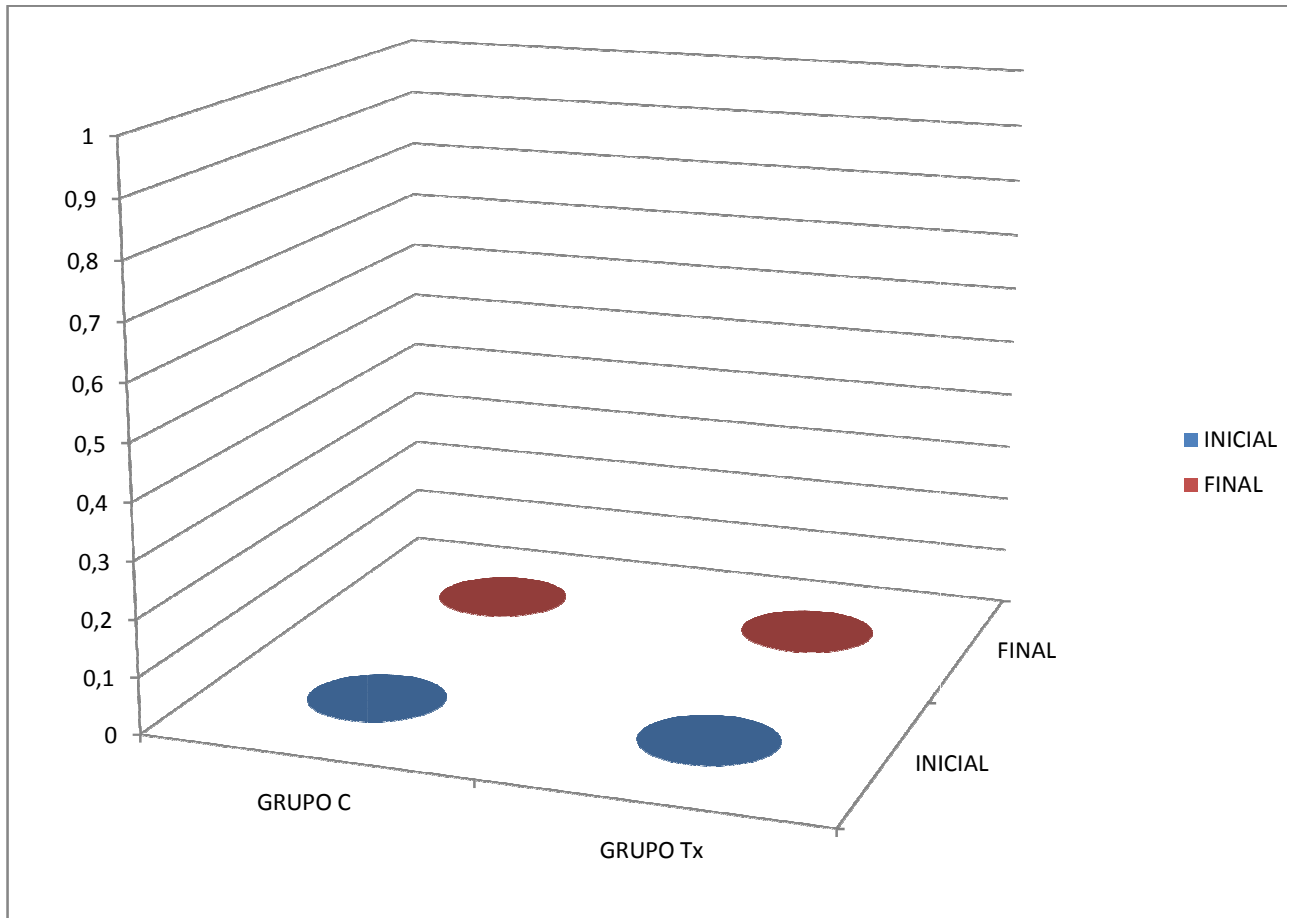
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0.01
----------------------------	--------------------	----------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P > 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 9.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA DE ACTIVIDADES DIARIAS DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

TABLA 8.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA ALIMENTICIA, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

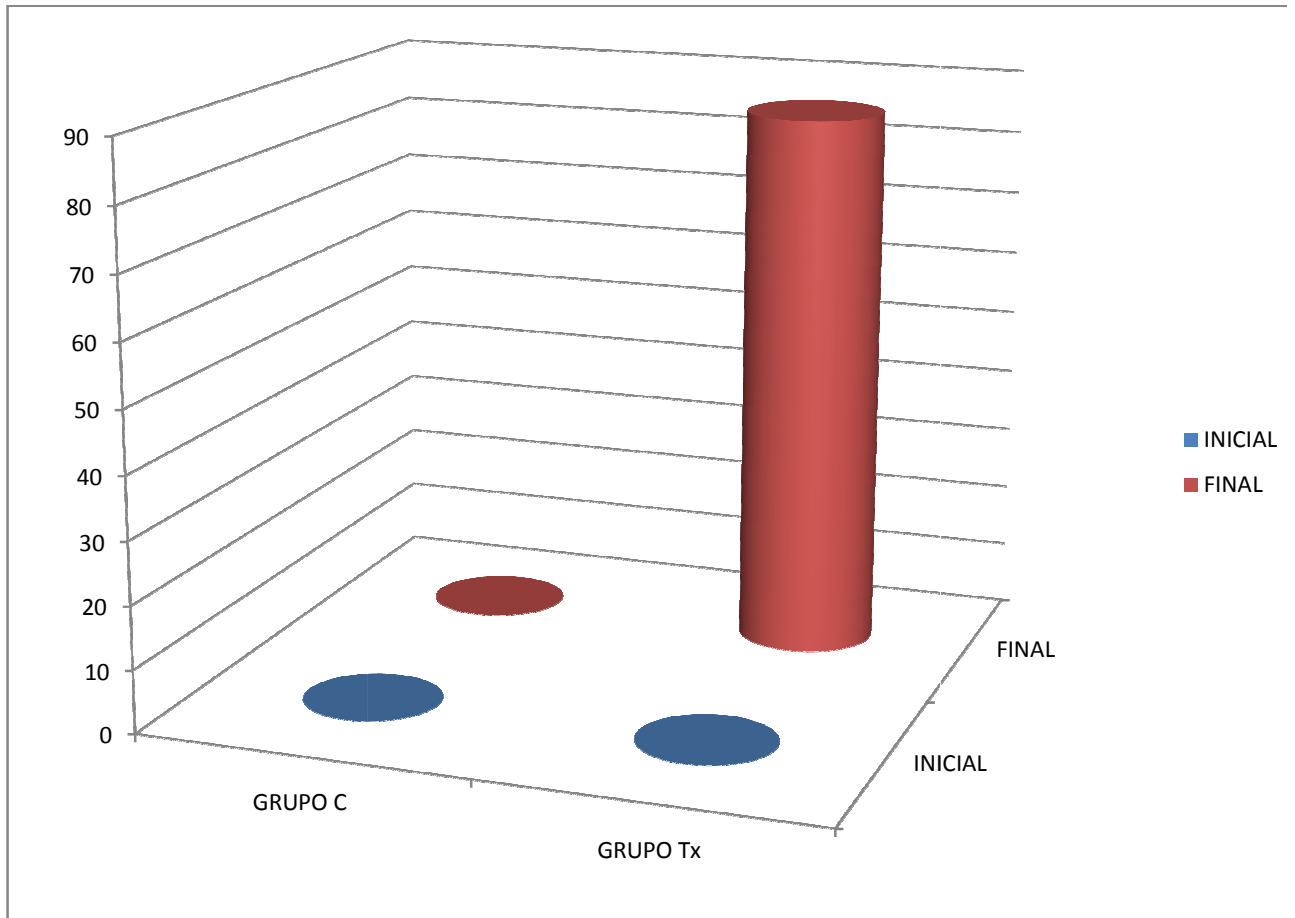
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 10.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA ALIMENTICIA DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

TABLA 9.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA SOCIAL, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

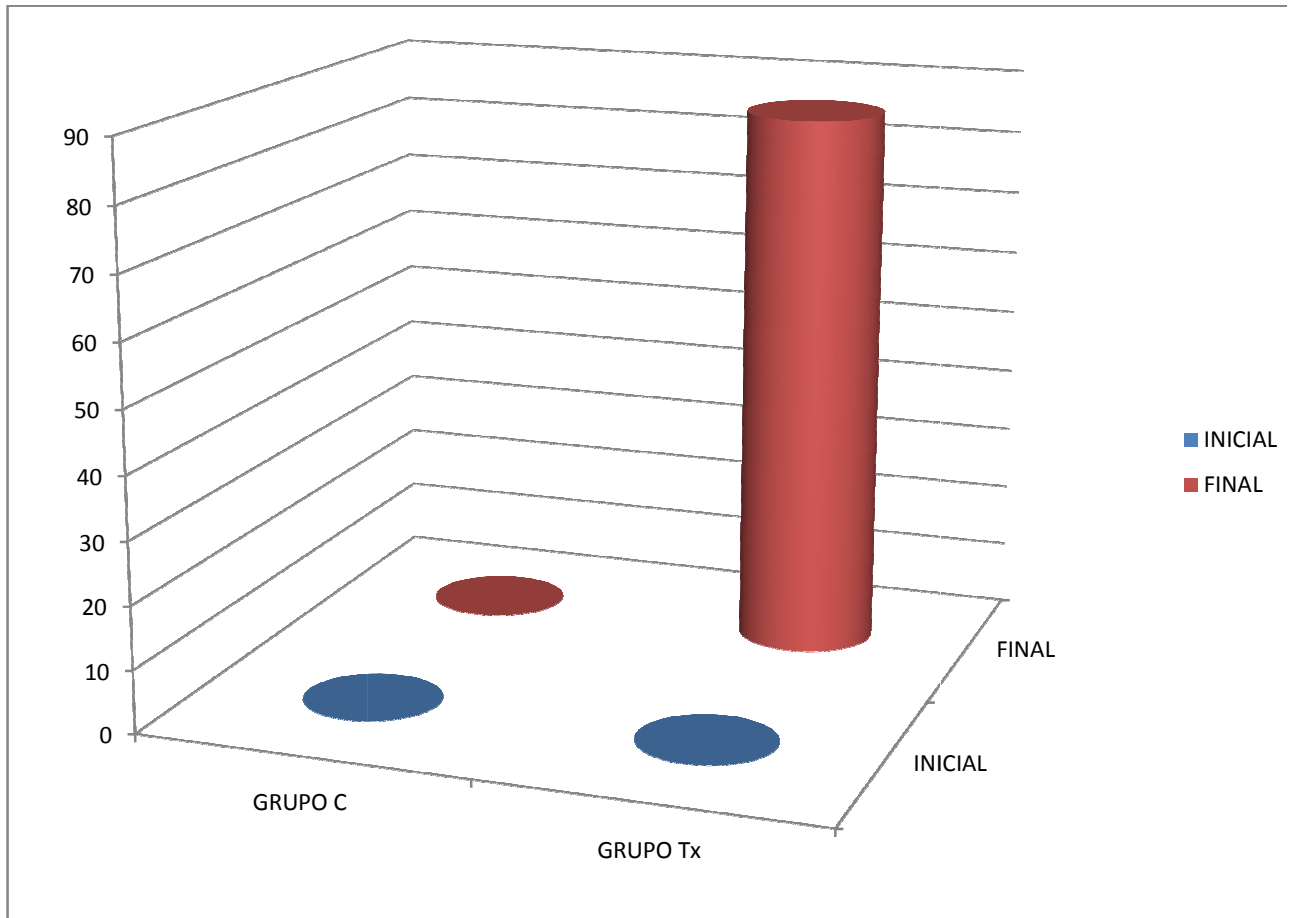
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 11.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA SOCIAL DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

TABLA 10.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA LABORAL, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

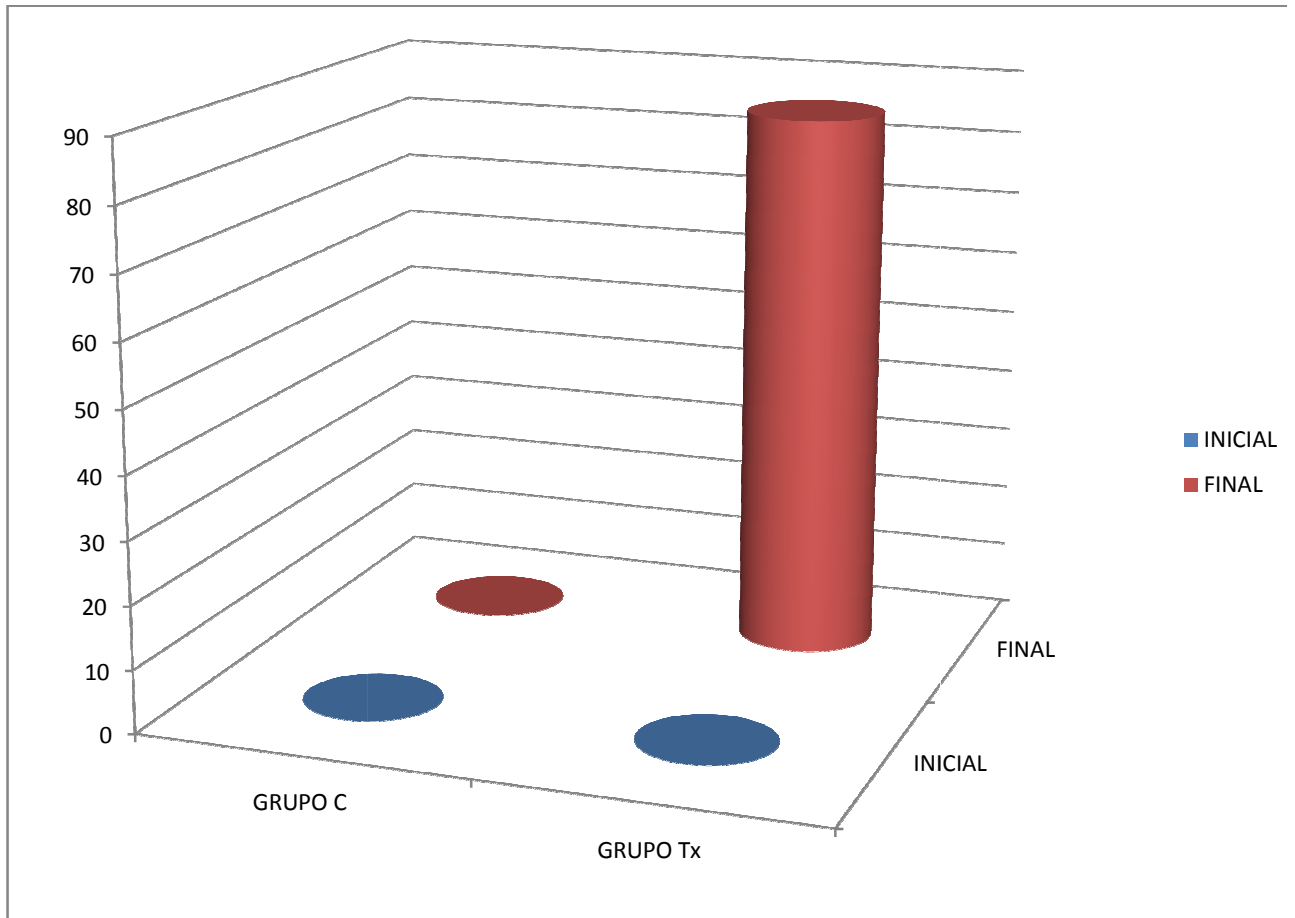
GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 86 (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------

VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRÁFICA 12.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA LABORAL DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

TABLA 11.- DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE INICIAL Y EL PUNTAJE FINAL DE LA ESCALA IBSQOL, DE LA ESFERA SEXUAL, ENTRE LOS DOS GRUPOS Y DENTRO DE LOS MISMOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA. * = $p < 0.05$, ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

GRUPO:	INICIAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	FINAL ESCALA POSITIVA > 10 PUNTOS	VALOR DE p:	RIESGO RELATIVO:

GRUPO C: N = 86	N=0 (0%)	N = 0 (0%)	P>0.0001	0
---------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------	----------

GRUPO TX: N = 86	N=0 (0%)	N = 70** (100%)	P<0.0001	0.01
----------------------------	---------------------------	----------------------------------	--------------------	-------------

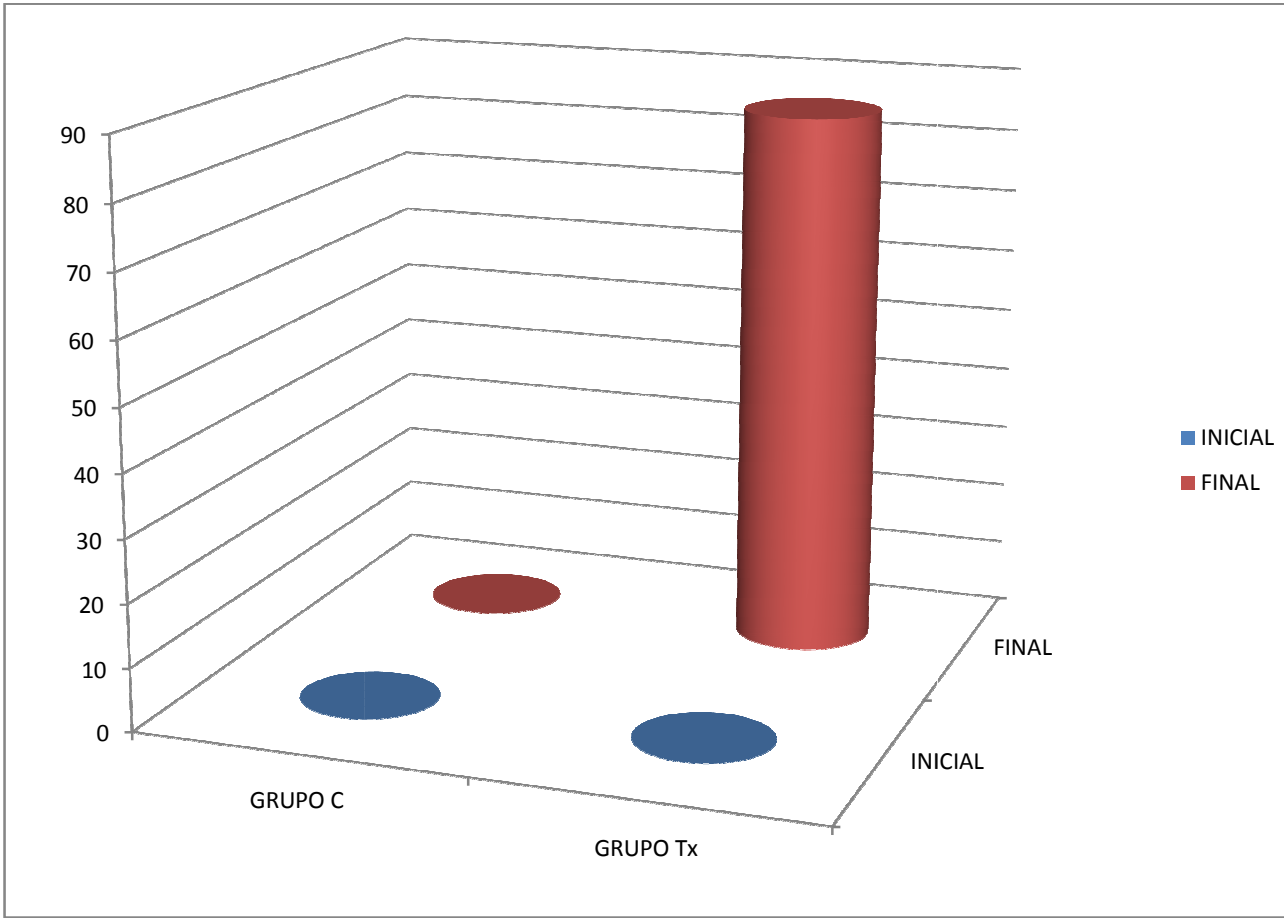
VALOR DE p	P> 0.05	P < 0.05
-------------------	-------------------	--------------------

** En esta esfera N no es igual a 86 ya que hay opción a tener vida sexual para responder el cuestionario, a los que responden que no, no se les toma en cuenta el puntaje.

N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

GRAFICA 13.- DIFERENCIAS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ALCANZÓ LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA DEL SII, EN LA ESFERA SEXUAL DE ACUERDO AL CUESTIONARIO IBSQOL EN AMBOS GRUPOS. GRUPO C: GRUPO CONTROL; GRUPO TX: GRUPO AMITRIPTILINA.



N= 172

FUENTE: CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA IBSQOL APLICADOS EN HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS, I.S.S.S.T.E. 2008.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Longstreth GF, Thompson WG et al. *Functional Bowel Disorders*. In Drossman, DA, Corazziari E., et al, eds: *Rome III: the functional gastrointestinal disorders*, 3ra ed. McLean, VA: Degnon, 2006: 487-555.
- 2.- Halder SL, Locke GR III, et al. *Natural history of functional gastrointestinal disorders: 12-year longitudinal population-based study*. *Gastroenterology* 2007, 133: 799-807.
- 3.- Spiller R, Aziz Q, et al. *Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management*. *Gut* 2007; 56: 1770-98.
- 4.- Tack J, Fried M, et al. *Systematic Review: the efficacy of treatments for irritable bowel syndrome – a European perspective*. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 183-205.
- 5.- Bradessi S, Tillish K, et al. *Emerging drugs for irritable bowel syndrome*. *Expert Opin Emerg Drugs* 2006; 11: 293-313.
- 6.- Clouse RE, Lustman PJ. *Use of psychopharmacological agents for functional gastrointestinal disorders*. *Gut* 2005; 54: 1332-41.
- 7.- Mayer EA, Thillisch K, et al. *Modulation of the brain-gut axis as a therapeutic approach in gastrointestinal disease*. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 919-33.
- 8.- Lesbross-Pantoflickova D, Michetti P, et al. *Metaanalysis: the treatment of irritable bowel syndrome*. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 1253-69.
- 9.- Cayley WE Jr. *Irritable bowel syndrome*. *BMJ* 2005; 330 (7492): 632.
- 10.- Rubin G, de Wit N, Jones R. *Irritable bowel syndrome*. *Clin Evid* 2005; 13:1-2.
- 11.- El-Serag HB, Olden K, et al. *Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review*. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1171-1185.
- 12.- Valenzuela J, Latorre R, Schmulson M, Valdovinos MA, et al. *Latin-American consensus documento n irritable bowel síndrome*. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 325-43.
- 13.- Schmulson Wassermann, Max. *Síndrome de Intestino Irritable*. En. Villalobos Pérez, José de Jesús, Olivera Martínez, Marco Antonio, Valdovinos Díaz, Miguel Ángel. *Gastroenterología*. 5ª ed, Méndez Editores; 2006: 389-39.
- 14.- Carmona Sánchez, Ramón. *Síndrome de Intestino Irritable*. En. Méndez Sánchez, Nahúm; Uribe Esquivel, Misael. *Gastroenterología*. 1ª ed. McGraw-Hill; 2005: 521-532.
- 15.- Nogueira de Rojas, José Ramón. *Síndrome de Intestino Irritable*. En. Roesch Dietlen Federico, Remes Troche, José María y Ramos de la Medina, Antonio. *Gastroenterología Clínica*. 2ª ed. Editorial Alfil 2008: 217-228.
- 16.- Otero Regino, William, Alvarado Bestene, Jaime y Gómez Zuleta, Martín. *Síndrome de Intestino Irritable*. En. Alvarado Bestene, Jaime, Otero Regino, William, Archila Falla, Paulo Emilio et al. *Gastroenterología y Hepatología*. 2ª ed. Celsus 2006: 751-762.

